

Jarosław Jagieła

Zniekształcenia strukturalne osobowości badacza jako przyczyna błędów diagnostycznych

Edukacyjna Analiza Transakcyjna 2, 55-67

2013

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Jarosław JAGIEŁA

Zniekształcenia strukturalne osobowości badacza jako przyczyna błędów diagnostycznych

Wprowadzenie

Po wcześniejszej wypowiedzi na temat roli i znaczenia analizy transakcyjnej w diagnozowaniu pedagogicznym (Jagięła, 2012a), pragnę w chwili obecnej skupić się na bardziej szczegółowej konceptualizacji niektórych jej aspektów. Przypomnijmy jedynie, że diagnostyka transakcyjna skupia się na rozpoznawaniu pojedynczych sytuacji, zjawisk, zachowań i procesów pozostających w obrębie zainteresowań tej koncepcji. Z reguły wyodrębnia się następujące rodzaje diagnoz:

- diagnozę zachowania – dotyczącą słów, tonacji głosu, gestów, postawy ciała, wyrazu twarzy danej osoby świadczących o określonych stanach Ja, mających miejsce w transakcjach, odbywających się w grach i istniejącym skrypcie;
- diagnozę społeczną – czyli badanie, w jaki sposób dana osoba przy pomocy swoich stanów Ja wchodzi w relacje interpersonalne ze stanami Ja innych ludzi;
- diagnozę historyczną – analizę przeszłych doświadczeń i zachowań danej osoby, dotyczących najczęściej dzieciństwa, a mających wpływ na jej obecnie przejawiane stany Ja oraz transakcje, gry i posiadany skrypt;
- diagnozę fenomenologiczną – rozpoznawanie określonych stanów Ja poprzez indywidualny wgląd w siebie i doświadczanie przeżyć z przeszłości, a także wynikających stąd rodzajów transakcji, uruchamianych gier oraz obecności skryptu; (Steward, Joines, 1987, s. 39–46, Cichocka, Suchańska, 1989, s. 51–59, i szereg innych).

Powyższe rodzaje diagnoz przejawiają się w wielu konkretnych problemach, na jakich skupia się analiza transakcyjna. Jest bowiem rzeczą oczywistą, że skuteczna terapia, a analiza transakcyjna to przede wszystkim jeden z kierunków psychoterapii, musi być poprzedzona wnikliwą i gruntowną diagnozą. Wy-

mieśmy tylko niektóre przypadki. Z całą pewnością na pierwszym planie, tak jak już wspomniano, pojawiają się zagadnienia związane z charakterem i przebiegiem psychoterapii, jako podstawowej dziedziny koncentrującej uwagę i aktywność analityków transakcji.

I tak, w odniesieniu do diagnozy zachowań konstruowane są odpowiednie skale i kwestionariusze pozwalające na dokonywanie tego rodzaju kwalifikacji. Jednym z nich jest Kwestionariusz Zachowań Transakcyjnych (ang. *The Transactional Behavior Questionnaire – TBQ*) – nieocenione narzędzie w rękach diagnosty służące identyfikacji stanów Ja pacjenta manifestujących się w czasie procesu terapeutycznego (Brennan, McClenaghan, 1978, s. 52–55).

Dobrym przykładem modelu diagnostycznego pozwalającego na rozpoznawanie, odróżnianie i definiowanie rezultatów terapii w odniesieniu do pięciu wyodrębnionych obszarów (zmiana skryptu, dokonywanie postępów, stopień dezintegracji, pozbywanie się iluzji oraz zmiany kontrskryptu) jest zaproponowany przez Petruskę Clarkson tzw. Pięciobok Diagnostyczny (ang. *The Diagnostics Pentagon*), określane też niekiedy skrótowo jako: „Pentagon” (Clarkson, 1988, s. 211–219). Ta sama, nieżyjąca już autorka, będąca jedną z czołowych przedstawicielek AT, w innym z swoich opracowań postuluje włączenie dokonań neuropsychologii, w szczególności problematykę funkcjonowania samego mózgu, do diagnoz transakcyjnych. Jest przekonana, że tego rodzaju podejście mogłoby przynieść niespodziewane i korzystne efekty, wnosząc diagnozę na swoiście rozumiany metapoziom swoich dokonań (Clarkson, 1989, s. 45–50).

Emilio Said Diaz de la Vega oraz Gloria Noriega Gayol zaproponowali natomiast model diagnostyczny pozwalający pacjentowi samodzielnie wybrać najważniejszy obszar problemów, z jakimi się zmaga. Wyodrębniono osiem takich kategorii: fizyczny, ekonomiczny, seksualny, rodzinny, społeczny, zawodowy, kulturowy oraz duchowy (Diaz de la Vega, Gayol, 1981, s. 330–332). Ciekawym uzupełnieniem tego tekstu jest artykuł, tym razem już samej Glorii Noriegi Gayol, powstały w oparciu o intensywny tygodniowy warsztat AT, który odbył się swego czasu w Meksyku, a którego rezultatem było opracowanie diagnostycznego inwentarza ujmującego samoocenę i poczucie jakości życia z uwzględnieniem problematyki granic stanów Ja (Gayol, 1997, s. 237–240).

