

Roman Bielicki

Wybrane aspekty interpretacyjne problematyki diagnoz

Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość 7, 173-184

2010

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.

Roman Bielicki*

Wybrane aspekty interpretacyjne problematyki diagnoz

Uwagi wstępne

Problematykę diagnozy, również na terenach Polski, w połowie XIX wieku podejmowali lekarze – lekarze, którym ciągle brakowało metod rozpoznawania faktycznego obrazu stanów chorobowych pacjentów, z czego można by było wnioskować o terapeutycznych wskazaniach i metodach leczenia.

W Polsce rozważania nad skutecznymi metodami rozpoznawania chorób rozpoczęło szereg lekarzy, wśród których należy wymienić wybitnego na te czasy lekarza-przyrodnika, a przy tym społecznika, profesora Szkoły Głównej Warszawskiej, współzałożyciela i pierwszego przewodniczącego „Kasy” im. Mianowskiego, jednego z pionierów taternictwa, badacza przyrody tatrzańskiej i pioniera lecznictwa klimatycznego – Tytusa Chałubińskiego (1820–1889). Jego uczniami byli między innymi Zygmunt Kramsztyk (1849–1920) i Edmund Biernacki (1866–1911), zajmujący się metodami badań naukowych. Trzeba też wspomnieć o Władysławie Biegańskim (1851–1917), którego pasją były problemy metodologii nauk empirycznych, szczególnie problemy diagnozy, rozumianej jako rozpoznawanie w medycynie i innych naukach przyrodniczych. On także zajął się opisem różnych metod diagnozy i przedstawił typologię błędów diagnostycznych, zwracając uwagę zwłaszcza na tak zwaną **metodę różnicowania**, szerzej omawianą przez Stefana Ziemskiego w latach sześćdziesiątych XX wieku w jego publikacji pod tytułem *Rozwój twórczości metodologicznej W. Biegańskiego*¹.

Prace filozoficzne z zakresu logiki i metodologiczne W. Biegańskiego przyspieszały i wzbudzały zainteresowania z zakresu diagnozy i metodologii lekarskiej w innych krajach europejskich, jak również w Polsce, gdzie praca S. Ziemskiego w dużej mierze była inspirowana nowatorską twórczością metodologiczną W. Biegańskiego. Dotyczyła ona zwłaszcza dociekań i analiz warunków

* Dr Roman Bielicki, Wydział Pedagogiki Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej.

¹ S. Ziemiński, *Rozwój twórczości metodologicznej W. Biegańskiego*, „Studia i Materiały z Dziejów Nauki Polskiej” 1968, seria E, nr 23.

poprawności diagnozy. Uczniowie połowy XX wieku coraz dobitniej zdawali sobie sprawę z tego, że podstawa badań w naukach empirycznych to nie tylko metoda indukcyjna², ale także badania diagnostyczne, ważne dla poznania naukowego i praktycznego.

Jeżeli chodzi o diagnozę w naukach społecznych, to w twórczości polskich uczonych warto zwrócić uwagę na pracę profesora Adama Podgóreckiego z 1962 roku dotyczącą charakterystyki nauk praktycznych. Autor ten analizował problematykę diagnozy z punktu widzenia potrzeb nauk społecznych, głównie zwracał uwagę na **wielofazowość diagnozy**, dużo miejsca poświęcił też zagadnieniu tak zwanej **diagnozy przyczynowej**. W naukach technicznych szczególnymi aspektami diagnozy, a więc diagnostyką w węższym zakresie, zajmowali się Jerzy Jaźwiński i Sędzimir Preckajło w pracy *Diagnostyka nie tylko medyczna*³ z 1970 roku, a z punktu widzenia psychologii myślenia problematyka diagnozy była przedmiotem analiz Józefa Kozińskiego, które autor ten zawarł w pracy z 1969 roku pod tytułem *Psychologia procesów przeddecyzyjnych*⁴.

Znaczenie diagnozy i terapii w pracy pedagogicznej, zwłaszcza w dziedzinie oceny uczniów, znaleźć można w pracy Saturnina Racinowskiego z 1966 roku zatytułowanej *Problemy oceny szkolnej*⁵ oraz innych, późniejszych autorów polskich.

W polskiej literaturze pracą najwszechstronniej rozwijającą zagadnienie metod diagnozy, a konkretyzując – to, jak dochodzić do diagnozy, jakie na tej drodze spotyka się błędy i jak ich unikać, jakie jest jej zastosowanie w naukach empirycznych i działalności praktycznej, jest – jak dotychczas – praca Stefana Ziemskiego pod tytułem *Problemy dobrej diagnozy*⁶ z 1973 roku.

