



THE RELIABILITY OF PROJECTIVE TECHNIQUES AS TOOLS OF PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT. PART 1: WHY IT IS UNJUSTIFIED TO DESCRIBE SOME OF THEM AS PROJECTIVE?*

Katarzyna STEMPLEWSKA-ŻAKOWICZ¹, Władysław Jacek PALUCHOWSKI²

¹ Faculty of Diagnostic Methods and Applied Psychology, Chodkowska University, Warszawa, Poland

² Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University, Poznań, Poland

Abstract

The aim of this paper is to review and discuss the scientific status of the projective methods used in personality assessment. Projective techniques cannot be exempted from the fundamental requirements of any measuring instrument and especially from those required of psychological tests. Yet if they are modified to meet the criterion of objectivity, their reliability can be compared to that of other tests. Some psychologists wrongly assume that all “projective behaviour” bypasses a person’s defences and so manifests their unconscious needs, motives, and conflicts. It is in this way that some projective techniques have been incorrectly regarded as “projective”, while others satisfy the criteria of the “projective hypothesis”. Rather than being based on empirical findings, some projective techniques are in fact based on speculation alone.

Key words

Projective techniques; Personality assessment; Psychometrics.

Received 18 December 2012; accepted February 2013

1. Introduction

In 2012 discussion of projective methods swept through the Polish media. This was prompted by an initiative launched by the Polish Sceptics Society under the slogan “Psychology is science, not witchcraft” to protest against the use of projective techniques, which it saw as harmful and anachronistic. The adherents of projective methods duly delivered their counter-protests while other, perhaps cooler, minds argued that scientific reliability, which was taking second place in the exchange of radical statements, should be preserved. The debate grew progressively more heated. Similar disputes were also being carried on in the USA and they produced a number of polemic publications

[19, 20, 21, 27; 32, 36, 64; see 57]. It may therefore come as a surprise to learn that until now nothing has been published on the subject in Poland other than in statements that have appeared on the Internet. The authors are nevertheless convinced that it is worth making an attempt to transfer the conversation to the more serious ground of scientific literature. This is because the discussion concerns very important problems of diagnostic practice in Poland and a solution has to be found.

One of these problems – and it is a serious one – is that numerous practitioners use tools that, though allegedly diagnostic, do not in fact meet the criteria of credibility. They include the Draw-A-Tree Test, the Lüscher Colour Test, the Szondi test and graphological analysis¹. Although the majority of them feature

* This paper was written as a result of a panel discussion held during the “Conditions of Using Projection Methods in Psychological Diagnosis for Court Purposes” Conference, which was held on 16–17 November 2012 in Lublin.

¹ The authors considered including the Colour Pyramid Test in this group because there is a lack of evidence that it is accurate and because where the results have been interpreted [30,

the word “test” in their name, none in fact is one. To recognise a given procedure as a psychological test, it must meet five conditions [25]: that a procedure is set out (1 – standardisation), that there is a way of interpreting the results so that all diagnosticians can obtain more or less the same results (2 – objectivity), that validation studies with positive results have been carried out (3 – accuracy and 4 – reliability) and that norms exist (5 – normalisation). The techniques listed above either do not meet the majority of these conditions or meet none whatsoever. We shall return to this issue elsewhere in the article.

What is more, although they are often called projective techniques, they are not projective techniques. The reason for this, speaking in general terms, is that they are not based on the “projective hypothesis”², but on a belief – impossible to explain rationally – that a set of interdependencies exist between partial aspects of the products and preferences of a person, the overall conditions of their personalities and facts from their life histories. The interpretation of projective material is based here on a sign system [32], whereby specific characteristics of a drawing, such as the size of a figure, a drawing of a hollow, or a subject’s preference for violet rather than green are assigned a universal symbolic meaning that is the same for everyone. Systems of “interpretation” are thus created that resemble an Egyptian dream book, in which drawing a big figure is interpreted as meaning self-confidence and high self-esteem, while drawing a small one as expressing a lack of self-confidence and low self-esteem. This has nothing to do with projection and projective techniques.

Let us now proceed to a more detailed discussion of ways in which we may understand projection and projective techniques.

2. What do we mean when we say that a diagnostic technique is “projective” and what are the characteristics of the diagnosis that is based on it?

According to popular belief, the Rorschach technique, TAT, the sentence-completion test, draw-a-person, draw-a-family and the tree test are all “projective techniques”. In them, projection serves as an indirect expression of suppressed desires and thoughts. It is thought that in the hands of a psychologist these techniques resemble X-rays in that they “project” unconscious content and elude internal censorship. This opinion, which is popular among laymen, is incorrect. Yet there is no unambiguous position among psychologists regarding the basis of the behaviour observed during assessments using projective techniques or what it may mean for diagnosis.

Lawrence Kelso Frank³ is known as the originator of “projection techniques”. He used the term for the first time in May 1939 when giving a lecture at the New York Academy of Sciences and later elaborated on the techniques in a book and article [14, 15, 16]. He defined [14, p. 403] a projection method as one that, “(...) allows individuals to reveal their way of organising an experience thanks to providing them with objects, materials and experiences with a relatively low structure and weak cultural pattern so that onto this formable field they can project their own way of perceiving life, their senses, their values and, especially, their own emotions. In this way a projection of the private world of an individual personality is evoked”.

In his later work Frank [15, p. 46] defined the projection technique as, “(...) a method of assessing personality by placing those being assessed in situations where they want to talk about what the situation means to them and how they feel when reacting to it”. Frank argued for the rejection of “objective techniques”, whose adherents – statistically-oriented academic psychologists [15], interpreted the results of examinations in terms of their untypicality, and their replacement by projective techniques, which concentrate on the search for the unique characteristics in the “private worlds” of individuals. Thanks to limiting the influence of characteristics of the stimulus on the reaction, the researcher (diagnostician) would cease to focus on the reaction’s consistency with a given (social) norm and the projective examination would make it possible to capture these unique characteristics. Today,

pp. 86–87] there have been misinterpretations in the assessments and suspicions of pathology in the person examined. Yet the tool is interesting and can be appreciated in that it bases its interpretations on formal indicators (actuarial interpretation based on discriminative functions). See also the numerous studies of the test [52, 53]. Hence it is worth devoting a separate paper to it.

² According to Frank [14; see also 39, p. 531; 55, 65] this concerns a situation in which people try to categorise and systematize unclear, cloudy, poly-semantic and unstructured stimuli. These interpretations are concordant with their own individual pattern of conscious and unconscious needs, fears, wishes, impulses, conflicts, earlier conditions, processes of thinking, and styles of perceiving and responding to the world, as well as with present, situational conditions.

³ Independently from him, Henry Murray had already used the term “projective techniques” in the first edition of his book “Explorations in personality” of 1938 [39, p. 529].

this line of argument is clearly anachronistic, as using contemporary psychometrics (quantitative testing) to investigate a “private world” has met with widespread acceptance. According to Frank [15], the criteria of credibility applied to scientific research cannot be used with the results of examinations conducted using projective methods. He regarded the use of certain *a priori* accepted norms – and the characterisation of individuals in relation to them – as especially useless. It is therefore hard to expect the various forms of expression of these “private worlds” to correspond to codified criteria common to all and have universally shared meanings. There is nevertheless a practical problem to negotiate: if the data provided through the use of projective techniques are indicators of a unique, individualised content, then to what extent can their symbolic expression be universal?

The objectivity of a method consists in the fact that those who classify or interpret diagnostic behaviour do not have to refer to their own reasoning, to rely on intuition or to “have a good nose”, but can consult an existing key or system [37]. As Holtzman [24] writes, as soon as interpretation of the diagnostic behaviour is performed by anyone other than the person being diagnosed, there is a shift toward the psychometric, objective approach with all of its consequences – no matter how simple or complicated the classification system. The lack of arbitrary meanings assigned them by a diagnostician was thus an important element in diagnostic projective stimuli. One can even say this about questionnaire-based and projection-based approaches to diagnosis [43, pp. 13–16; see 65]. In the questionnaire-based approach the diagnostician has criteria of assessment that correspond with the answers given by the person being diagnosed, which provide the “objective” meaning of stimuli or an “objective” solution to tasks. It is different in the projective approach, where what is being assessed is not the correctness of a reaction, but the meanings assigned to given stimuli or tasks or what is experienced in the process of seeking a solution. This characteristic was well captured by George Kelly [28, p. 332], “(...) when a person being examined is asked to guess what the person examining them has in mind, we call it an objective test; when the person examining tries to guess what a person being examined has in mind, we call it a projective tool”. In other words, the interpretation is produced by the person being examined and not by a diagnostician. And it is this interpretation alone that is studied in the process of diagnosis. In such a situation conditions must be created under which the person being diagnosed can exercise free choice. What is more, there should be no limitations imposed during the examination, including

those arising from social pressure or resulting from the relationship between the diagnostician and the person being diagnosed.

There is also the potential danger of accepting the thesis of the relative independence of a projective reaction from a stimulus. Taken to extremes, this may mean accepting the assumption that behaviour is determined exclusively by subjective factors in life situations as well. We are then but a step away from accepting the thesis that the projective behaviours observed constitute a model of behaviour based on disturbed perception, which is conducive to the pathologisation of diagnostic examination and interpretation using the projective method.