Śledząc dokonania analizy transakcyjnej w dziedzinie diagnostyki, można zauważyć, że transakcjoniści często problemy diagnostyczne odnoszą do zagadnień związanych z wyodrębnionym rodzajem zaburzeń psychicznych, jakimi są zaburzenia osobowości. Tak czyni Michael F. Hoyt (Hoyt, 1989, s. 101–113), a także Muriel James w swoim ważnym artykule *Diagnoza i leczenie problemów granic ego*, gdzie wskazuje na fakt, że pacjenci często nie otrzymują skutecznego leczenia swoich problemów psychologicznych ze względu na panujące przesady diagnostyczne i nieefektywny dobór metod oddziaływania. Zachęca terapeutów do rozważenia możliwości częstszego włączenia założeń AT do diagnozy i leczenia problemów osobowościowych. Do zagadnienia poruszonego w tym

artykule przyjdzie nam jeszcze wrócić w kontekście błędów diagnostycznych (James, 1986, s. 188–196).

Kolejny tekst z obszaru zaburzeń osobowości, autorstwa Patrici M. Allen (Allen, 1992, s. 48–53), nawiązuje do koncepcji Paula Ware'a (Ware, 1983, s. 11–19) określanej umownie jako „drzwi do terapii” (ang. *doors to therapy*) i stanowi sekwencję kolejnych kroków terapii – od skontaktowania się i otwarcia wspomnianych „drzwi do terapii”, wyznaczenia jej celu i kierunku zmian (ang. *target door*), po unikanie pułapek lub impasu w procesie leczenia (ang. *trap door*), odniesionych do poszczególnych adaptacji osobowości (histrionicznej, obsesyjno-kompulsywnej, schizoidalnej, antyspołecznej, pasywno-agresywnej i paranooidalnej). Autorka wykazuje użyteczność diagnostyczną tej koncepcji ujętą w dopełniające się elementy modelowe Trójkąta Terapii (ang. *The Therapy Triangle*), uwzględniające też aktywne stany Ja psychoterapeuty.

Wielu transakcjonalistów analizuje w szczegółowy sposób wybrane jednostki kliniczne i odnosi je do trudności diagnostycznych. Tak się dzieje w przypadku Stephena J. Karakashiana, który rozważa problemy związane z diagnozą jednego z trudniejszych w rozpoznaniu różnicowym zaburzeń osobowości, jakimi są tzw. zaburzenia z pogranicza (*borderline*), które łatwo błędnie ocenić jako dysfunkcje narcystyczne czy schizoidalne (Karakashian, 1988, s. 178–184). Na podobne trudności diagnostyczne w dziedzinie zaburzeń osobowości wskazuje również Hanna Hyams, która postuluje konieczność uwzględnienia kontekstu kulturowego w przypadkach dysocjacji histrionicznych (Hyams, 1998, s. 234–243). W tym artykule interesująco ukazano, w jaki sposób przywódcy sekt i różnego rodzaju grup subkulturowych podwyższają stany dysocjacyjne uczestników wspólnot po to, aby nimi skutecznie manipulować.

A gdy już mowa o zagadnieniach kultury, to trzeba też zauważyć, iż problematyka diagnozy kulturowej w oparciu o założenia AT znalazła ciekawe rozwinięcie w jednym z opracowań Rolfa Ballinga (Balling, 2005, s. 313–320). Struktury organizacyjne posiadają bowiem swoją niepowtarzalną kulturę, która wyraża się zbiorem zwyczajów, rytuałów i zachowań, typowych dla jej członków, a także uznawanych wartości i wierzeń oraz przeżywanych uczuć. Stąd też w dużym uproszczeniu możemy mówić o swoście rozumianej „osobowości organizacji” stanowiących niezwykle ciekawy obszar kompetencji diagnostycznych. Dodajmy tu na marginesie, że szkoła mogłaby stanowić interesujący przedmiot tego rodzaju dociekań. Nie pozostaje nic innego, jak zainteresowanego czytelnika odesłać do wspomnianego artykułu.

Diagnostyczne klasyfikacje kliniczne (obecnie DSM-IV-TR, choć zapowiadana jest już jego następna modyfikacja, mająca mieć symbolikę DSM-V oraz DC-10), znane psychiatrom oraz psychologom klinicznym i użyteczne w stawianiu diagnoz przypadków zaburzeń psychicznych, okazują się mało przydatne dla psychoterapeutów, gdyż sama diagnoza różnicowa nie podpowiada skutecz-

nie strategii czy metod leczenia. Dlatego też Arthur Wouters oraz Gillian Smale wskazują na możliwość uzupełnienia niektórych jednostek klinicznych (w szczególności zaburzeń osobowości) o wybrane elementy AT oraz koncepcji skryptu (Wouters, Smal, 1990, s. 118–127). Autorzy mają poczucie, że ich rozwiązania to dopiero pierwszy krok, jednocześnie jednak mają nadzieję, że przedstawiona propozycja będzie stymulowała dyskusję akademicką w tej dziedzinie.