W odróżnieniu od logików, ujawniających tendencje do formułowania uogólnień i syntez na podstawie przesłanek będących ich poszczególnymi przypadkami, przedstawiciele podejścia empirycznego wyprowadzili uogólnienia z obserwacji faktów i na tej drodze weryfikowali hipotezy. Rozwój nauk empirycznych w XX wieku dyktował konieczność namysłu nad metodami pozwalającymi na rozpoznanie cech badanego wycinka rzeczywistości nieznannej, a wymagającego poznania, czyli konkretnego, jasno sformułowanego problemu naukowego, badanego stanu rzeczy. Tak więc potrzeby szeregu nauk empirycznych dyktowały poszukiwanie metod o jak najwyższej wartości diagnostycznej, czyli takiej, która gwarantowała poznanie badanych zjawisk i procesów możliwie wszechstronnie. Ten trend myślowy stawał się coraz bardziej aktualny w XX

² Jak stwierdza S. Ziemiński, op. cit., s. 8.

³ J. Jaźwiński, S. Preckajło, *Diagnostyka nie tylko medyczna*, Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, Warszawa 1970.

⁴ J. Koziński, *Psychologia procesów przeddecyzyjnych. Badania eksperymentalne*, PWN, Warszawa 1969.

⁵ S. Racinowski, *Problemy oceny szkolnej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1966.

⁶ S. Ziemiński, *Problemy dobrej diagnozy*, „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1973.

wieku i przyczyniał się do rozwoju **teorii diagnozy**, a także **diagnostyk szczegółowych**, czego już współcześnie nie udaje się uniknąć w konceptualizacjach metodologicznych, zwłaszcza zaś racjonalnego organizowania metod naukowych i niezbędnych czynności gwarantujących formułowanie diagnoz. Uszczegółowiając, formułowanie diagnoz musi być poprzedzone różnorodną pracą pozwalającą w jej wyniku na rozpoznanie badanych zjawisk i procesów; praca ta polega na zbieraniu danych, które przy ich intelektualnym opracowaniu prowadzą do formułowania sądów zgodnych z badaną rzeczywistością, do sądów koherentnych. W diagnozie znajdują odbicie zebrane informacje empiryczne, lecz niekoniecznie wszystkie, które udało się badaczowi zebrać przy zastosowaniu odpowiednich technik i narzędzi zbierania danych. Użyteczne w diagnozie są te informacje, które mają znaczenie, a pominąć można te, które nie są istotne z poznawczego punktu widzenia. Końcowy sąd wynikający z analizy tych informacji jest tożsamy ze sformułowaną diagnozą. Dojście do efektu w postaci **postawienia diagnozy** wymaga zwiększonej zdolności myślowej, czyli czynności umysłu badacza polegającej na rozłożeniu danego obiektu na elementy składowe (relacje, cechy, części) i wyodrębnieniu ich za pomocą abstrakcji. Analiza tych elementów winna występować w związku z syntezą warunkującą inne operacje myślowe, na przykład porównywanie i uogólnianie, badacz w naukach empirycznych nie może bowiem ograniczać się do funkcji „magazyniera określonych informacji empirycznych”, co często charakteryzuje ludzi dopiero stojących u progu kariery naukowej bądź nieodznaczających się zdolnościami umysłowymi najwyższego rzędu.

Materialne i poznawczo-formalne podstawy diagnoz

Termin „diagnoza” wywodzi się z greckiego terminu *diagnosis*, co oznacza rozróżnianie, osądzenie, przy czym uzupełniający dla zrozumienia tego pojęcia jest grecki termin *diagnostike techne*, czyli sztuka odróżniania, a więc sztuka stawiania diagnoz. Już Hipokrates w procedurze stawiania diagnoz przewidywał dwa podstawowe elementy, gdy stwierdzał: „[...] cokolwiek bowiem kryje się przed wzrokiem oczu, to wszystko poddaje się wzrokowi rozumu”⁷. Oznacza to, że miał na myśli postrzeganie przez obserwację i rozumowanie na podstawie percypowanych zjawisk. Dane, stanowiąc grunt stawiania diagnoz, pochodzą z badań anamnestycznych, czyli wywiadów odnoszących się do aktualnych, w czasie badań, stanów, symptomów, na przykład choroby w medycynie, stanu niedostosowania społecznego jednostki, na przykład o cechach dewiantywnych, będącej w obszarze zainteresowania pedagogiki resocjalizacyjnej, oprócz tego potrzeba **rozumowania**, czyli poddania katalogu zaobserwowanych faktów, symptomów racjonalnej analizie.

⁷ *Hippokratesa o sztuce lekarskiej*, przeł. W. Klinger, wstępem zaopatrzył A. Wrzosek, Poznań 1937, cyt. za: S. Ziemiński, *Rozwój...*, op. cit., s. 15.

Definicja diagnozy nie może być ograniczona tylko do efektów badań anamnestycznych, gdyż konstytutywne dla pojęcia diagnozy są nie tylko obserwowane i rozpoznawane stany rzeczy, lecz także ich tendencje rozwojowe; mogą to być dla przykładu tendencje rozwojowe cech osobowościowych osoby poddawanej intencjonalnemu procesowi wychowawczemu czy resocjalizacyjnemu w pedagogice i psychologii lub stanów chorobowych w medycynie.