According to Murstein and Pryer [40, p. 354; see 49] the term “projection” (behaviour with emotional value to the individual) may be understood in at least four ways: as classical projection, attributive projection, autistic projection and rational (rationalised) projection. Şek [54, p. 15], on the other hand, writes of a type of cognitive perception (apperception) that occurs when a person is confronted with an unknown situation and then processes the associated stimuli to make them fit the existing cognitive structure. Projective diagnosis is then based on understanding the projections that are closely associated with apperception.

Bellak [3, pp. 12–20] proposed the use of the term “apperception” to describe phenomena that lie between uninterpreted perception and apperceptive distortion. The latter varies in intensity from exteriorisation (close in meaning to rational projection) through sensitisation (corresponding with autistic projection) to considerably disturbed projection, which embraces both reversed and simple projection and is closest to classical projection. The introduction of the terms “apperception” and “apperceptive distortion” helped Bellak towards a more precise understanding of the ambiguous term “projection”. Following a series of empirical investigations [2]⁴, he came to the conclusion that not all projections are defence mechanisms, since in projective stories both negative (most likely threatening) and positive emotions (which are surely “innocent” from the point of view of the ego and its forms of protection) are projected. Although he knew that Freud understood projection in wider terms than as a defence mechanism alone, he used the term “apperception”, and introduced the term “apperceptive distortions” [4, see 56], to avoid misunderstanding and to accentuate the perceptive, “normal” aspect of the

⁴ This publication presents only the first of a series of experiments, the remaining Bellak experiments are summarized in several places in his handbook [4, pp.15–16, 144], where he refers to an unpublished report from this research.

phenomenon. In his opinion projection is a more general mechanism for assigning meanings, whose range extends to include meanings that are significantly distorted.

We may then formulate a definition of a projective technique: it is a diagnostic technique based on cognitive projection or apperception. To put it in the terms of contemporary psychology, the essence of the projective diagnosis is the use by those under examination of their own cognitive and affective structures (cognitive schemas) to assign individual meanings to ambiguous material. Projective behaviour is then not an expression, as in speech, writing and drawing, but rather the diagnosed person's interpretation of a projective stimulus with the specific structure presented to them during a diagnostic examination. Leichtman [31, p. 304] draws attention to the social and communicative context of giving meaning to a projective stimulus, while Stasiakiewicz [55, p. 32] emphasises that one of the decisive factors in producing the quality of "projectivity" is the non-directive, unspecific nature of the task the diagnostician gives the person under examination and the way in which it is attuned to the individualisation and divergence of the expected diagnostic behaviour.

In other words, when interpreting unclear and ambiguous projective stimuli we are dealing with projective reactions: creating a space of meanings and placing ourselves and others in it.

The more poly-semantic and devoid of informative indicators this reality is, the more the attribution is individualised and psychologically meaningful (diagnostic) and the more the perception of this reality is an interpretation rather than a reflection. Understood in this way, projection reveals not only the characteristics and mechanisms of an individual's personality, but also the patterns of adaptation they actualise. This is a complex process involving the semantic transformation of a field of stimuli determined by a person's individual characteristics, the semantic properties of the test material and the socio-cultural rules of semantisation. One of the tasks of the diagnostician may be to discriminate between the individual meanings and the everyday, cultural meanings that the majority of people have in common. It is on these grounds that conclusions are drawn, for example, on the complexity and other characteristics of the representation of people in a given person (TAT interpretation in the SCORS system [62, 63; see also 56]) or on the general level of adaptation (Rotter Incomplete Sentences Blanks [26]).

It should not be forgotten that the gradation of perception distortion Bellak [3] wrote of concerns typi-

cal, everyday situations in which reality is a perceived stimulus rather than a projective stimulus specially constructed for diagnostic purposes. When using the projective method we develop projective test behaviours artificially, create ambiguous situations and design intentionally symbolic tasks with a poly-semantic content. There is therefore a far greater chance of observing disturbed perception during a "projective" examination, but this does not have to entail the high likelihood of their occurrence in real situations.

Ruszczak [51, p. 119] writes that the originators of projective techniques were influenced in equal measure by psychophysics and psychoanalysis, which for contemporary psychology are branches of learning that have passed into history. Since it involves discriminating between the behaviour people exhibit and examining it to produce a description of the differences in subjective factors, which in turn enables each person's individuality to be specified, the psychology of individual differences should also be cited as an influence. This is based on the elaboration of empirical taxonomies from behavioural differences in the belief that the taxonomical groups will have a subjective factor in common. In this way the measurement of variables treated as potential instances of the operationalization of theoretical factors was improved and a search was conducted for the correlates of the values of the variables measured. Though significant achievements in selection were achieved thanks to this approach, its weakness lay in its neglect of theoretical foundations and in its insufficient precision. In short, reliability took precedence over accuracy. This resembles the position of a laboratory assistant who uses the most precise computerised apparatus to measure cholesterol, finds that the level exceeds the clinical norm and regards this as diagnosis. Yet only a doctor armed with medical knowledge is in a position to state what the indicator actually means: it is the theoretical knowledge that allows the diagnostician to see beyond the laboratory assistant's perspective.

3. The use of projective techniques

Frank [14] specified five types of behaviour in response to projective stimuli and a potential base for their classification: the constitutive (giving a structure to a poly-semantic stimulus, as in the Rorschach technique), interpretative (giving the subjective meanings of stimuli, as with TAT), cathartic (acting out tensions and emotions) constructive (arranging or creating constructions from stimuli, as with Scenotest, draw-a-person or the tree drawing) and refractive (behav-

our typical of conventional communication, such as graphology⁵).

There are two approaches [47] to the psychological interpretation of drawings: the impressionistic technique and a technique that is analogous to the one that should be used in the case of projective tests (methods). The imaginative and impressionistic technique, which consists in imagining real contact with an object presented in a drawing and analysing the experiences, has been described by Harrower [47, pp. 127–128], while a different type of interpretation was proposed by Bellak [2]. What is required in this case is an analysis of the adaptive, expressive and projective aspects of a drawing. The adaptive aspect of a behaviour refers to the relationship between the characteristics of the projective stimulus and the response to it and determines the extent to which a reaction is defined by the nature of the stimulus and the socio-cultural requirements of the rules of semantisation. The expressive aspect, meanwhile, as with other forms of non-verbal communication, concerns the stylistic and formal characteristics of diagnostic behaviours. The projective aspect concerns the projection of feelings, attitudes and needs and of the “private world” of the diagnosed person. This clearly demonstrates that it is insufficient to refer only to the projective aspect (content) of a drawing. It is therefore necessary to take other aspects into consideration and to link them together to arrive at a partial (concerning only one technique) diagnosis.

There are three contemporary approaches to the interpretation of projective drawings [32; see 58]: the impressionistic approach, the sign approach and the global approach. In the first of these diagnosticians are free to form their own impressions, which means that there is no fixed or stable procedure that could be subjected to verification. It is for this reason that we would like to see it eliminated from practice immediately. A similar set of circumstances apply to variants of the sign approach, which are based on a set of arbitrary meanings assigned to various elements and aspects of a drawing according to theory and without empirical verification. Machover’s Draw-A-Person Test [35], Corman’s Family Drawing Test [7] and tree drawing, which is discussed in the second part of the article, all serve as examples here. Once again, it is our opinion that these types of interpretation should be discarded, as what scant research there has been into them has largely found them to be inaccurate [see 1]. It is only the global approach that may provide some

ways forward. Here, meaning is not attached to any one single sign in the drawing. Instead, the elements and features of a drawing that differentiate a given criterion group from a control group are listed with reference to empirical data. The prime example in this case is provided by Koppitz’s [29] screening scale, which assesses adaptation levels.

Numerous arguments are made in support of using projective methods that draw on values other than their scientific credibility. One states that the circumstances of the assessments used in projective techniques make it possible to define an individual’s specific characteristics and the way they function psychologically which, it is argued, is especially fruitful with people who cannot, or do not want to, express their “private worlds” directly. This is one of the reasons why projective techniques are employed when examining children. It is further argued, with reference to the extra-conscious, automatic character of projection and the lack of control over reactions to projective stimuli, that the methods are useful because their results are difficult to manipulate intentionally. In the words of Józef and Natalia Reutt [50, p. 336], “The Thematic Apperception Test, as is the case with other projective tests, could be called deceitful because in using it the interpreter discovers things that those examined did not intend to tell them or were not themselves aware of”. This is a common opinion but an inaccurate one: people being assessed who want to manipulate the results for their own ends (because of the circumstances of the examination) will do so even when their behaviour is based on false premises. In the case of the questionnaire method it is easy to grasp the likely aim of the questions and to answer them according to the chosen aim. The question of manipulation is also present in assessments using the projective method, where those being examined can also adapt their behaviour to achieve a desired result. But their actions may only be partially effective because they do not know, or understand, the relationship between their diagnostic behaviour and the conclusions drawn. This is not to say that they are not manipulating the results: they are well aware that they are participating in a diagnostic procedure. However, the effects of any intentional manipulation can be quite accidental and so distort the results of the examination in a way that is difficult to comprehend. Furthermore, when the motivation of those being examined to present themselves in a certain light is not fully conscious, it will be manifested more distinctly in behaviour during diagnosis.