Najbardziej znanym narzędziem pomiaru diagnostycznego stanów Ja w analizie transakcyjnej jest tzw. egogram. Jest to kwestionariusz lub histogram ilustrujący ocenę, najczęściej w ujęciu funkcjonalnym i fenomenologicznym, ważności poszczególnych stanów Ja. W literaturze przedmiotu przedstawiono liczne rozwiązania w tej dziedzinie, prezentowane zarówno przez autorów zagranicznych (Dusay, 1977; Karpman, 1974, s. 16–19; Marsh, Drennan, 1976, s. 135–137 i wielu innych), jak również polskich badaczy (Cichocka, Suchańska, 1989, s. 52–53, 56–58; Masiak, Kopacz, Oleś, Welcz, 1998, s. 168–170; Jagieła, 2011, s. 273–277; Pierzchała, Sarnat-Ciastko, 2011, s. 279–288 oraz innych autorów).

Nie sposób w tak krótkim tekście wymienić wszystkich diagnostycznych modeli teoretycznych, a także skal i konkretnych kwestionariuszy badawczych, które powstały w okresie przeszło pięćdziesięciu lat istnienia i rozwoju analizy transakcyjnej. Przykłady tego typu rozwiązań odnaleźć można w niektórych opracowaniach leksykonowych (Jagieła, 2012b). Świadczą one jednak wymownie o roli i znaczeniu, jakie AT przywiązuje do trafnie i rzetelnie prowadzonej diagnostyki. Nasze rozważania skupimy natomiast na transakcyjnych prawidłowościach osobowości dobrego diagnosty oraz błędach diagnostycznych, które mogą się ujawniać wskutek braku takich właściwości. Można założyć, że wiedza ta może okazać się przydatna również w kontekście diagnostyki pedagogicznej.

Modelowo zintegrowany stan osobowości diagnosty

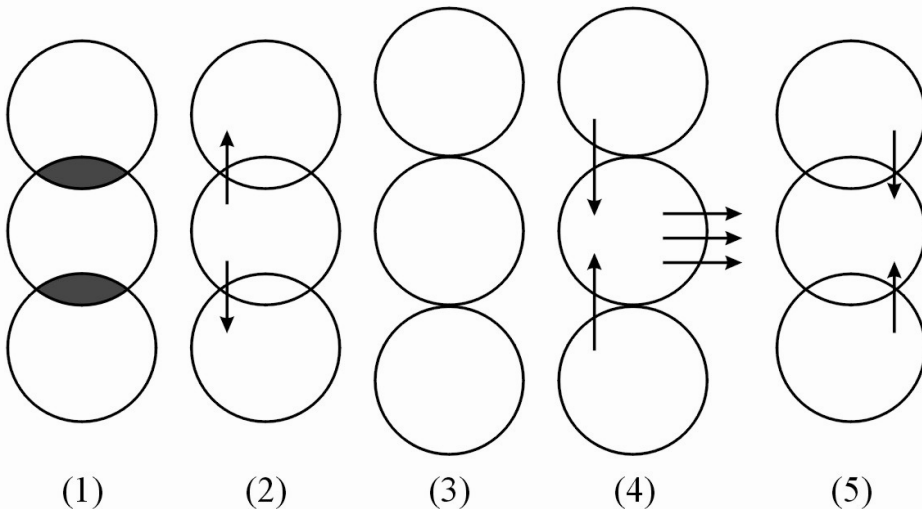
Nie zawsze – analizując istotę i charakter przebiegu procesu diagnostycznego – jesteśmy skłonni dostrzegać osobę, właściwości i znaczenie samego diagnosty. Gdy jesteśmy skupieni bardziej na przedmiotowym niż podmiotowym wymiarze tego rodzaju działań, może umknąć naszej uwadze jeden z kluczowych elementów postępowania diagnostycznego, a mianowicie realizująca, a często też inicjująca przebieg i charakter procedur badawczych. W tradycyjnie pojmowanym działaniu diagnostycznym (bliższym dyscyplinom przyrodniczym) relacja poznania jest czytelna i jednoznaczna. Wyraża się istnieniem podmiotu poznającego oraz przedmiotu poznawanego. W tego rodzaju przypadkach osobowość samego diagnosty często nie odgrywa (lub nie powinna odgrywać) większej roli, nie ma też tak istotnego, czy też rozstrzygającego, znaczenia dla ostatecznego wyniku badania. Dominują tutaj standaryzowane techniki pomiaru, które pełnią funkcję pierwszoplanową. Mówiąc najprościej: czy preparat biolo-

giczny bada ten, czy też inny laborant – przy zachowaniu rzecz jasna prawidłowych i standardowych procedur – rezultat powinien być identyczny. Nie jest bowiem tak, jak twierdzi klasyk: „różni ludzie, różnie mierzą” (<http://niezalezna.pl/38445-tusk-w-sprawie-brzozy-rozni-ludzie-roznie-mierza>), gdyż tego rodzaju badanie pozbawione byłoby najmniejszego sensu metodologicznego i poznawczego. Sytuacja jednak zmienia się diametralnie, gdy mamy do czynienia z diagnozami dotyczącymi samych ludzi. Ludzi, których wszak trudno, choćby tylko ze względów humanitarnych, nazwać przedmiotami poznania. Wówczas to mamy do czynienia z sytuacją zwrotną. Diagnosta skupiony na rozpoznaniu drugiej osoby sam jest poznawany przez tę osobę. Psychoterapeuta diagnozujący przypadek swojego pacjenta również jest w swoisty sposób diagnozowany przez niego. Nauczyciel egzaminujący ucznia jest także obserwowany w zakresie swoich kompetencji, zakresu wymagań, nastroju itd. przez wnikliwego ucznia. Dominującymi metodami okazują się jakże często obserwacja i rozmowa, o czym przekonująco pisze Anna Suchańska (Suchańska, 2007). Tego rodzaju zmiana jakościowa zwraca naszą uwagę nie tylko na same procedury badawcze, ale także na osobę diagnosty.