Rozważania te pozwalają określić diagnozę jako rozpoznawanie zastanego stanu rzeczy i jego tendencji rozwojowych na podstawie zaobserwowanych jego objawów, poddanych rozumowej analizie. Zaobserwowane fakty dotyczące badanego przedmiotu stanowią podstawę **intelektualnego namysłu** prowadzącego do orzeczenia diagnostycznego. Najwyraźniej jest to widoczne w naukach lekarskich, ale też – zwłaszcza w czasach późniejszych i współcześnie – w innych dziedzinach nauki.

Stanowisko empirystyczne krytykował – jak podaje S. Ziemiński – Claude Bernard (1813–1878)⁸, według którego unicestwia ono medycynę jako naukę. Uważał, że dla postawienia diagnozy wystarczy samo zebranie danych i pewien „takt lekarski”. Uważał nadto, że wyjście ze stanu empiryzmu jest niezbędne, jeśli medycyna ma się dalej rozwijać jako nauka⁹. Tak kontrowersyjny pogląd wyraził francuski fizjolog i patolog, profesor w Paryżu, członek Akademii Francuskiej, rozwijający metody eksperymentalne w fizjologii, odkrywca glikogenu i jego przemiany w organizmie, trawiennych właściwości soku trzustkowego. Jest zupełnie niezrozumiałe, że taki uczyony, rozwijając metody eksperymentalne, które przecież mają charakter doświadczeń, przypisywał empiryzmowi metodologicznemu aż tak katastroficzne skutki, utrzymując, że uniemożliwi on rozwój medycyny. Co Claude Bernard miał na myśli, wyrażając zapatrywanie, iż dla postawienia diagnozy wystarczy samo zebranie danych i pewien „takt lekarski”? Zbieranie danych, w tym przypadku dotyczących symptomów choroby, samo w sobie jest przecież podejściem empirystycznym. Czyżby autor ten był niekonsekwentny w logicznej interpretacji zagadnień diagnozy? Poza tym czy pewien „takt lekarski” oznacza intuicję lub całościowy rzut oka na zjawisko choroby, która ma być przedmiotem diagnozy lekarskiej, wiarygodnej, adekwatnej do zastanej sytuacji zdrowotnej pacjenta? Takie podejście w procedurze orzekań diagnostycznych umniejsza w sposób istotny rolę czynników racjonalnych, nie tylko w medycynie, tym bardziej w naukach społecznych.

W naukach lekarskich podczas przygotowywania orzeczenia diagnostycznego zwraca się, rzecz jasna, uwagę na symptomy chorobowe i przyrównuje się je do znanych przez specjalistów obrazów patologii anatomicznych lub fizjologicznych. W klinicznych badaniach diagnoza chorób oznacza poznanie i opisanie chorób na podstawie ich patologicznych objawów, toteż dochodzenie do diagnozy jest poprzedzone wysiłkiem polegającym na docieklwym zbieraniu informa-

⁸ S. Ziemiński, *Problemy...*, op. cit., s. 18.

⁹ C. Bernard, 1952, s. 272, za: S. Ziemiński, *Rozwój...*, op. cit., s. 18.

cji oświetlających faktyczne dane mające istotny sens dla zrozumienia objawów i przebiegu badanej choroby.

Procedury przygotowywania orzeczeń diagnostycznych w innych dziedzinach, na przykład w naukach społecznych, ogólne etapy postępowania diagnostycznego są analogiczne. Zwłaszcza ta analogia, rozumiana tu jako przenoszenie twierdzeń z płaszczyzny medycznej na grunt na przykład psychologii, pedagogiki jako nauki o wychowaniu, a szczególnie pedagogiki resocjalizacyjnej, w tym i penitencjarnej, jest w pełni uprawniona ze względu na podobieństwo formalnej procedury dochodzenia do diagnozy, chociaż stosowane w niej, specyficzne w każdej dziedzinie nauki, środki zbierania i rejestrowania danych faktycznych są odmienne, różna jest też ich wartość diagnostyczna, przez którą rozumie się adekwatność twierdzeń orzeczeń diagnostycznych do badanych symptomów, zjawisk i ich tendencji rozwojowych.

Poznanie diagnostyczne – jak powiedziano wcześniej – **opiera się na doświadczeniu i na racjonalnym myśleniu** na podstawie przesłanek uzyskanych w procedurze rejestrowania danych będących przedmiotem obserwacji i informacji o symptomach konstytutywnych dla badanego zjawiska i procesu. Poznanie diagnostyczne, tak jak każde poznanie naukowe, musi nawiązywać do ogólnej teorii poznania jako działu filozofii zajmującej się analizą procesów poznawczych, dociekaniem istoty poznania, jego źródeł, granic oraz uwarunkowań różnej natury. W konceptualizacji badań diagnostycznych przewiduje się konkretne warunki i kryteria prawdziwości poznania, doprowadzenia do odkrycia prawdy w znaczeniu filozoficznej, klasycznej definicji prawdy jako zgodności, adekwatności sądów w zakresie diagnozy z rzeczywistym stanem badanych zjawisk. Wśród materialno- i formalno-poznawczych podstaw diagnozy można wyróżnić kilka podejść, które zostaną przybliżone w dalszej części artykułu.