It is also often argued that projective techniques provide additional information about those examined and, by enriching the data, this leads to more accu-

⁵ Karol Koch, the author of the tree drawing test, refers to the similarity with graphological analyses, which are regarded nowadays as unscientific.

rate conclusions. Unfortunately, though, research has shown [18] that this increases accuracy only slightly and that including data from these techniques reduces the accuracy of decisions taken based on the totality of diagnostic material. Though Miller and Nickerson's review of the research [38] found projective techniques potentially useful for generating diagnostic hypotheses, it did not find them very effective in increasing the accuracy of conclusions or decisions.

This leads us to an important conclusion: the projective method offers neither an easy insight into personality nor produces results that are "better" than the so-called objective methods. What is more, when used in a non-standard way and without the required degree of thoroughness they lead to false diagnoses. Despite prevailing opinion, the use of these methods requires greater competence and more discipline than do, for example, assessments made with the questionnaire method.

4. Projective techniques and those mistakenly described as projective

Let us return to the central issue of whether all of the techniques bearing that name truly are projective. Do they all seek to understand the private world of meaning of those being examined? Do they all attempt to comprehend the way those examined organise their experiences? Surely not: some of the techniques known as projective are not even oriented at the level of their assumptions to recognising the subjective and individual meanings that are specific to people's individuality. Instead they focus to a greater degree on assigning characteristics according to a dictionary of signs developed *a priori*, or on shunting people into an *a priori* defined category, not to say pigeonhole. Let us now examine so-called colour diagnostics from the same point of view. The Lüscher Colour Test [34] attempts to define a person's character based on colour preferences. The flaw here, though, is that there is no room for projection either in the sense of a process of perception or in the sense of a defence mechanism. The Lüscher Colour Test involves a curious process of categorising people into groups that like this or that colour. The colours yellow and red, for example, are supposed to select extroverts, while a preference for green and blue selects introverts [46]. Violet, on the other hand is supposed to be the colour preferred by those who are unsure of their sexual identification, homosexuals, pre-pubescent children and women – especially pregnant ones [23]. The same applies to the "meaning" of colours in projective drawings – espe-

cially those done by children. It is not rare for clinicians and pedagogues to draw conclusions about the emotional state and affective aspects of a child's personality based on the colour of a crayon. When doing so, moreover, they use the popular symbolism of colours in the majority of cases, which translates red as aggression and black as depression [8].

No matter what meanings those examined attach to the chosen colours the diagnostician "knows better" what they symbolise, "knows" their universal meaning and uses this "knowledge" to formulate an "individual" diagnosis. This approach has nothing to do with projective diagnosis. What is more, none of the "meanings" of colours set out above accurately describe the personality of those who select them. As the authors of these tests have not themselves provided sufficient evidence of their accuracy, other scholars have conducted studies testing the statements made on the relationship between colour preferences and personality. This research has invariably found that there is no reason to think that someone who selects a different colour from someone else is also different with regard to a particular psychological characteristic. In a study devoted to the "psychology of the colour violet" [23], for example, an enormous sample of approximately 1200 psychiatric patients aged between 7 and 93 was examined with the Lüscher test. No relationship was found between the preference for violet and age or sexual identification. Furthermore, those who preferred red and yellow were no different on extroversion and introversion from those who preferred green and blue [46]. Where the colours selected by children in their drawings are concerned, studies [8] have found them to have no universal, extra-individual meaning. In general, children use colours they like – especially when drawing "kind" figures. When drawing "unkind" figures, though, they use a mixture of colours they like and colours they dislike. That is all that can be stated in general terms, as each child prefers one set of colours over another and it is in relation to this that meaning is to be sought in the drawings. This research illustrates the principle that it is worth discussing the selection of colours during the interview, but it is not worth drawing conclusions based on the selection itself. There have been other investigations of colour preference (mostly of the Lüscher test) as a base for diagnosis. All have reached negative conclusions, while some have gone so far as to warn clinicians against using the Lüscher test as a diagnostic tool [11; see 22]. Convincing experiments have been performed proving that the accuracy of the Lüscher test as perceived from a phenomenological perspec-

tive is a result of the Barnum effect⁶ [12, 22]. The Lüscher colour test is also an example of an attitude to empirical research whereby replication is rendered impossible – one is left either recounting anecdotal case reports or quoting unpublished research [34, p. 59-62], whose statistical analyses belong to the century before last.

Another technique that has been mistakenly called projective is the Szondi test [60, 61]. Here again, preferences are presented as grounds for drawing conclusions about personality. The difference is that the preferences concern human faces, but only those of people with diagnosed “mental disorders”, from which those examined, who are not told of the particular class of people the faces belong to, are asked to select. The enclosure of “mental disorders” in quotation marks is meant to emphasise that this was the intention of the test’s author, the Hungarian psychiatrist Lipót Szondi, yet not all of the categories used then are now regarded as disorders and, even if they are, then not necessarily as mental disorders. The categories in question were: passive masculine homosexuality, sadism, epilepsy, hysteria, catatonia, paranoia, depression and mania. Szondi thought that sympathy between people develops from similarity – even when not consciously perceived. It is for this reason that those examined would manifest a tendency to choose the faces of people suffering the same disorders they were prone to themselves. But this tendency has nothing to do with projection in either its perceptive or defensive meaning. In a paper they wrote at the beginning of the 1950s, Borstelman and Klopfer [5] stepped forward to defend the projectivity of the Szondi test, but it would appear that the test material in the study they conducted did not meet an important condition. Namely, some photos were liked more, and others liked less, by all of the participants, which suggests that characteristics of the stimuli themselves, rather than the individuality of the participants, were responsible for the choices made. The faces most liked by the whole group were those of maniacs, while those of homosexuals occupied second place (own calculations based on table 1 published in [6, p. 427]). It is doubtful that a group numbering

⁶ The Barnum effect, which is also known as Forer’s effect and the horoscope effect, is a term used to describe the general acceptance of a given statement (or psychological opinion) as accurate and unique on grounds other than its actual content. Its scale depends both on the formal characteristics of the text (triviality of theses, poly-semantic formulations, the coexistence of contradictions, specialist jargon), and on the characteristics of the personality of those to whom the communication is addressed (belief in individualised data as grounds for the opinion, the search for accepted characteristics, belief in the authority of the source).

four hundred participants could have manifested those two tendencies. The fact would be better explained by a secondary variable that Szondi did not control for when collecting data: the greater attractiveness of the faces in those categories.

Shortly after the Szondi test was issued [60], and especially following publication of an extensive treatment in English [9], numerous empirical works were written to test its diagnostic value. The vast majority reported negative results [6, 13, 33, 41, 48]. It is not surprising, therefore, that use of the tool was discontinued and few papers were published on it in the psychological journals in the decades that followed.

In the poll administered by Norcross, Koocher and Garofallo [42], the Szondi test occupied an inglorious second place in the ranking of discredited psychological diagnostic tools. In first place was the Lüscher colour test⁷ discussed earlier, while the third position fell to graphology (of which even a short discussion would take up too much space here⁸), which is surely neither a projective technique, nor even a diagnostic one. This issue, along with the Colour Pyramid Test deserves a separate paper.

5. Summary

It may be stated in summary that not all of the diagnostic techniques that are referred to as projective are in fact so. The “non-projective” techniques, that is, the Lüscher and Szondi tests, and graphology and the tree test, have been discussed (or noted for further attention) above. It should be added that the other drawing techniques covered here, in which interpretation is based on a system of signs [32; see 55, p. 37; 58], are not based on projection either. Which techniques, then, really are projective? It is certain that the Rorschach test and the Thematic Apperception Test, which are based on an examination of the meanings those assessed assign to ambiguous material (ink stains and pictures respectively), are real projective techniques. The various sentence-completion tasks – and the picture tasks which require participants to continue a dialogue in a series of speech bubbles – may also be regarded as truly projective. Finally, on condition that they are interpreted globally and not using the sign approach or the impressionistic way, drawing, involving images of a family or a single character for example, may also be considered a projective technique.

⁷ The tree test is not on this list because it is practically unknown in the USA.

⁸ The tree test is not discussed here because the second part of this article is devoted to it.

It is thus evident that not all systems for interpreting projective material are reliable. After completing a review and assessment of projective techniques, a group of critically-inclined researchers, Lilienfeld, Garb, Wood and Nezworsky, produced a number of recommendations [19, 32; see 56] for their use. The first is that only systems of interpretation that have been empirically verified and whose research accuracy has been confirmed should be employed. It should be noted here that we are differentiating not between particular diagnostic techniques but, more subtly, between various systems of interpretation. This is because where the Rorschach technique or human figure drawing are concerned there are several systems at least that come into consideration, some of which are empirically grounded and some not. Why is it, though, despite the doubts and the criticism, that projection techniques, and especially those wrongly called so, are used so often? There would appear to be two sources of origin for this state of affairs. On the one hand a lack of knowledge reduces the psychometric interpretation of the “objective” results of tests to the level of assessing the attribute in question in the categories “high”, “average” and “low”, which is hard to acknowledge as satisfactory for someone whose purpose is to diagnose people rather than simply to describe test results. A lack of humility, on the other hand, leads psychologists to think that there is no need to refer to external, “objective” criteria and that knowledge of life, intuition, a “nose for diagnosis” and other personal attributes will suffice [45]. Yet the research should caution us against regarding these attributes (diagnostic experience especially) as guarantees of a good diagnosis. Cases in which experienced practitioners have arrived at diagnoses less accurate than those of laymen or psychology students are not infrequent. This is because their long-term experience has amounted to conserving errors, because they have not taken steps to improve their skills and because they have not reflected critically on their own practise [10, 17]. The authors provide a broader account of this issue elsewhere [59; see also 44, 58].