Analiza transakcyjna dostarcza nam w tej mierze optymalnego modelu osobowości jednostki, który może okazać się również przydatny w odniesieniu do dobrze funkcjonującej w swojej roli osoby podejmującej się zadań diagnostycznych. Jak wiadomo, struktura osobowości każdego człowieka (w tzw. analizie pierwszego stopnia) składa się z trzech wyodrębnionych stanów Ja: Ja-Rodzic (R), Ja-Dorosły (D) oraz Ja-Dziecko (Dz). Jest to spójny zbiór myśli, uczuć i doświadczeń manifestujących się poprzez konkretne zachowania danej jednostki. Przy pomocy tych właśnie stanów Ja dana osoba wchodzi w relacje (transakcje) ze stanami osobowości innej osoby (osób). Granice pomiędzy elementami tej modelowej struktury powinny być jasne i czytelne, ale też elastyczne w tym sensie, iż powinny umożliwiać swobodny i niczym nieskrępowany przepływ energii między poszczególnymi stanami Ja. W konsekwencji dana osoba jest zdolna do reagowania w optymalny sposób na nieustannie zmieniające się okoliczności, warunki oraz wymogi otoczenia. Sytuację taką określamy w AT jako funkcjonalną płynność działania (ang. *functional fluency*), która z jednej strony stanowi ważny wskaźnik zdrowia psychicznego, z drugiej zaś może stanowić istotny wyznacznik i cel pracy pedagogicznej (Temple, 1999, s. 164–174; 2002, s. 251–269; 2004, s. 197–204). Niestety trudno, jak dotąd, dopatrzeć się większego zainteresowania tym zagadnieniem ze strony przedstawicieli nauk pedagogicznych.

Funkcjonalną płynność działania uzyskuje się w procesie integracji osobowości. Można przyjąć, że główna rola osobowości sprowadza się do dwóch zasadniczych funkcji. Jest to funkcja adaptacyjna, czyli zdolność dostosowania naszych zachowań do wymogów środowiska, oraz funkcja integracyjna, która zapewnia nam spójność tego zachowania. Jeden z czołowych polskich psycholo-

gów stwierdza: „Gdyby nie operujące w nas specjalne mechanizmy psychologiczne, zapewniające integrację naszej osoby, to bombardowani nieustannie nowymi informacjami i wystawieni na nowe doświadczenia – zapewne bardzo szybko «rozpadlibyśmy się» na niepowiązane ze sobą struktury i procesy” (Strelau, 2000, s. 565). Konsekwencją integracji jest w AT stan tzw. Zintegrowanego Dorosłego (ang. *The Integrated Adult*), który w transakcyjnej analizie drugiego stopnia uwzględnia świadomie przejęte i przepracowane pozytywne cechy stanów Ja-Rodzic i Ja-Dziecko w postaci *Ethosu* i *Pathosu*. Jest to konsekwencja zamierzonego i planowego procesu przejmowania odpowiedzialności za swoje uczucia, myśli i przekonania, jak również swoje życiowe wybory moralne oraz przeżywane emocje. Proces integracji osobowości (rys. 1), został przedstawiony przez M. James i D. Jongeward (James, Jongeward, 1994, s. 344–345). Ilustruje to poniższy schemat.



- (1) Dorosły nieświadomy i skontaminowany
- (2) Dorosły świadomy Rodzica i Dziecka
- (3) Skorygowanie i dekontaminacja Dorosłego
- (4) Dorosły filtr zachowania
- (5) Proces integracji

Rys. 1. Proces integracji osobowości, za: M. James, D. Jongeward (1994), *Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań, s. 145.

Proces integracji (por. rys. 1) przebiega od sytuacji nieświadomości przez jednostkę roli i znaczenia stanu Ja-Dorosły i skontaminowania¹ go poprzez sąsiednie struktury (1). Odkontaminowania poprzez świadomą pracę Ja-Dorosłego

¹ Do samego pojęcia kontaminacji przyjdzie nam wkrótce powrócić.

w celu wyznaczenia granicy pomiędzy pozostałymi strukturami (2). Osiągnięcie takiego stanu (3). Od tego momentu stan Ja-Dorosły pełni funkcję swoistego filtra zachowań selekcjonując, analizując i w konsekwencji decydując o toku i charakterze postępowania jednostki (4). Po stan optymalny (5), gdy wyodrębnione i włączone do struktury Ja-Dorosły zostają przepracowane dane pochodzące od Ja-Rodzica (*Ethos*) oraz Ja-Dziecka (*Pathos*). W obszarze *Ethosu* mieściłby się cały szereg cech, które skłonni bylibyśmy umownie nazywać bardziej „etyką odpowiedzialności” niż „etyką samych norm i zasad”, gdzie ma miejsce zgodność słów i czynów, głoszonych poglądów i wynikających stąd wyborów. *Pathos* natomiast daje możliwość analizy i rozumienia motywacji czy emocji własnych oraz innych osób, radzenia sobie z nimi i ich kontrolowania, a także wykorzystywania emocji w procesie własnego myślenia. Trzeba zauważyć, że przedstawiony powyżej model nie jest jedynym, jaki odnaleźć można, śledząc literaturę dotyczącą AT. Przykładem mogą być rozwiązania przedstawione przez Susannah Temple (Temple, 1999, s. 164–174). Nie odbiega on jednak zasadniczo od powyższej prezentacji. Akcentuje, co najwyżej, większą rolę autonomii jednostki jako stanu pożądanej integracji osobowości.