1. Podejście empirystyczne

Empiryzm – jak wiadomo – jest kierunkiem filozoficznym w teorii poznania wywodzącym poznanie ludzkie z doświadczenia zmysłowego – zewnętrznego, czyli empiryzmu materialistycznego, bądź wewnętrznego, a więc empiryzmu subiektywno-idealistycznego. Nie wdając się w spór o wyższą wartość poznawczą wyróżnionych odmian empiryzmu, jako wykraczający poza ramy tego opracowania, podkreślić należy nawiązanie do empiryzmu genetycznego związanego z sensualizmem, poglądu, według którego źródłem wiedzy są wrażenia zmysłowe, uznane za odbicie rzeczywistości (por. John Locke, Étienne de Condillac, Paul Henry Holbach). Przy omawianiu problemu stawiania diagnoz należy nawiązać do **empiryzmu metodologicznego**, zwanego też na gruncie teorii poznania aposterioryzmem, głoszącego, że poznanie prawdziwe zawsze jest oparte na poprzedzającym je doświadczeniu i w nim jedynie może być uzasadnione. Jest to metodologiczne stanowisko przeciwne aprioryzmowi. Współcześnie podsta-

wowe tezy empiryzmu są powszechnie przyjmowane w nauce. Empiryzm w klasycznej postaci wystąpił w nowożytnej filozofii angielskiej, głównie u Francisca Bacona i Johna Locke'a, do którego nawiązywał pozytywizm i neopozytywizm. **Procedura stawiania diagnoz ma więc metodologiczne oparcie w aposterioryzmie.** Diagnoza nie może być przyjmowana apriori, czyli niezależnie od procedur gromadzenia informacji o badanym zjawisku i jego tendencjach rozwojowych. To podejście empirystyczne nie tylko w naukach medycznych, ale także w naukach społecznych daje szansę na uzyskanie wiarygodnych informacji, poddawanych następnie analizie rozumowej – te dwa elementy stanowiące wypracowanie dobrej diagnozy. Problem dobrej diagnozy należy „zakotwiczyć” na obszarze „logiki odkrycia naukowego” przy posłużeniu się zasadą weryfikacji. Zgodnie z tą zasadą – jak zauważa Ewa Chmielecka – sensowne są tylko te twierdzenia, które mogą pretendować do miana naukowych, które mogą być empirycznie potwierdzone. Przytoczony przez tę autorkę pogląd neopozytywistów¹⁰ pozostaje w sprzeczności z wprowadzoną przez Karla Poppera **zasadą falsyfikacji**. Zasada ta głosi, że wartość poznawczą mają tylko te twierdzenia, które mogą być sfalsyfikowane empirycznie. K. Popper indukcyjnistyczny model powstawania sądów naukowych, uznawany przez neopozytywistów, zastąpił modelem dedukcyjnym; to zaś polega na formułowaniu hipotez wystawianych przez uczonych na surowe próby zmierzające do ich obalenia, czyli sfalsyfikowania przy zastosowaniu odpowiednich testów empirycznych. Samo testowanie hipotez ma polegać na dedukcyjnym wnioskowaniu i konfrontowaniu wniosków ze zdaniem postrzeżeniowymi, zanotowanymi na podstawie doświadczenia, czyli w świetle zebranych prawidłowo informacji empirycznych, na przykład w przypadku diagnozy medycznej na podstawie analizy zmian chorobowych, jakie zaszły w ustroju psychosomatycznym człowieka. Taka jest „logika odkrycia naukowego” K. Poppera, która w wypadku dobrej diagnozy ma prowadzić do jej uwiarygodnienia. W świetle tego rozumowania każda hipoteza odnosząca się do diagnozy winna być wystawiona przez diagnostę na surową próbę zmierzającą do jej obalenia, a więc sfalsyfikowania, nie zaś szukania faktów postrzeżeniowych zmierzających do jej potwierdzenia. Zdaniem K. Poppera takie postępowanie najbardziej sprzyja rozwojowi nauki¹¹, natomiast zdaniem autora niniejszego artykułu szukanie faktów, które mają potwierdzić wysuwaną przez diagnostę hipotezę (weryfikacja) bądź ją obalić (falsyfikacja), to zbędne spekulacje, zbędne pomnażanie pojęć w obszarze teorii poznania. Tę uwagę należy odnieść zwłaszcza do procedur stawiania diagnoz zarówno w medycynie, jak i w naukach społecznych, w tym dla potrzeb reedukacyjnych i resocjalizacji. Można zasadnie założyć, że zarówno procedura weryfikacyjna, jak i falsyfikacyjna wysuwanych przez diagnostę hipotez, surowe i naukowo poprawne, są przecież sposobem na

¹⁰ E. Chmielecka, *Problemy współczesnych teorii rozwoju nauki*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa 1983, s. 26.