A certain regularity emerges when reviewing projective techniques and those mistakenly called projective. Techniques that truly are projective are associated with systems of interpretation that are supported to some degree in the research (though it may sometimes be hotly disputed), as in the case of the CS Exner system for the Rorschach technique. Meanwhile, the accuracy of those techniques erroneously described as projective is not proven by any empirical arguments – either because very few or no studies of them have been made or because they have been published in

handbooks only. The situation regarding the original handbooks, whose contemporary reissues lack critical analysis, as well as meta-analysis, of the empirical data they cite, is also telling. These works are treated as messages from the past that should be patiently deciphered in the form one finds them in and not given another thought. Despite this, discussions of these techniques that draw on data generated in numerous studies have appeared from time to time and they have concluded that techniques such as the Lüscher test, the Szondi test and graphology are unreliable.

Could it be that the keenness of these discredited techniques to be defined as projective is a means of concealment? Is it to somehow justify the fact that they do not meet the requirements for reliable diagnostic tools? If these are the strategies they will be of little avail. The categorisation of techniques as objective or projective techniques [37] is of dwindling significance in contemporary diagnosis. The key questions are whether a technique has a theoretical basis, whether its accuracy is supported by empirical evidence and whether it has other desirable properties. This concerns not just projective techniques, but all diagnostic techniques.

References

1. Anastasi A., Urbina S., Testy psychologiczne, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1999.
2. Bellak L., The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test, and the Senior Apperception Technique in clinical use, Grune and Stratton, New York 1986.
3. Bellak L., The concept of projections an experimental investigation and study of the concept, *Psychiatry* 1944, 7, 353–370.
4. Bellak L., On the problems of the concept of projection, [in:] Projective psychology. Clinical approaches to the total personality, Abt L. E., Bellak L. [eds.], Alfred A. Knopf, New York 1950.
5. Borstelman L. J., Klopfer W. G., Does The Szondi Test reflect individuality?, *Journal of Personality* 1951, 19, 421–440.
6. Borstelman L. J., Klopfer W. G., The Szondi Test A review and critical evaluation, *Psychological Bulletin* 1953, 50, 112–132.
7. Corman L., Le test du dessin de famille, Presses Universitaires de France, Paris 1964.
8. Crawford E., Gross J., Patterson T. [et al.], Does children's colour use reflect the emotional content of their drawings?, *Infant and Child Development* 2012, 21, 198–215.

9. Deri S., Introduction to the Szondi test, Grune and Stratton, New York 1949.
10. Eells T. D., Lombart K. D., Kendjelic E. M. [et al.], The quality of psychotherapy case formulations. A comparison of expert, experienced, and novice cognitive – behavioral and psychodynamic therapists, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005, 73, 579–589.
11. Fernando D. L. M., Cernovsky Z. Z., Harricharan R., Color preference of DSM-III R bipolars and normal controls, *Social Behavior and Personality* 1992, 20, 247–250.
12. Forer B., The fallacy of personal validation a classroom demonstration of gullibility, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 1949, 44, 118–123.
13. Fosberg I. A., Four experiments with the Szondi Test, *Journal of Consulting Psychology* 1951, 15, 39–44.
14. Frank L. K., Projective methods for the study of personality, *Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied* 1939, 8, 389–413.
15. Frank L. K., Projective methods, Charles C. Thomas, Springfield 1948.
16. Frank L. K., Toward a projective psychology, *Journal of Projective Techniques* 1960, 24, 246–253.
17. Garb H. N., Studying the clinician Judgment research and psychological assessment, American Psychological Association, Washington 1998.
18. Garb H. N., Incremental validity and the assessment of psychopathology in adults, *Psychological Assessment* 2003, 15, 508–520.
19. Garb H. N., Wood J. M., Lillienfeld S. O. [et al.], Effective use of projective techniques in clinical practice data help with selection and interpretation, *Professional Psychology Research and Practice* 2002, 33, 454–463.
20. Garb H. N., Wood J. M., Nezworski M. T. [et al.], Toward a resolution of the Rorschach controversy, *Psychological Assessment* 2001, 13, 433–448.
21. Hibbard S., A critique of Lilienfeld et al.'s (2000): "The scientific status of projective techniques", *Journal of Personality Assessment* 2003, 80, 260–272.
22. Holmes C. B., Buchanan J. A., Dungan D. S. [et al.], The Barnum effect in Lüscher Color Test interpretation, *Journal of Clinical Psychology* 1986, 42, 133–136.
23. Holmes C. B., Fouty H. E., Wurtz Ph. J., Choice of Lüscher's color violet in a psychiatric sample, *Perceptual and Motor Skills* 1985, 60, 402.
24. Holtzman W. H., Objective scoring of projective tests, [in:] Objective approaches to personality assessment, Bass B. M., Berg I. A., [eds.], D. Van Nostrand, Princeton 1959.
25. Hornowska E., Testy psychologiczne – teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2001.
26. Jaworowska A., Matczak A., Test Niedokończonych Zdań Rottera RISB. Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1998.
27. Karon B. P., The clinical interpretation of the Thematic Apperception Test, Rorschach and other clinical data a reexamination of statistical versus clinical prediction, *Professional Psychology Research and Practice* 2000, 31, 230–233.
28. Kelly G. A., Man's construction of his alternatives, [in:] Assessment of human motives, Lindzey G. [ed.], Rinehart & Winston, New York 1958.
29. Koppitz E. M., Psychological evaluation of children's human figure drawings, Grune & Stratton, New York 1968.
30. Kwiatkowska G. E., Test Piramid Barwnych M. Pfister, R. Heiss, K. W. Shaie. Prezentacja narzędzia, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 1994.
31. Leichtman M., Projective tests the nature of the task, [in:] Comprehensive handbook of psychological assessment, vol. II: Personality assessment, Hilsenroth M. J., Segal D. L., Hersen M. [eds.], John Wiley & Sons, New York 2004.
32. Lilienfeld S. O., Wood J. M., Garb H. N., Status naukowy technik projekcyjnych, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
33. Lubin A., Malloy M., An empirical test of some assumptions underlying the Szondi Test, *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1951, 46, 480–484.
34. Lüscher M., Diagnostyka kolorami Maxa Lüschera, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 1998.
35. Machover K., Personality projection in the drawing of the human figure. A method of personality investigation, Charles C. Thomas, Springfield 1949.
36. Meyer G. J., On the science of Rorschach research, *Journal of Personality Assessment* 2000, 75, 46–81.
37. Meyer G. J., Kurtz J. E., Advancing personality assessment terminology time to retire "objective" and "projective" as personality test descriptors, *Journal of Personality Assessment* 2006, 87, 223–225.
38. Miller D. N., Nickerson A. B., Projective assessment and school psychology contemporary validity issues and implications for practice, *The California School Psychologist* 2006, 11, 73–84.
39. Murray H. A., Explorations in personality a clinical and experimental study of fifty men of college age, Science Editions, New York 1962.
40. Murstein B. I., Pryer R. S., The concept of projection. A review, *Psychological Bulletin* 1959, 56, 353–374.
41. Mussen P. H., Krauss S. R., An investigation of the diagnostic validity of the Szondi Test, *The Journal of Abnormal and Social Psychology* 1952, 47, 399–405.
42. Norcross J. P., Koocher G. P., Garofalo A., Discredited psychological treatments and tests A Delphi Poll, *Professional Psychology: Research and Practice* 2006, 37, 515–522.