Reasumując, można powiedzieć, że Zintegrowany Dorosły zapewnia dobry kontakt z rzeczywistością, a tym samym satysfakcjonującą i funkcjonalną efektywność wszelkich działań diagnostycznych. W sytuacjach przeciwnych osobowość diagnosty może mieć wpływ na powstawanie różnego rodzaju błędów w procesie rozpoznawania badanej rzeczywistości. Cechy jego niezintegrowanej – mogącej być też rozumianej jako właściwie nieukształtowanej – osobowości rzutują na charakter oraz przebieg całego postępowania diagnostycznego.

Strukturalna deformacja osobowości jako źródło błędów diagnostycznych

Mówiąc o patologii strukturalnej (ang. *structural pathology*), w analizie transakcyjnej mamy na myśli głównie zaburzenia konstrukcji Ja obejmujące zatarcie granic między poszczególnymi stanami, objawiające się poprzez tzw. kontaminacje i wyłączenia (Steward, Joines, 1987, s. 51–55).

Kontaminacje (ang. *contamination*) sprowadzają się do swoiście rozumianego „zawładnięcia”, „zaciemnienia” czy też „przejęcia kontroli” nad jakąś częścią Dorosłego przez Rodzica i/lub Dziecko. W pierwszym przypadku pojawiają się nieuchronnie różnego rodzaju stereotypy czy uprzedzenia, w odniesieniu do sytuacji drugiej, gdzie występować najczęściej będą iluzje, złudzenia lub urojenia. O istnieniu kontaminacji Dorosłego przez Rodzica może świadczyć powstawanie dobrze znanego dysonansu poznawczego opisanego przez Leona Festingera (Festinger, 1957). Jak wiadomo, pewien dyskomfort psychiczny powstaje wów-

czas, gdy pojawia się nowa informacja lub nieprzewidziane zdarzenie, które – mówiąc językiem AT – docierają do struktury Ja-Dorosły, a które nie są zgodne z dotychczasowymi poglądami, przekonaniem czy utrwalonymi postawami (usztywnionym stanem Ja-Rodzic). O tym, jak niebezpieczne dla prowadzonej diagnozy może być przeświadczenie o tym, że gdy fakty przeczą jakimś wcześniejszym założeniom, tym gorzej dla tych faktów, nikogo przekonywać nie trzeba. Utrwalone nawyki i pewna sztywność ukierunkowują wprawdzie naszą uwagę i nasze rozumienie. Myślimy, co prawda, szybciej, łatwiej i w sposób bardziej przewidywalny, ale gubimy w ten sposób złożoność świata i własną obiektywność, szczególnie w sytuacjach nowych, niestandardowych i niejednoznacznych.

Z kolei w kontaminacji Dorosłego przez Dziecko pojawiają się nieuchronne iluzje, będące niczym innym, jak irracjonalnymi nadziejami utwierdzającymi daną osobę w określonych złudzeniach – co do niej samej i innych ludzi. I choć czynnik ten pozbawiony jest wszelkich racjonalnych uzasadnień, nazywany też niekiedy przez amerykańskich psychologów „efektem Lake Wobegon” (za: Ripley, 2008, s. 65–66), bywa elementem sprzyjającym zmaganiu się z przeciwnościami losu. Nazwa wspomnianego zjawiska pochodzi od nazwy fikcyjnego miasta w Minnesocie, gdzie kobiety są zdecydowane, mężczyźni wyjątkowo przystojni, a dzieci nieprzeciętne. Złudzenia wprawdzie „pozwalają żyć” (Kofta, Szutrowa, 1991), jak anonsuje to jeden z tytułów książek z zakresu psychologii społecznej, ale oddalają diagnostę od rzeczywistości i czynią jego działania iluzorycznymi.