¹¹ Por. K. Popper, 1997, za: E. Chmielecka, op. cit., s. 25.

uzyskanie orzeczenia diagnostycznego wiarygodnego; orzeczenia zawierającego dane obiektywne, poddane poprawnej, racjonalnej analizie rozumowej. Nadawanie priorytetowego znaczenia poznawczego tylko zasadzie weryfikacjonizmu czy tylko zasadzie falsyfikacjonizmu jest zabiegiem ograniczającym koncepcję „logiki odkrycia naukowego” szczególnie w naukach społecznych. Na gruncie tych nauk przeważnie można się zetknąć z psychologizmem czy socjologizmem, a już z całą pewnością te elementy występują zawsze tam, gdzie w grę wchodzi zachowania podmiotów, zachowania szczególnie dewiantywne, wymagające korekcjonizmu w procedurach intencjonalnej socjalizacji lub resocjalizacji; oddziaływań preparacyjnych i kreatywnych. Oddziaływania te muszą być poprzedzone diagnozą obiektywną, trafną, objaśniającą właściwości podmiotu, które winny być wyeliminowane. Jest to tylko przykład szczególny, na którego tle łatwo zauważyć, że hipoteza odnosząca się do tego, jaki jest podmiot, nie może opierać się tylko na zasadzie falsyfikacji, ale wymaga także uwzględnienia zasady weryfikacyjnej; zatem w formułowaniu orzeczenia diagnostycznego nie powinno się nadawać – jak proponuje K. Popper – priorytetu modelowi dedukcyjnemu, który ma zastąpić model indukcyjny. Takie podejście – zdaniem piszącego – jest jednostronne, w dodatku zubożające możliwości adekwatnego **orzeczenia diagnostycznego**. Zdania postrzeżeniowe formułowane na tle obserwowanych faktów diagnostycznych, zarówno w naukach medycznych, jak i społecznych, muszą być testowane empirycznie i poddane **zasadom racjonalizmu**, nieinterpretowanym jednak w ten sposób, że naczelnym źródłem jest rozum diagnosty, lecz jako rozumowa interpretacja zdań postrzeżeniowych, opartych na zaobserwowanych informacjach empirycznych (na przykład objawach chorobowych, reakcjach na bodźce czy zachowaniach).

Plodne poznawczo i praktycznie w tworzeniu orzeczeń diagnostycznych nie może być tylko czysto empirystyczne podejście, według którego diagnoza jest wyłącznie wynikiem samego doświadczenia w postaci zebrania informacji empirycznych, ani czysto racjonalistyczne podejście przyjmujące, że główne źródła diagnozy to zespół rozumowań. Wiarygodna, obiektywna i tym samym poznawczo poprawna jest diagnoza będąca rezultatem testowania hipotez odnośnie do diagnozowanego podmiotu, polegająca na rozumowej analizie, wnioskowaniu i konfrontowaniu tych wniosków ze zdaniem postrzeżeniowymi zanotowanymi na podstawie prawidłowo zebranych informacji empirycznych; w przypadku na przykład diagnozy medycznej na podstawie analizy zmian chorobowych, w przypadku zachowań dewiantywnych na podstawie ich symptomów, uwarunkowań, możliwości tworzenia diagnoz decyzyjnych i tym podobnych. Przedstawione tu podejście odpowiada **logice odkrycia naukowego** K. Poppera, z tym jednak, że nie nadaje się tu priorytetu tylko zasadzie falsyfikacji hipotez i modelowi wyłącznie dedukcyjnemu, lecz uważa się, iż naukowo poznawcze jest stanowisko uwzględniające w procedurze tworzenia orzeczeń diagnostycznych zasadę weryfikacji hipotez.

Prawidłową diagnozę stanowią fakty diagnostyczne, chociaż należy pamiętać – jak głosił już Auguste Comte – że gołe fakty, chociażby ściśle i najliczniej zgromadzone, są tylko niezbędnym materiałem¹². W tworzeniu wiarygodnej diagnozy nie można ograniczać się wyłącznie do gromadzenia luźnych faktów pochodzących z obserwacji, zabieg taki prowadzi bowiem tylko do podniesienia w tym zakresie poziomu erudycji. Wiadomo, że proces erudycyjny to proces gromadzenia wiedzy o faktach, prawdziwa nauka zaś to praca dotycząca faktów. Prawdziwa czy dobra diagnoza to praca pozwalająca **przewidywać**, co z gromadzonych faktów może wynikać, jakie skutki mogą wynikać na przykład ze stanu psychosomatycznego pacjenta czy cech dewiantywnych osobnika niedostosowanego społecznie. Potrzebne są więc zabiegi dedukcyjne, starania o wydedukowanie ze zgromadzonych faktów wniosków umożliwiających przewidywanie środków terapii czy korekcji, ocena ich praktycznej użyteczności. Myśl ta nawiązuje do filozofii pozytywnej. Jej wybitny przedstawiciel A. Comte (1789–1857) wyraził tę myśl w następujących słowach: „aby wiedzieć dla przewidywania”, aby badać to, co jest, dla wysuwania wniosków o tym, co będzie¹³. Przy wyjściu z takiego założenia w dostosowaniu do teorii diagnozy uprawnione jest pytanie o to, czy do sformułowania diagnozy w ogóle, jak też w odniesieniu do różnych dziedzin naukowych, wystarczają same dane aposterioryczne, czyli dane z doświadczenia bez rozumowania, tak jak jest to ujęte w podejściu empirystycznym. Odpowiedź twierdząca byłaby błędem. Warunkiem prawidłowego orzeczenia diagnostycznego jest przyjęcie stanowiska, że dwa elementy stanowią podstawę wypracowania dobrej diagnozy: **wiarygodne informacje o zjawiskach, procesach, relacjach występujących pomiędzy nimi, poddanych analizie rozumowej, przy zastosowaniu zasady weryfikacyjnej, a także zasady falsyfikacyjnej zdań postrzeżeniowych**.