43. Paluchowski W. J., Diagnostowanie osobowości, Testowanie – interpretacja – interwencja, Wydawnictwo UAM, Wydawnictwo NAKOM, Poznań 1991.
44. Paluchowski W. J., Diagnoza psychologiczna, Proces, narzędzia, standardy, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2007.
45. Paluchowski W. J., Diagnoza oparta na dowodach empirycznych – czy potrzebny jest „polski Buros”? *Roczniki Psychologiczne* 2010, 13, 7–28.
46. Picco R., Dzindolet M., Examining the Lüscher Color Test, *Perceptual and Motor Skills* 1995, 79, 1555–1558.
47. Poznaniak W., Metody projekcji rysunkowej, [in:] Metody projekcyjne tradycja i współczesność, Sęk H. [ed.], Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1984.
48. Ramfalk C. W., Rudhe L., A contradicted hypothesis related to Szondi's theory The Szondi Test as used on alcoholics, *Scandinavian Journal of Psychology* 1961, 2, 100–104.
49. Rembowski J., Metoda projekcyjna w psychologii dzieci i młodzieży, PWN, Warszawa 1986.
50. Reutt J., Reutt N., Badania osobowości metodą T.A.T. Murraya, PWN, Warszawa 1960.
51. Ruszczak K., Test H. Rorschacha, [in:] Materiały do nauczania metod diagnostycznych w psychologii, Bogdanowicz M., Oszmiańczuk J. [eds.], Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1984.
52. Schaie K. W., The Color Pyramid Test a non-verbal technique for personality assessment, *Psychological Bulletin* 1963, 60, 530–547.
53. Schaie K., W., Heiss R., Color and personality a manual for the Color Pyramid Test (Farbpyramiden-Test), Hans Huber Verlag, Bern 1964.
54. Sęk H., Metody projekcyjne, tradycja i współczesność, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 1984.
55. Stasiakiewicz M., Test Rorschacha, Scholar, Warszawa 2004.
56. Stemplewska-Żakowicz K., O rzeczach widywanych na obrazkach i opowiadanych o nich historiach, TAT jako metoda badawcza i diagnostyczna, *Academica*, Warszawa 2004.
57. Stemplewska-Żakowicz K., Status naukowy krytyki testów projekcyjnych, Recenzja książki Lilienfelda, Wooda i Garba Status naukowy technik projekcyjnych, *Psychologia Jakości Życia* 2004, 1, 133–141.
58. Stemplewska-Żakowicz K., Diagnoza psychologiczna, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
59. Stemplewska-Żakowicz K., Paluchowski J. W., Podstawy diagnozy psychologicznej, [in:] Strelau J., Doliński D. [eds.], *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
60. Szondi L., Experimentelle Triebdiagnostik; Szondi Test; Band 1–2 (Text-Band, Test-Band), Hans Huber Verlag, Bern 1947.
61. Szondi L., Moser U., Webb M. W., The Szondi Test in diagnosis prognosis and treatment, Lippincott Company, Philadelphia, Montreal 1959.
62. Westen D., Social cognition and object relation, *Psychological Bulletin* 1991, 109, 429–455.
63. Westen D., Social Cognition and Object Relations Scale Q-sort for projective stories (SCORS-Q) [unpublished manuscript, Cambridge Hospital and Harvard Medical School, Cambridge, MA 1995].
64. Woike B. A., McAdams D. P., A response to Lilienfeld, Woods and Garb, TAT-Based Personality Measures Have Considerable Validity, *American Psychological Society Observer* 2001, 14 [November 2012, http://www.psychologicalscience.org/index.php/uncategorized/tat-commentary.html#_UM74XaxFYgc].
65. Zax M., The projective hypothesis in retrospect, *Perceptual and Motor Skills* 1964, 19, 318.

Corresponding author

Prof. dr hab. Władysław Jacek Paluchowski
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Instytut Psychologii
ul. A. Szmarzewskiego 89
PL 60-568 Poznań
e-mail: wladyslaw.paluchowski@amu.edu.pl

WIARYGODNOŚĆ TECHNIK PROJEKCYJNYCH JAKO NARZĘDZI DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ. CZĘŚĆ 1: DLACZEGO NIEKTÓRE TECHNIKI NIESŁUSZNIE NAZYWA SIĘ PROJEKCYJNYMI?*

1. Wstęp

W roku 2012 przez polskie media i Internet przetoczyła się dyskusja na temat technik projekcyjnych zainicjowana akcją Klubu Sceptyków Polskich pod hasłem „Psychologia to nauka, nie czary”. Akcja była protestem przeciwko stosowaniu technik projekcyjnych, które uznano za szkodliwe przeżytki. Hasła sceptyków wzbudziły z kolei protesty zwolenników technik projekcyjnych, a także głosy upominające się o zachowanie naukowej rzetelności, której nierzadko brakowało w radykalnych sformułowaniach. Atmosfera dyskusji stała się gorąca. Podobne spory toczono kilka lat wcześniej w Ameryce, a ich efektem był szereg polemicznych publikacji [19, 20, 21, 27; 32, 36, 64; por. 57]. W Polsce na razie żadne publikacje (oprócz wypowiedzi publikowanych w Internecie) nie pojawiły się, niemniej autorzy mają przekonanie, że warto zmierzać ku przeniesieniu tej dyskusji na poważniejszy grunt piśmiennictwa naukowego. Dyskusja ta dotyka bowiem ważnych problemów praktyki diagnostycznej w Polsce i trzeba dla nich znaleźć rozwiązanie.

Jednym z tych problemów – doprawdy poważnym – jest fakt posługiwania się przez wielu praktyków narzędziami jakoby diagnostycznymi, które w rzeczywistości nie spełniają kryteriów wiarygodności. Są to narzędzia takie, jak Test Drzewa, Test Kolorów Lüschera, test Szondiego czy grafologiczna analiza pisma¹. Choć większość z nich ma w nazwie słowo „test”, to naprawdę nie są one testami. Aby uznać jakąś procedurę za test psychologiczny, musi ona spełniać pięć warunków [25]: została opracowana procedura przeprowadzania badania (1 – standaryzacja) i procedura interpretacji wyników w taki sposób, by każdy diagnosta otrzymywał mniej więcej takie same wyniki (2 – obiektywność). Zostały

* Niniejsza praca powstała w wyniku dyskusji panelowej prowadzonej podczas konferencji „Warunki wykorzystywania metod projekcyjnych w psychologicznej diagnozie dla potrzeb sądu”, która odbyła się w dniach 16–17 listopada 2012 roku w Lublinie.

¹ Autorzy zastanawiali się nad zaliczeniem do tej grupy także Testu Piramid Barwnych, ponieważ brak jest dowodów jego trafności, a znane przykłady interpretacji wyników badania [30, s. 86–87] zawierają nadinterpretacje, oceny i dopatrywanie się patologii u uczestnika badania. Z drugiej strony jednak warto w tym narzędziu docenić doprawdy interesującą koncepcję oparcia interpretacji na wskaźnikach formalnych (interpretacja aktuarialna na podstawie funkcji dyskryminacyjnych) i liczne badania mu poświęcone [52, 53]. Testowi Piramid Barwnych warto więc poświęcić odrębne opracowanie.

przeprowadzone – z pozytywnym efektem – badania walidacyjne (3 – trafność i 4 – rzetelność), a także istnieją normy (5 – normalizacja). Wyżej wymienione techniki nie spełniają większości lub wszystkich tych warunków (autorzy wrócą do tego w kolejnych częściach artykułu).

Co więcej, nie są one także technikami projekcyjnymi, choć tak często bywają nazywane. Najogólniej mówiąc, nie można nazwać ich w ten sposób, ponieważ nie opierają się na „hipotezie projekcyjnej”², lecz na wierze w niedający się racjonalnie wyjaśnić związek pomiędzy cząstkowymi aspektami wytworów lub preferencji człowieka a całościowymi właściwościami jego osobowości czy faktami biograficznymi. Interpretacja materiału projekcyjnego jest w nich oparta na systemie oznakowym [32], w którym konkretnym cechem rysunku (np. wielkość postaci czy narysowana dziupla) bądź pewnym preferencjom uczestnika badania (np. wybieranie koloru fioletowego) przypisuje się uniwersalne znaczenie symboliczne, takie samo u wszystkich ludzi. Tworzy się w ten sposób systemy „interpretacji” przypominające sennik egipski: narysowana duża postać oznacza np. pewność siebie i wysoką samoocenę, mała – niepewność i niskie poczucie własnej wartości. Nie ma to nic wspólnego z projekcją i technikami projekcyjnymi.

Rozważmy bliżej kwestię sposobów rozumienia pojęcia projekcji i technik projekcyjnych.

2. Co faktycznie oznacza, że technika diagnostyczna jest „projekcyjna” i czym charakteryzuje się oparta na niej diagnoza?

Wedle potocznych wyobrażeń technika Rorschacha, Test Apercepcji Tematycznej, próba zdań niedokończonych, rysunek postaci ludzkiej, rodziny czy drzewa są to wszystko „techniki projekcyjne”, a więc wykorzystujące projekcję, która służy do pośredniego wyrażania wypartych pragnień i myśli. Techniki te w rękach psychologa są czymś w rodzaju rentgena – „wyświetlają” treści nieświadome z pominięciem wewnętrznej cenzury. Ten popularny wśród laików pogląd nie jest prawdziwy. Ale i wśród psychologów nie ma jednolitego stanowiska, co jest bazą zachowań obserwowanych podczas badania za

² Niezależnie od niego Henry Murray używał terminu „techniki projekcyjne” w już pierwszym wydaniu książki „Explorations in personality” opublikowanej w 1938 roku [39, s. 529].

pomocą technik projekcyjnych i jakie jest ich diagnostyczne znaczenie.

Jako autora terminu „techniki projekcyjne” wskazuje się Lawrence’a Kelso Franka³. Po raz pierwszy posłużył się nim w maju 1939 roku podczas wykładu na zebraniu Nowojorskiej Akademii Nauk i rozwinął później w artykule i książce [14, 15, 16]. Określił on [14, s. 403] metodę projekcyjną jako taką, która „pozwała jednostce ujawnić swój sposób organizowania doświadczenia dzięki daniu jej pola (obiektów, materiałów, doświadczeń) o relatywnie niskiej strukturze i [słabym] kulturowym wzorcu tak, by osobowość mogła rzutować na to dające się formować pole swój sposób widzenia życia, swoje sensory, wartości, wzorce, a szczególnie swoje uczucia. W ten sposób wywołujemy projekcję prywatnego świata osobowości jednostki”.