Mówiąc o uprzedzeniach i iluzjach, zauważmy, że tego rodzaju zjawiska jakże często mają miejsce w pracy nauczycielskiej, gdy dochodzi do oceniania osiągnięć ucznia. Obiektywny osąd nie zawsze jest możliwy wskutek tego rodzaju zniekształceń. Nauczyciel może zatem utrwalić sobie zdanie na temat danego dziecka jako ucznia „dobrego”, „pilnego”, „zdolnego”, itd., i blokować informacje, które temu przeczą, oceniając wspomnianego ucznia znacznie lepiej, niżby na to zasługiwał. Może też mieć miejsce zjawisko odwrotne, gdy uczeń spostrzegany jest jako „niezdolny”, „trudny” czy „mało pojętny”, bez względu na jego obiektywne osiągnięcia, wówczas uczeń taki oceniany jest bardziej surowo. Pierwsze zjawisko, jak piszą o tym Georges Noizet i Jean Paul Caverni, nosi nazwę efektu Pigmaliona, drugie opatrywane jest mianem efektu Golema (Noizet, Caverni, 1988). W obu wypadkach nauczyciel czyni to w tym celu, aby zmniejszyć przykry stan rozbieżności między tym, co poprzednio zakładał, a obiektywnym stanem rzeczy. Trzeba zauważyć, że obie sytuacje rozgrywają się poza świadomością. Możemy tu często mówić o pewnym rodzaju tzw. samopełniającej się przepowiedni, o jakiej pisał Robert Merton (za: Trusz, 2007, s. 85–96). Sekwencja zdarzeń jest tu niezmienna. Nauczyciel buduje sobie fałszywe przekonanie na temat określonego ucznia (uczniów) – komunikuje te przekonania w jakiś określony sposób (nierzadko przy pomocy ukrytych transakcji) – uczeń (uczniowie) potwierdza te fałszywe przekonania swoim zachowa-

niem. Można przypuszczać, a hipotezę tę warto zweryfikować lub sfalsyfikować przy pomocy odpowiednich procedur badawczych, iż w obu przypadkach aktywnie kontaminujący jest funkcjonalny stan Dziecka Zaadaptowanego. Natomiast w sytuacji efektu Pigmaliona bardziej czynny jest stan Rodzica Opiekuńczego niż Dorosłego, gdy w odniesieniu do efektu Golema silniej kontaminuje Rodzic Krytyczny.

Może dziwić nieco fakt, że niektórzy autorzy uznają opisane przez nas zjawisko za normalne, pisząc np.: „[...] należy podkreślić, że opisane zniekształcenia w zawodowym procesie oceniania mają miejsce dlatego, że nauczyciel nie może przestać być człowiekiem. Kierują się zatem przeświadczeniami, które mają na celu – mówiąc najszerzej – obronę lub podniesienie własnej samooceny jako osoby dobrze wykonującej swoje obowiązki” (Turska, 2007, s. 11). No cóż, argument typu: „przecież wszyscy jesteśmy tylko ludźmi” – trudno obalić. W ten sposób można usprawiedliwić niemal każde, nawet najbardziej nieprofesjonalne, działanie. To również prawda, że zarówno efekt Golema, jak i Pigmaliona mają charakter nieświadomy, ale już praca nad swoim stanem Ja-Dorosły leży w zasięgu możliwości każdego nauczyciela. Można przyjąć z dużym przekonaniem, że im bardziej nauczyciel będzie wykazywał słabość oraz niedostatki swojej struktury Ja-Dorosły, tym mocniej ulegnie tego rodzaju uprzedzeniom i iluzjom w odniesieniu do wykonywanej przez siebie pracy. Natomiast pomocne w takich sytuacjach mogą okazać się warsztaty lub superwizje wykorzystujące oraz doceniające dorobek analizy transakcyjnej.

Ale nie tylko kontaminacje mają tutaj znaczenie. Ważną rolę odgrywa też inny rodzaj patologii strukturalnej, którą nazywa się wyłączeniami (ang. *exclusion*) (Poindexter, 1972, s. 28–31). Jest to obronne zablokowanie dwóch stanów Ja, w czasie, gdy trzeci ze stanów jest aktywny:

- aktywny tylko Rodzic. Przykład: „diagnosta kierujący się wyłącznie normami, procedurami i zasadami”, układ: R-(D-Dz).
- aktywny tylko Dorosły. Przykład: „diagnosta niedostrzegający szerszego kontekstu niż realizowane badania”, układ: (R)-D-(Dz).
- aktywne tylko Dziecko. Przykład: „diagnosta zdominowany przez swoje nie zawsze świadome motywacje lub emocje”, układ: (R-D)-Dz.

W literaturze przedmiotu spotykana jest też inna wersja, gdzie zablokowany jest jeden ze stanów Ja, natomiast aktywne są dwa pozostałe. W takiej sytuacji można założyć trzy warianty:

- wyłączony Rodzic, aktywne Dziecko i Dorosły. Przykład: „diagnosta pozbawiony sumienia, np. eksperymenty dr. Josefa Mengele”, układ: (R)-D-Dz.
- wyłączone Dziecko, aktywny Rodzic i Dorosły. Przykład: „diagnosta nieumiejący się cieszyć z uzyskanych rezultatów”, układ: R-D-(Dz).
- wyłączony Dorosły, natomiast aktywny Rodzic i Dziecko: „diagnosta pozbawiony kontaktu z rzeczywistością, miotany między powinnościami i obowiązkiem a zmiennością swoich odczuć”, układ: R-(D)-Dz.