Takiego postępowania diagnostycznego wymaga logika odkrycia naukowego, ponieważ stosowanie zasad weryfikacyjnej czy falsyfikacyjnej prowadzi i tak do odkrycia naukowego – potwierdzenia lub odrzucenia przyjętej w postępowaniu naukowym przez diagnostę hipotezy.

2. Orientacja racjonalistyczna

Dla przypomnienia tylko należy odnotować podstawowe zasady racjonalizmu jako stanowiska filozoficznego, a uszczegółowiając, głównie teoriopoznawczego, upatrującego w rozumie, a więc w sferze intelektualnej, naczelnego źródła poznania; poznania obiektywnie istniejącej rzeczywistości, w kontekście diagnozy zaś poznania wszelkich informacji objaśniających badane zjawisko, procesy i relacyjne związki przyczynowo-skutkowe występujące pomiędzy zjawiskami, procesami, niekoniecznie oparte na doświadczeniu.

¹² A. Comte, *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej*, przeł. J. K., Wydawnictwo „Antyk”, Kęty 2001, s. 24.

¹³ Op. cit., s. 24.

Stanowisko takie jest przeciwieństwem empiryzmu, który – jak zostało podkreślone – przyjmuje, że poznanie prawdziwe zawsze jest oparte na poprzedzającym je doświadczeniu i w nim jedynie może być uzasadnione. Diagnostyka w różnych dziedzinach naukowych winna opierać się na rozumieniu symptomów diagnozowanego obiektu: co znaczą kaszel, gorączka, wymioty dla lekarza, co znaczy zachowanie dla wychowawcy, co znaczy dla sędziego, prokuratora, adwokata dana sytuacja lub dla ekonomisty sytuacja gospodarcza. Wszystkie tego rodzaju cechy czy zjawiska stanowią obiekty poddawane analizie rozumowej; zatem orzeczenie diagnostyczne nie stanowi produktu, którego źródłem naczelnym jest tylko „rozum” diagnosty; jest produktem analizy cech obiektu, sytuacji, procesu, zjawiska, występujących relacji pomiędzy nimi. Z tak przyjętego podejścia wynika, że orzeczenie diagnostyczne, jako zwerbalizowane poznanie diagnostyczne, opiera się na dwóch podstawowych elementach: na zdaniach postrzeżeniowych formułowanych w wyniku doświadczenia (obserwacji, wywiadu, eksperymentu i tym podobnych technik zbierania informacji empirycznych) i na rozumowaniu, czyli intelektualnej „obróbce” zdań postrzeżeniowych. Dlatego też z punktu widzenia epistemologicznego na gruncie teorii diagnozy należy uznać za mało wartościowe poznawczo założenia skrajnego empiryzmu i skrajnego racjonalizmu.

3. Wartość intuicji w stawianiu diagnoz

Ocena wartości intuicji w procedurze diagnostycznej wymaga uprzedniej eksplikacji tego pojęcia. Można je wyjaśniać, uwzględniając różne podejścia interpretacyjne. Z psychologicznego punktu widzenia intuicja jest przekonaniem, którego nie można w pełni uzasadnić, powstającym w wyniku nieświadomego przeniesienia nabytej wiedzy lub postaw emocjonalnych wytworzonych w stosunku do podobnych sytuacji. W interpretacji filozoficznej jest to rodzaj irracjonalnego poznania, na przykład u René Descartes’a – Kartezjusza (1596–1650) – francuskiego filozofa i matematyka, postulującego metodę myślenia naukowego opartego na matematyce, zwolennika dualizmu i mechanicznego determinizmu i racjonalizmu, głoszącego sceptycyzm poznawczy. Z kolei Henri Bergson (1859–1941), filozof francuski, członek Akademii Francuskiej, twórca intuicjonizmu, filozoficznego kierunku teoriopoznawczego, uznawał poznanie przez intuicję za główne lub jedynie wartościowe, bo prawdziwe.