Frank w późniejszej pracy [15, s. 46] określił technikę projekcyjną jako „metodę badania osobowości przez postawienie badanego w sytuacji, na którą chce on odpowiedzieć zgodnie z tym, co ta sytuacja znaczy dla niego i co czuje, gdy na nią reaguje”. Frank proponował odrzucenie technik „obiektywnych”, których zwolennicy (psychometryści lub statystycznie nastawieni psychologowie akademicy [15]) poszukiwali znaczenia wyniku w badaniu jego nietypowości. Ich przeciwieństwem miały być techniki projekcyjne skoncentrowane na poszukiwaniu niepowtarzalnych cech „prywatnego świata” jednostki. Dzięki ograniczeniu wpływu cech bodźca na reakcję badacz (diagnosta) przestanie się koncentrować na zgodności reakcji z jakąś normą (społeczną) i badania projekcyjne pozwolą ową unikalność uchwycić. Ta argumentacja jest dziś wyraźnie anachroniczna – wykorzystywanie współczesnej psychometrii czy metod statystycznych do zgłębiania „prywatnego świata” jest powszechnie akceptowane. Zdaniem Franka [15] nie można stosować tych samych kryteriów wiarygodności do wyników badania za pomocą metody projekcyjnej, jakie stosowano w odniesieniu do badań naukowych. Za szczególnie nieprzydatne uważał stosowanie jakichś przyjętych z góry norm i w odniesieniu do nich charakteryzowanie jednostek. Trudno z tego powodu oczekiwać, by różne formy ekspresji tego „prywatnego świata” odpowiadały skodyfikowanym kryteriom wspólnym dla wszystkich ludzi i posiadały powszechnie podzielane znaczenia. To rodzi jednak praktyczny problem: jeżeli dane dostarczane za pomocą technik projekcyjnych są wskaźnikiem niepowtarzalnych, zindywidualizowanych

³ Według Franka [14; por. 39, s. 531; 55, 65] dotyczy ona sytuacji, kiedy ludzie starają się kategoryzować i uporządkować niejasne, mętne, wieloznaczne i nieustrukturyzowane bodźce; te interpretacje są zgodne z ich własnym indywidualnym wzorcem świadomych i nieświadomych potrzeb, lęków, chęci, impulsów, konfliktów, wcześniejszych uwarunkowań czy procesów myślenia oraz stylów spostrzegania i reagowania na świat, a także aktualnie działających czynników sytuacyjnych.

treści, to ich symboliczny wyraz nie może być wspólny dla wielu ludzi.

Obiektywność metody polega m.in. na tym, że diagnosta nie musi przy klasyfikacji zachowania diagnostycznego lub jego interpretacji odwoływać się do własnego rozumowania (intuicji, tzw. klinicznego nosa), ale do istniejącego klucza czy systemu [37]. Jak pisze Wayne H. Holtzman [24], każde odejście od interpretacji zachowania diagnostycznego przez osobę diagnozowaną, jakkolwiek prosty czy skomplikowany byłby system klasyfikacyjny, przesunę diagnozę w stronę podejścia psychometrycznego (obiektywnego) z wszystkimi jego konsekwencjami. Ważnym więc elementem diagnostycznych bodźców projekcyjnych był brak arbitralnych znaczeń nadawanych im przez diagnostę. Można wręcz mówić [43, s. 13–16; por. 65] o kwestionariuszowym i projekcyjnym podejściu do diagnozowania. W podejściu kwestionariuszowym diagnosta zna (ma) kryterium oceny zgodności z kluczem reakcji (odpowiedzi) osoby diagnozowanej – jest nim „obiektywne” znaczenie bodźca lub „obiektywne” rozwiązanie zadania. W podejściu projekcyjnym jest inaczej – oceniana jest nie poprawność reakcji, ale znaczenia nadawane bodźcom czy zadaniom (albo doświadczany proces dochodzenia do jego rozwiązania). Tę cechę dobrze ujął George Kelly [28, s. 332]: „kiedy badany proszony jest o odgadnięcie, co badający ma na myśli, nazywamy to testem obiektywnym; kiedy badający usiłuje odgadnąć, co badany ma na myśli, nazywamy to narzędziem projekcyjnym”. Inaczej mówiąc, autorem interpretacji jest osoba badana, a nie diagnosta. Dopiero ta interpretacja jest przedmiotem opracowania w procesie diagnozowania. Oznacza to także respektowanie zasady tworzenia warunków do swobodnego wyboru – bez ograniczeń także w warunkach badania (w tym społecznej presji oraz wynikających z relacji diagnozowany-diagnosta).

Istnieje jednak potencjalne niebezpieczeństwo przyjęcia tezy o względnej niezależności reakcji projekcyjnej od bodźca – w ekstremalnym ujęciu oznaczać to może przyjęcie założenia o wyłącznie podmiotowej determinacji zachowań także w sytuacjach życiowych. O krok jest wówczas od przyjęcia tezy, że obserwowane diagnostyczne zachowania projekcyjne są modelem zachowań opartych na zaburzonej percepcji. Sprzyja to patologizacji interpretacji wyników badania diagnostycznego za pomocą metody projekcyjnej.

Według Bernarda I. Mursteina i Ronalda S. Pryera [40, s. 354; por. 49] istnieją co najmniej 4 sposoby rozumienia pojęcia projekcji, czyli zachowań posiadających emocjonalną wartość dla jednostki: projekcja klasyczna, projekcja atrybutywna, projekcja autystyczna oraz projekcja racjonalna (zracjonalizowana). Helena Sęk pisze [54, s. 15] z kolei, że rodzajem projekcji jest projekcja poznawcza – apercepcja, która występuje, gdy człowiek napotyka sytuację nieznaną; wówczas człowiek tak

przetwarza bodźce, aby pasowały one do już istniejącej w umyśle struktury poznawczej. Diagnoza projekcyjna oparta jest na rozumieniu projekcji bliskim apercpepcji.

Leopold Bellak [3, s. 12–20] proponuje, aby używać szerokiego terminu „apercepcja”. Opisywałby on zjawiska leżące między niezinterpretowaną treścią zmysłów (ang. perception) a zaburzonym spostrzeganiem (ang. apperceptive distortion). To zaburzenie spostrzegania – jego zdaniem – przyjmuje różne nasilenie: od uzewnętrznienia (zbliżonej znaczeniowo do projekcji racjonalnej) przez uwrażliwienie (odpowiadającą projekcji autystycznej) do znacząco zaburzonej projekcji (obejmującej odwróconą projekcję i projekcję prostą, najbliższe projekcji klasycznej). Pojęcie apercpepcji i zniekształceń apercpepcyjnych pomogło Bellakowi doprecyzować sposób rozumienia niejednoznacznego pojęcia „projekcji”. Po serii swych eksperymentów [2]⁴ nad empirycznym sensem projekcji Bellak doszedł do wniosku, że nie każda projekcja jest jedynie mechanizmem obronnym, skoro w opowiadaniach projekcyjnych rzutowane są zarówno emocje negatywne, zapewne zagrażające, jak i emocje pozytywne – z pewnością „niewinne” z punktu widzenia ego i form jego obrony. Choć więc wiedział, że Freud także rozumiał zjawisko projekcji szerzej niż tylko jako mechanizm obronny, to jednak, aby zapobiec nieporozumieniom i zaakcentować apercpepcyjny, „normalny” aspekt tego zjawiska, odwołał się do pojęcia apercpepcji i wprowadził pojęcie apercpepcyjnych zniekształceń [4, por. 56]. Jego zdaniem mamy do czynienia z bardziej ogólnym mechanizmem nadawania znaczeń aż do istotnego ich zniekształcenia.

Można więc sformułować odpowiedź na pytanie, czym jest technika projekcyjna. Jest to technika diagnostyczna oparta na projekcji poznawczej albo apercpepcji. Istotą diagnozy projekcyjnej jest – mówiąc językiem współczesnej psychologii – wykorzystanie przez uczestnika badania swoich osobistych struktur poznawczo-afektywnych (schematów poznawczych) do nadania indywidualnych znaczeń niejednoznacznemu materiałowi. Zachowaniem projekcyjnym jest więc interpretacja przez osobę diagnozowaną bodźca projekcyjnego o specyficznej strukturze przedstawionemu jej podczas badania diagnostycznego, a nie jest nim ekspresja (mówienie, pisanie, rysowanie). Martin Leichtman [31, s. 304] zwraca też uwagę na społeczny i komunikacyjny kontekst procesu nadawania znaczenia bodźcowi projekcyjnemu. Michał Stasiakiewicz [55, s. 32] podkreśla, że o „projekcyjności” decyduje też zadanie, jakie diagnosta stawia przed osobą badaną – jego niedyrektywność, nienormatywność, odwołanie się do indywidualizacji oczekiwanego zachowania diagnostycznego oraz jego dywergencyjność.