Biorąc pod uwagę tę drugą wersję, niektórzy transakcjoniści zgłaszają w tym kontekście swoje zastrzeżenia, twierdząc, iż człowiek w danej sytuacji może posługiwać się tylko jednym wykonawczym stanem Ja. Pozostawanie w tym samym momencie w dwóch przeciwstawnych stanach Ja (np. Rodzic i jednocześnie Dziecko) nie wydaje się możliwe. Są to jednak dywagacje, które pozostawimy tutaj nierozstrzygnięte, sugerując jednocześnie podjęcie odpowiednich badań w tym zakresie. Nieprzypadkowo zatem w analizie transakcyjnej właśnie w kontaminacjach i wykluczeniach Mavis Klein (Klein, 1980, s. 96–100) dopatruje się głównego źródła błędów i wszelkiego rodzaju trudności w podejmowaniu decyzji oraz optymalnym działaniu. Pisz: „Funkcjonalnie zdrowa osobowość przejawia się swobodnym przepływem pomiędzy poszczególnymi stanami Ja, co przejawia się zdolnością do autonomicznego korzystania z każdego stanu zgodnie z potrzebami danej sytuacji” (Klein, 1980, s. 96). Dalej dodaje: „Najbardziej złożone i istotne życiowe decyzje, które mają prowadzić do szczęśliwego wyniku, wymagają aktywności wszystkich trzech stanów Ja” (Klein, 1980, s. 96). Takiej właśnie zdrowej funkcjonalnie i strukturalnie osobowości możemy oczekiwać od dojrzałych i świadomych swojej roli osób podejmujących się diagnozy pedagogicznej.

Wnioski

Podsumowując, należy zauważyć, że problematyka diagnostyki stanowi ważny obszar dociekań analizy transakcyjnej. Zarówno w teoretycznych, jak i praktycznych aspektach diagnostyki zazwyczaj bardziej skupiamy się na przedmiotowych (obiektywnych) niż podmiotowych (ludzkich) wymiarach procesu diagnostycznego. Bardziej jesteśmy skłoni badać i rozpatrywać „coś”, np. wyniki nauczania, charakter pomiaru dydaktycznego czy rezultaty egzaminów, niż dostrzec „kogoś”, np. samego ucznia, jego cechy i właściwości, czy też właśnie osobę diagnosty. Pierwszy rodzaj poznania ma zawsze charakter „pochyły”, gdyż wynosi osobę badającą ponad badany przedmiot swoich dociekań. W przypadku drugim dochodzi do swoistej symetryzacji, gdzie płaszczyzna wzajemnych odniesień nabiera cech „równoległości”. Należy podkreślić, iż nie można negować roli i znaczenia jednego czy drugiego rodzaju rozpoznawania rzeczywistości. Oba wspomniane porządki wzajemnie się dopełniają poprzez swój – z jednej strony – obiektywizm poznania, a z drugiej poprzez subiektywne odniesienia do, rzecz by można, ludzkiego charakteru badań pedagogicznych. Zarówno diagnozujący, jak i diagnozowani są wszak żywymi ludźmi, ze wszystkimi atrybutami wynikającymi z tego faktu. Istotnym podmiotem procesu diagnostycznego pozostaje zatem człowiek, w tym osoba i osobowość samego diagnosty.

Zintegrowana osobowość badacza dobrze temu sprzyja i jest ważną przesłanką pozwalającą uniknąć wielu błędów diagnostycznych. Pozwala weryfiko-

wać formułowane sądy i stawiane hipotezy, mieć krytyczny stosunek do własnych dokonań, bez ulegania sztywnej rutynie, przyjętym stereotypom czy panującym w danym środowisku przesądom, lub też podlegać i dać się ponieść iluzjom niemającym wiele wspólnego z rzeczywistością. Należy pamiętać, że każde – godne tego miana – badanie musi spełniać zarówno wymóg trafności, a mówiąc najprościej za Davidem Silvermanem: „trafność to synonim prawdy” (Silverman, 2009, s. 273), jak i rzetelności pozwalającej uzyskiwać te same wyniki w zmienionych okolicznościach przez tego samego badacza lub przez innych badaczy. Jak powszechnie się twierdzi, błąd jest rzeczą ludzką, niemniej jednak, jak mawiał Konfucjusz: „Kto wie, że popełnił błąd i nie poprawia go, popełnia nowy błąd” (<http://cytaty.eu/>). Korektę własnych błędów może zapewnić tylko właściwie ukształtowana i niezdeformowana osobowość badacza.

Na podstawie powyższych stwierdzeń wniosek wydaje się nader jednoznaczny i oczywisty. W przygotowaniu zawodowym przyszłych diagnostów, a także w trybie podnoszenia kwalifikacji osób podejmujących się zadań związanych z diagnostyką pedagogiczną należy uwzględniać rozwój i kształtowanie pożądanych cech osobowości. Koncepcja analizy transakcyjnej, w formie odpowiednich wykładów, warsztatów oraz programów dydaktycznych, może okazać się nieocenionym modelem teoretycznych i praktycznych szkoleń w omawianym zakresie.

Bibliografia

- Allen P.M. (1992), *The Therapy Triangle: A Tool for Diagnosis and Therapy*, „Transactional Analysis Journal”, t. 22, nr 1, s. 48–53.
- Balling R. (2005), *Diagnosis of Organizational Cultures*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 35, nr 4, s. 313–320.
- Brennan T., McClenaghan J.C. (1978), *The Transactional Behavior Questionnaire*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 8, nr 1, s. 52–55.
- Cichocka M., Suchańska A. (1989), *Analiza transakcyjna w teorii i praktyce psychologicznej*, cz. 2, „Psychoterapia”, nr 3, s. 51–59.
- Clarkson P. (1988), *Script Cure? – A Diagnostic Pentagon of Types of Therapeutic Change*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 18, nr 3, s. 211–219.
- Clarkson P. (1989), *Metaperspectives on Diagnosis*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 19, nr 1, s. 45–50.
- Diaz de la Vega E.S., Gayo G.N. (1981), *Psycho-Transactional Diagnosis Treatment*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 11, nr 4, s. 330–332.
- Dusay J.M. (1977), *Egograms*, Harper & Row, New York.
- Festinger L. (1957), *A Theory of Cognitive Dissonance*, Stanford University Press, Stanford.