Znaczenie intuicji w diagnozie podkreślają lekarze i to właśnie oni dyskutują na gruncie teorii diagnozy nad problemem: czy dla trafnego orzeczenia diagnostycznego wystarczają same zebrane informacje, na przykład dotyczące symptomów choroby, bez racjonalnego rozumowania, czy też winno ono być uzupełnione poznawaniem przez intuicję. W odpowiedzi można spotkać skrajne stanowiska. Przykładowo S. Ziemiński powołuje się na poglądy znanego lekarza Ernsta Schweiningera, który w książce *Der Artz* z 1907 roku wyraził pogląd,

że przy diagnozie lekarskiej potrzebne jest nie poznanie naukowe, lecz intuicja¹⁴. Autor ten podaje, że i inni lekarze podtrzymali ten pogląd; na przykład znany internista G. Homigmann, też historyk i filozof medycyny, aż w dwóch swoich pracach, a mianowicie: *Das Problem der artlichen Kunst* (1922) i *Das Wesen der Heilkunde* akcentował pogląd, że diagnozy lekarskiej nie można opierać na ścisłych, naukowych podstawach, tak jak czyni się w matematyce i naukach przyrodniczych.

G. Homigmann wyrażał zapatrywanie, że obok zdolności rozumowania intuicja i „wzucie” się w sytuację chorego odgrywają w pracy lekarza, w tym w diagnostyce, największą rolę. Zdaniem Homigmanna problem intuicji lekarskiej jest szczególnie istotny w związku z koniecznością szybkiego postawienia przez lekarza diagnozy, co jest podyktowane koniecznością wdrożenia szybkiej terapii.

Jakkolwiek zgodzić się można z argumentacją zwolenników intuicjonizmu w stawianiu diagnoz lekarskich i odnieść ją do pewnych tylko przypadków zetknięcia się lekarza z pacjentem, to jednak w ramach takiego stanowiska nie można lekceważyć roli czynników racjonalnych, rozumowych w tworzeniu orzeczeń diagnostycznych. Wyrażone tu przekonanie znajduje całościowe uzasadnienie w zapatrywaniu, że **pełna diagnoza rozwinięta** powstaje w wyniku wielu operacji umysłowych, w czym główną rolę gra sprawdzenie hipotezy, opartej na wiedzy zarejestrowanej w wyniku obserwacji symptomów zjawiska; w przypadku choroby – symptomów chorobowych, w przypadku zjawisk natury psychospołecznej – symptomów związanych z tego rodzaju zjawiskami. Intuicyjne wczuwanie się w badane zjawiska nie może być podstawą tworzenia adekwatnego do występujących zjawisk, poddawanych badaniom, orzeczenia diagnostycznego; może ono jedynie pomagać w pewnych sytuacjach, w formułowaniu hipotez poddanych weryfikacji przez przeprowadzenie szeregu operacji myślowych, przez wyjaśnienie przyczynowe i celowościowe. Wielu lekarzy intuicję pojmowało jako skrócony sposób rozumowania i traktowało ją jako czynnik irracjonalny. Gwoli obiektywnego oceniania stwierdzić wypada, że intuicyjne hipotezy winny być sprawdzone za pomocą ścisłych metod rozumowań naukowych.

Zakończenie

Podsumowując, przykład diagnozy w wychowaniu resocjalizującym i jej przydatności prakseologicznej pokazuje dojście do efektu w postaci postawienia diagnozy rozwiniętej, czyli w pełni wyjaśniającej określoną rzeczywistość poddaną badaniu; wiadomo bowiem, że przydatność prakseologiczna aparatury pojęciowej w diagnostyce powinna być odniesiona do poszczególnych dyscyplin

¹⁴ Za: S. Ziemiński, *Problemy...*, op. cit., s. 18.

naukowych. Problem diagnostyki w wychowaniu resocjalizującym obejmuje kilka rodzajów diagnoz cząstkowych: diagnozę ukierunkowującą, weryfikacyjną, kategoriałną, genetyczną, funkcjonalną, fazową oraz rozwojową. Są to diagnozy niezbędne przy tworzeniu pełnej diagnozy penitencjarnej, która zawiera dane wyjaśniające rodzaj, nasilenie i źródła dewiantywnych zachowań, przyczyn wykolejenia społecznego i przestępczego, określenie czynników, do których można się odwoływać w procesie resocjalizacji, znajdujących się zarówno w osobowości wychowanka, jak i w jego środowisku społecznym. Wymienione tu diagnozy cząstkowe w wychowaniu resocjalizacyjnym perfekcyjnie interpretuje Henryk Machel. I tak diagnoza kategoriałna badany wycinek rzeczywistości podporządkowuje określonej kategorii ilościowej i jakościowej; diagnoza genetyczna określa czynniki, które zdeterminowały dewiantywnie postawy, zaburzenia w zachowaniu, wyjaśnia etiologię tych zachowań; diagnoza fazowa wskazuje etap, na którym znajduje się określona zmiana rozwojowa osobowości, i to, w jakim stopniu ona nastąpiła; diagnoza decyzyjna zawiera refleksje i konkluzje co do sposobu resocjalizacji osoby diagnozowanej. Jest też punktem wyjścia opracowania indywidualnego programu resocjalizacji¹⁵.