Inaczej mówiąc, podczas interpretacji niejasnych i niejednoznacznych bodźców projekcyjnych mamy do czynienia z projekcyjnymi reakcjami – tworzeniem przestrzeni znaczeń i umiejscawianiu w niej siebie i innych. Atrybucja ta jest tym bardziej zindywidualizowana i psychologicznie znacząca (diagnostyczna), im bardziej wieloznaczna i pozbawiona informacyjnych wskazówek jest ta rzeczywistość oraz im jej percepcja jest bardziej interpretacją niż odzwierciedleniem. Tak rozumiana projekcja ujawnia nie tylko cechy i mechanizmy osobowości jednostki, lecz także realizowane przez nią wzory adaptacji. Jest ona bowiem złożonym procesem semantycznej transformacji pola bodźców zdeterminowanym przez indywidualne cechy jednostki, właściwości znaczeniowe materiału testowego oraz społeczno-kulturowe reguły semantyzacji. Jednym z zadań diagnosty może być rozpoznanie tych indywidualnych znaczeń i odróżnienie ich od znaczeń typowych, kulturowych, wspólnych dla większości ludzi. Na tej podstawie wnioskuje się na przykład o złożoności i innych cechach reprezentacji ludzi u danej osoby (interpretacja Testu Apercpepcji Tematycznej w systemie SCORS [62, 63; por. też 56]) lub o ogólnym poziomie adaptacji (w Teście Niedokończonych Zdań Juliana Rottera [26]).

Trzeba jednocześnie pamiętać, że stopniowanie zaburzenia percepcji, o którym pisał Bellak [3], dotyczy typowych, codziennych sytuacji, kiedy percypowanym bodźcem jest rzeczywistość, a nie specjalnie dla celów diagnostycznych skonstruowany bodziec projekcyjny. W przypadku korzystania z metody projekcyjnej sztucznie wywołujemy projekcyjne zachowania testowe, tworząc sytuacje o niejasnym znaczeniu i formułując zadania o wieloznacznej treści (intencjonalnie symboliczne). Szansa na obserwowanie zaburzonej percepcji jest więc dużo większa podczas badania „projekcyjnego” i nie musi się przekładać na wysokie prawdopodobieństwo ich wystąpienia w realnych sytuacjach.

Krystyna Ruszczak [51, s. 119] pisze, że inspiracją dla twórców technik projekcyjnych były w równym stopniu psychofizyka i psychoanaliza, nurty dla współczesnej psychologii historyczne. Dodać też można jako takie źródło psychologię różnic indywidualnych – skoro bowiem obserwuje się zróżnicowanie ludzi w zakresie ich zachowań, to ich badanie powinno pozwolić na opis różnic czynników podmiotowych, które z kolei pozwolą określić specyfikę indywidualności każdego człowieka. Bazą dla tego jest budowanie empirycznych taksonomii tworzonych na podstawie różnic zachowania – z wiarą, że tym, co wspólne dla taksonomicznych grup, będzie (jest) jakiś czynnik podmiotowy. Doskonalono pomiar zmiennych traktowanych jako potencjalne operacjonalizacje czynników teoretycznych. Poszukiwano także korelatów dla wartości mierzonych zmiennych. Dzięki temu podejściu uzyskiwano znaczące osiągnięcia w selekcji. Jednak jego słabością było zaniedbywanie pod-

⁴ Publikacja ta przedstawia tylko pierwsze z serii eksperymentów, pozostałe Bellak streszcza w kilku miejscach w swym podręczniku [4, s. 15–16, 144], powołując się na niepublikowany raport z tych badań.

staw teoretycznych coraz dokładniejszych pomiarów. Problematyka rzetelności dominowała nad problemami trafności. Przypomina to sytuację laboranta, który za pomocą najdokładniejszej skomputeryzowanej aparatury ustala, że np. poziom cholesterolu wykracza poza normę kliniczną i uważa, że na tym polega diagnozowanie. Jednak to dopiero lekarz na podstawie wiedzy medycznej może określić, co ten wskaźnik oznacza. Wiedza teoretyczna pozwala diagnostom wyjść z roli laboranta psychologicznego.

3. Stosowanie technik projekcyjnych

Frank [14] wyróżniał pięć rodzajów zachowania w odpowiedzi na bodźce projekcyjne i potencjalną podstawę ich podziału: aspekt konstytutywny (nadawanie struktury wieloznacznemu bodźcowi, jak w technice Rorschacha), interpretatywny (podawanie subiektywnych znaczeń bodźców, jak Test Apercepcji Tematycznej), katartyczny (odreagowanie napięć i emocji), konstruktywny (działania porządkujące czy tworzące konstrukcje z materiału bodźcowego, jak Scenotest czy rysunek postaci ludzkiej lub drzewa) i refrakcyjny (zachowania typowe dla konwencjonalnej komunikacji, jak grafologia)⁵.

W odniesieniu do psychologicznej interpretacji rysunków istnieją dwie szkoły [47]: technika impresyjna i analogiczna do tej, jaką należy stosować w przypadku metody projekcyjnej. Technikę wyobraźniową (impresyjną) opisała Molly Harrower [47, s. 127–128]; polega ona na wyobrażeniu sobie faktycznego kontaktu z obiektem przedstawionym na rysunku i analizie doświadczanych wrażeń. Drugi rodzaj interpretacji wymaga analizowania adaptacyjnych, ekspresyjnych i projekcyjnych aspektów rysunku, a zaproponowany został przez Leopolda Bellaka [2]. Aspekt adaptacyjny zachowania odnosi się do relacji cech bodźca projekcyjnego i reakcji na niego – określa on, w jakim stopniu reakcja wyznaczona jest naturą bodźca i wymaganiami społeczno-kulturowych reguł semantyzacji. Aspekt ekspresyjny dotyczy stylistyczno-formalnych cech zachowań diagnostycznych, podobnie jak innych form komunikacji niewerbalnej. Aspekt projekcyjny odnosi się do rzutowania uczuć, postaw, potrzeb i tego, co jest „prywatnym światem” osoby diagnozowanej. To wyraźnie pokazuje, że odnoszenie się wyłącznie do treściowego (projekcyjnego) aspektu rysunku jest niewystarczające. Konieczne jest ujęcie pozostałych aspektów i powiązanie ich w cząstkowej (dotyczącej tylko danej techniki) diagnozie.

Współczesna klasyfikacja systemów interpretacji rysunku projekcyjnego [32; por. 58] wyróżnia trzy ich

rodzaje: impresyjne, oznakowe i całościowe. Impresyjne opierają się na swobodnym wrażeniu diagnosty. Nie ma tu żadnej stałej procedury, którą można by poddać badaniom walidacyjnym, dlatego autorzy zalecają, by tego typu interpretacje bezzwłocznie wyrugować z praktyki. Co do systemów oznakowych, sytuacja jest podobna. Opierają się one na zestawie arbitralnych znaczeń przypisanych różnym elementom i aspektom rysunku na podstawie teorii, bez weryfikacji empirycznej. Przykładem takiego systemu jest rysunek postaci ludzkiej Karen Machover [35], rysunek rodziny Luisa Cormana [7] czy też omawiany w drugiej części artykułu Test Drzewa. Również ten rodzaj interpretacji powinien być zdaniem autorów wycofany, ponieważ badania – jeśli w ogóle są prowadzone – z reguły wykazują ich nietrafność [por. 1]. Szanse stoją jedynie przez systemami trzeciego rodzaju, całościowymi. Nie przywiązuje się w nich znaczenia do żadnej pojedynczej oznaki na rysunku, lecz układa się – na podstawie danych empirycznych – listy elementów i właściwości rysunku, które różnicują daną grupę kryterialną od grupy kontrolnej. Wzorcowym systemem tego rodzaju jest przesiewowa skala Elizabeth Koppitz [29] do szacowania poziomu przystosowania.

Podaje się wiele argumentów uzasadniających stosowanie metody projekcyjnej, odwołujących się do innych wartości niż jej naukowa wiarygodność. Mówi się na przykład, że ta specyficzna sytuacja badania pozwala na określenie właściwości jednostki oraz sposobów jej psychicznego funkcjonowania, szczególnie u tych osób, które albo nie potrafią, albo nie chcą wyrazić wprost swego „prywatnego świata”. To jest jednym z uzasadnień stosowania technik projekcyjnych podczas badania dzieci. Ponadto – powołując się na pozaświadomy, automatyczny charakter projekcji i brak kontroli reakcji na bodźce projekcyjne – wskazuje się na użyteczność metody projekcyjnej dzięki jej małej podatności na intencjonalną manipulację wynikami badania. Józef i Natalia Reuttowie [50, s. 336] pisali: „Test Apercepcji Tematycznej, podobnie zresztą jak inne testy projekcyjne, można by nazwać podstępny. Na jego podstawie bowiem interpretator dowiaduje się o osobie badanej tego, czego osoba ta nie zamierzała mu powiedzieć lub po prostu z czego w stosunku do siebie samej nie zdawała sobie sprawy”. Jest to pogląd popularny, ale nietrafny – osoba diagnozowana chcąc (z powodu okoliczności badania) manipulować wynikami tak, aby zrealizować swoje cele, będzie to robić nawet wtedy, gdy jej działanie oparte jest na fałszywych przesłankach. W przypadku metody kwestionariuszowej łatwo jest przeniknąć prawdopodobny cel stawianych pytań i odpowiednio do przyjętego celu na nie odpowiadać. W przypadku badania za pomocą metody projekcyjnej motyw manipulacji też jest obecny i osoba diagnozowana stara się tak zachowywać, aby uzyskać planowany efekt. Z tego jednak względu, że nie wie (nie rozumie), jaki jest związek między jej zachowa-

⁵ Na podobieństwo z analizami grafologicznymi powołuje się natomiast Karol Koch, autor Testu Drzewa. Dziś analizy grafologiczne są traktowane jako synonim metody nienaukowej.

niami diagnostycznymi a wnioskami wyprowadzanymi przez diagnostę, może działać nieskutecznie. Nie oznacza to jednak wcale, że wynikami nie manipuluje – ma przecież świadomość uczestniczenia w sytuacji diagnostycznej. Co więcej – efekt tej intencjonalnej manipulacji może być dość przypadkowy i w efekcie zniekształcać uzyskany wynik badania w sposób trudny do uchwycenia (określenia). Gdyby natomiast motywacja prezentowania siebie w określonym świetle była nie w pełni świadoma, wówczas w sposób bardziej wyrazisty przejawiać się będzie w zachowaniu podczas badania.