- Gayol G.N. (1997), *Diagnosis and Treatment of Ego State Boundary Problems: Effects on Self-Esteem and Quality of Life*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 27, nr 4, s. 237–240.
- Hoyt M.F. (1989), *Psychodiagnosis of Personality Disorders*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 19, nr 2, s. 101–113.
- <http://cutaty.eu/> [22.02.2013].
- <http://niezalezna.pl/38445-tusk-w-sprawie-brzozy-rozni-ludzie-roznie-mierza> [15.02.2013].
- Hyams H. (1998), *Dissociation: Definition, Diagnosis, Manifestations, and Therapy, with Special Reference to Cults/Sects*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 28, nr 3, s. 234–243.
- Jagiela J. (2011), *Egogram EFP*, [w:] J. Jagiela (red.), *Analiza transakcyjna w edukacji*, Wyd. AJD, Częstochowa, s. 273–277.
- Jagiela J. (2012a), *Analiza transakcyjna jako metoda diagnozy pedagogicznej*, [w:] B. Niemiecko, M.K. Szmigiel (red.), *Regionalne i lokalne diagnozy edukacyjne, Materiały konferencyjne*, Wrocław 2012, s. 122–143.
- Jagiela J. (2012b), *Słownik analizy transakcyjnej*, Wyd. AJD, Częstochowa.
- James M. (1986), *Diagnosis and Treatment of Ego State Boundary Problems*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 16, nr 3, s. 188–196.
- James M., Jongeward D. (1994), *Narodzić się, by wygrać. Analiza transakcyjna na co dzień*, Dom Wydawniczy REBIS, Poznań.
- Karakashian S.J. (1988), *Differential Diagnosis of the Borderline Personality: The First Step in Treatment*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 18, nr 3, s. 178–184.
- Karpman S.B. (1974), *Overlapping Egograms*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 4, nr 4, s. 16–19.
- Klein M. (1980), *Thoughts and Feelings: A Functional Description of Health, Pathology, Diagnosis and Cure*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 10, nr 2, s. 96–100.
- Kofta M., Szustrowa T. (red.) (1991), *Złudzenia, które pozwalają żyć*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Marsh C., Drennan B. (1976), *Ego States and Egogram Therapy*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 6, nr 2, s. 135–137.
- Masiak M., Kopacz G., Oles P., Welcz H. (1998), *Assessing the Egograms of Neurotic Inpatients During Psychotherapy*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 28, nr 2, s. 168–170.
- Noizet G., Caverni J.P. (1988), *Psychologiczne aspekty oceniania osiągnięć szkolnych*, PWN, Warszawa.
- Pierzchała A., Sarnat-Ciastko A. (2011), *Egogram strukturalny. Kwestionariusz samooceny stanów Ja*, [w:] J. Jagiela (red.), *Analiza transakcyjna w edukacji*, Wyd. AJD, Częstochowa, s. 279–288.

- Poindexter W.R. (1972), *The Excluded Parent and Child in Game Theory*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 2, nr 3, s. 28–31.
- Ripley A. (2008), *Instynkt przetrwania. Jak przeżyć katastrofę*, Wydawnictwo Prószyński i S-ka, Warszawa.
- Rogoll R. (1989), *Aby być sobą. Wprowadzenie do analizy transakcyjnej*, PWN, Warszawa 1989, s. 20.
- Silverman D. (2009), *Prowadzenie badań jakościowych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Stewart I., Joines V. (1987), *TA Today. A New Introduction to Transactional Analysis*, Lifespace Publishing, Nottingham and Chapel Hill 1987, s. 39–46.
- Strelau J. (red.), (2000), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, GWP, Gdańsk.
- Suchańska A. (2007), *Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Temple S. (1999), *Functional Fluency for Educational Transactional Analysts*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 29, nr 3, s. 164–174.
- Temple S. (2002), *Functional Fluency*, „Zeitschrift für Transaktionsanalyse”, nr 4, s. 251–269.
- Temple S. (2004), *Update on The Functional Fluency Model in Education*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 34, nr 3, s. 197–204.
- Trusz S. (2007), *Samospełniające się proroctwa nauczycieli*, „Psychologia w Szkole”, nr 2, s. 85–96.
- Turska D. (2007), *Subiektywizm oceniania, czyli... nauczyciel też człowiek*, „Psychologia w Szkole”, nr 2, s. 3–11.
- Ware P. (1983), *Personality Adaptations (Doors to Therapy)*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 13, nr 1, s. 11–19.
- Wouters A., Smale G., (1990), *Diagnosis with Million's Personality System: Implications for Transactional Analysis Therapy*, „Transactional Analysis Journal”, vol. 20, nr 2, s. 118–127.