Warto zaznaczyć, że diagnozy w różnych dyscyplinach naukowych nie tylko stanowią pierwszą fazę działania, ale także odgrywają rolę w kolejnych jego etapach potrzebnych przy ocenie całości przedsięwzięcia prowadzącego do poznania określonego wycinka rzeczywistości społeczno-przyrodniczej i jego zmiany. Jest zupełnie oczywiste, że metody diagnostyczne różnią się ze względu na różnicowany charakter dyscyplin empirycznych.

W podsumowaniu wypada stwierdzić, że diagnozowanie wiąże się z aspektem czynnościowym procesu poznania, co w ogólnym ujęciu oznacza czynności zbierania danych oraz ich ocenę i interpretację. Problematyką stawiania trafnych diagnoz – jak zauważa Ewa Wysocka – na użytek określonych dyscyplin praktycznych zajmują się szczegółowe diagnostyki, których zakres przedmiotowy wynika bezpośrednio z przedmiotu zainteresowania danej dyscypliny (diagnoza medyczna, psychologiczna, diagnostyka resocjalizacyjna)¹⁶.

Pozostając w tym nurcie narracyjnym, warto przypomnieć stanowisko Eugeniusza Bielickiego, który stwierdza, że dobra diagnoza na gruncie różnych dyscyplin, w tym także w pedagogice resocjalizacyjnej, jest podstawą racjonalnego działania, szczególnie w resocjalizacji penitencjarnej, ponieważ diagnoza w działaniu pedagogicznym może spełniać trzy funkcje:

1. Jest punktem wyjścia w czynnościach projektowania.
2. Umożliwia systematyczną kontrolę przebiegu procesu wychowawczego.
3. Służy ocenie wyników oddziaływania wychowawczego, pozwalając na jego kontrolę i korekturę.

¹⁵ H. Machel, *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Arche, Gdańsk 2003, s. 230.

¹⁶ E. Wysocka, *Diagnoza w resocjalizacji*, PWN, Warszawa 2008, s. 15.

Zdaniem tego autora w praktyce resocjalizacyjnej bardzo ważna jest diagnoza psychologiczna rozumiana jako rezultat poznania właściwości psychicznych jednostki diagnozowanej. Powinna ona zawierać następujące informacje:

- opis zaburzeń zachowania;
- informacje wyjaśniające etiologię tych zaburzeń;
- informacje określające, jaki udział w genezie zaburzeń w zachowaniu mają czynniki sytuacyjne i osobowościowe¹⁷.

Bibliografia

- Bielicki E., *Z problematyki resocjalizacyjnej. Patologia społeczna, patologia indywidualna, etiologia kryminalna, kara*, Wydawnictwo KPSW, Bydgoszcz 2005.
- Chmielecka E., *Problemy współczesnych teorii rozwoju nauki*, Szkoła Główna Planowania i Statystyki, Warszawa 1983.
- Comte A., *Rozprawa o duchu filozofii pozytywnej*, przeł. J. K., Wydawnictwo „Antyk”, Kęty 2001.
- Hippokratesa o sztuce lekarskiej*, przeł. W. Klinger, wstępem zaopatrzył A. Wrzosek, Poznań 1937.
- Jaźwiński J., Preckajło S., *Diagnostyka nie tylko medyczna*, Wydawnictwo Ministerstwa Obrony Narodowej, Warszawa 1970.
- Kozielecki J., *Psychologia procesów przeddecyzyjnych. Badania eksperymentalne*, PWN, Warszawa 1969.
- Machel H., *Więzienie jako instytucja karna i resocjalizacyjna*, Arche, Gdańsk 2003.
- Racinowski S., *Problemy oceny szkolnej*, Państwowy Zakład Wydawnictw Szkolnych, Warszawa 1966..
- Popper K. R., *Logika odkrycia naukowego*, przeł. U. Niklas, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1977.
- Wysocka E., *Diagnoza w resocjalizacji. Obszary problemowe i modele rozwiązań w ujęciu psychopedagogicznym*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- Ziemski S., *Rozwój twórczości metodologicznej W. Biegańskiego*, „Studia i Materiały z Dziejów Nauki Polskiej” 1968, seria E, nr 23.
- Ziemski S., *Problemy dobrej diagnozy*, „Wiedza Powszechna”, Warszawa 1973.

Summary

Selected interpretation aspects in diagnoses

The article explains the problems of diagnosis. The author analyzes in focus various approaches to diagnosis formation, including empirical and rational approach. He also refers to the role of intuition in medical diagnosis formation.

¹⁷ E. Bielicki, *Z problematyki resocjalizacyjnej. Patologia społeczna, patologia indywidualna, etiologia kryminalna, kara*, Wydawnictwo KPSW, Bydgoszcz 2005, s. 132.