Często argumentem za stosowaniem technik projekcyjnych jest także to, że dostarczają one dodatkowych informacji o osobie badanej, że wzbogacają dane i pozwalają na formułowanie trafniejszych wniosków. Niestety – badania pokazują [18], że nie tylko przyrost trafności decyzji jest mały, ale że włączanie danych z tych technik zmniejsza trafność decyzji podejmowanych na podstawie zebranego materiału diagnostycznego. Także David N. Miller i Amanda B. Nickerson [38] na podstawie przeglądu badań potwierdzili niską przydatność w tym względzie technik projekcyjnych, ze wskazaniem na ich ewentualną użyteczność w generowaniu hipotez diagnostycznych.

Wynika z tego podstawowy wniosek: metoda projekcyjna ani nie daje łatwego wglądu w osobowość, ani nie daje wyników „lepszyc” niż tzw. metody obiektywne, a stosowana w sposób niestandardowy i bez szczególnej staranności prowadzi do fałszywych diagnoz. Wbrew powszechnemu pogładowi jej stosowanie wymaga wyższych kompetencji i dyscypliny niż na przykład badanie za pomocą metody kwestionariuszowej.

4. Techniki projekcyjne i techniki niesłusznie nazywane projekcyjnymi

Powróćmy teraz do zarysowanej na wstępie kwestii, czy wszystkie techniki nazywane projekcyjnymi są nimi w istocie. Czy wszystkie zorientowane są na zrozumienie prywatnego świata znaczeń osoby uczestniczącej w badaniu? Na poznanie jej sposobów organizacji doświadczenia? Z pewnością nie. Niektóre z technik nazywanych projekcyjnymi już w swych założeniach nie są obliczone na poznawanie subiektywnych, jednostkowych znaczeń, specyficznych dla indywidualności danej osoby. Zamiast tego skupiają się raczej na przypisaniu tej osobie pewnych cech wedle z góry opracowanego słownika oznak lub też na przyporządkowaniu tej osoby do jakiejś z góry założonej kategorii, by nie rzec szufladki. Spójrzmy pod tym kątem na tzw. diagnostykę kolorami. Test Kolorów Lüschera [34] próbuje określać charakter człowieka na podstawie jego preferencji koloru. Problem w tym, że w wybieraniu kolorów nie ma miejsca na projekcję ani w sensie procesu percepcyjnego, ani mechanizmu obron-

nego. W Teście Kolorów Lüschera istnieje swoista kategoryzacja na typy ludzi, którzy preferują ten czy inny kolor. Na przykład kolory żółty i czerwony mają wybierać ekstrawertycy, a kolory zielony i niebieski – introertycy [46]. Z kolei kolor fioletowy mają preferować osoby o niepewnej identyfikacji płciowej, homoseksualne, jak również dzieci przed okresem dojrzewania i kobiety, zwłaszcza ciężarne [23]. Nie inaczej rzecz się przedstawia w przypadku „znaczenia” kolorów w rysunku projekcyjnym, zwłaszcza rysunku dziecka – klinicyści i pedagodzy nierzadko na podstawie koloru wybranej kredki wnioskuje o stanie emocjonalnym i afektywnych aspektach osobowości dziecka, przy czym najczęściej korzystają z potocznej symboliki kolorów, zgodnie z którą czerwony oznacza agresję, a czarny depresję [8].

Nie jest ważne, jakie znaczenia sam uczestnik badania wiąże z kolorami, które wybiera. Diagnosta „wie lepiej”, co one symbolizują, „zna” ich uniwersalne znaczenie i na tej podstawie formułuje „indywidualną” diagnozę. Takie podejście nie ma nic wspólnego z diagnozą projekcyjną. Co więcej, wszystkie wymienione wyżej „znaczenia” kolorów tak naprawdę nie opisują trafnie osobowości ludzi, którzy te kolory wybierają. Ponieważ sami autorzy wymienionych testów nie przedstawili wystarczających dowodów ich trafności, inni naukowcy wykonali szereg badań, w których weryfikowali twierdzenia o związkach między preferencjami koloru a osobowością. W badaniach tych niezmiennie okazywało się, że nie ma powodów, by sądzić, że ludzie wybierający różne kolory różnią się także pod względem jakichkolwiek psychologicznych charakterystyk. Na przykład na pracy poświęconej „psychologii koloru fioletowego” [23] przebadano Testem Kolorów Lüschera wielką, prawie 1200 osobową próbę pacjentów psychiatrycznych w wieku 7–93 lat. Nie stwierdzono żadnych związków pomiędzy preferencją koloru fioletowego a wiekiem lub identyfikacją płciową. Również osoby preferujące kolor czerwony i żółty nie różniły się od tych preferujących zielony i niebieski pod względem ekstra- i introwersji [46]. W odniesieniu do kolorów na rysunkach badanych dzieci także płyną wnioski [8], że kolory nie mają uniwersalnego, ponadjednostkowego znaczenia. Generalnie dzieci stosują kolory, które lubią, zwłaszcza do rysowania postaci „miłych”. Rysując postacie „niemiłe” stosują mieszankę kolorów lubianych i nie lubianych. Tylko tyle można powiedzieć ogólnie, ponieważ każde dziecko ma swój zestaw kolorów lubianych i nie lubianych i to w odniesieniu do niego trzeba poszukiwać znaczeń na rysunku. Badanie to ilustruje zasadę, zgodnie z którą warto temat doboru kolorów na rysunku poruszyć w wywiadzie, natomiast nie warto wyciągać z samego tego doboru jakichkolwiek wniosków. Badań na temat preferencji kolorów jako podstawy do diagnozy było więcej (głównie na temat Testu Kolorów Lüschera) i wszystkie, do których udało się dotrzeć autorom, kończyły się konkluzją negatywną lub

nawet ostrzeżeniami dla klinicystów przed stosowaniem Testu Kolorów Lüschera jako narzędzia diagnostycznego [11; por. 22]. W przekonujących eksperymentach wykazano, że fenomenologicznie odczuwana trafność Testu Kolorów Lüschera wynika z efektu Barnuma⁶ [12, 22]. Test Kolorów Lüschera jest też przykładem podejścia do badań empirycznych, które uniemożliwia ich replikację – przytacza się albo anegdotyczne opisy przypadków, albo niepublikowane badania [34, s. 59–62] opracowane w sposób statystyczny odpowiedni do wymagań XIX wieku.

Kolejną techniką, niesłusznie zwaną projekcyjną, jest test Szondiego [60, 61], w którym także preferencje są podstawą do wnioskowania o osobowości. W tym przypadku chodzi jednak o preferencje twarzy ludzkich, przy czym uczestnik badania ma do wyboru wyłącznie twarze osób, u których zdiagnozowano „zaburzenia psychiczne” (co nie jest mu ujawniane). Ta ostatnia fraza została ujęta w cudzysłów, by podkreślić, że taka była intencja twórcy testu, węgierskiego psychiatry Leopolda (Lipóta) Szondiego, niemniej nie wszystkie spośród ówczesnych kategorii dziś także są uważane za zaburzenie, a jeśli już – to niekoniecznie zaburzenie psychiczne. Kategorie te to: pasywny męski homoseksualizm, sadyzm, epilepsja, histeria, katatonja, paranoja, depresja i mania. Szondi uważał, że sympatia między ludźmi rozwija się na bazie podobieństwa, choćby spostrzeganego nieświadomie i wobec tego uczestnicy badania będą wykazywali tendencję do wybierania twarzy ludzi cierpiących na takie zaburzenia, do jakich sami mają skłonność. Zasada ta nie ma nic wspólnego z projekcją ani w znaczeniu percepcyjnym, ani obronnym. Projekcyjności testu Szondiego próbowali bronić inni naukowcy [5], jednakże w przeprowadzonym przez nich badaniu okazało się, że materiał testowy nie spełnia istotnego warunku. Mianowicie pewne fotografie były bardziej lubiane, a inne mniej przez wszystkich uczestników badania, co wskazuje na to, że to nie ich indywidualność, lecz jakieś cechy samych bodźców decydowały o takich, a nie innych wyborach. W całej grupie najbardziej podobali się maniacy, a na drugim miejscu pod względem sympatii znaleźli się homoseksualiści (obliczenia własne na podstawie tabeli 1 zamieszczonej w [6, s. 427]). Wątpliwe, żeby cała grupa uczestników badania licząca 400 osób wykazywała właśnie te dwie tendencje, raczej należy ten efekt tłumaczyć większą atrakcyjnością twarzy w tych kategoriach, czyli

⁶ Efektem Barnuma (zwanym też efektem Forera lub horoskopowym) nazywamy powszechne uznawanie danego orzeczenia (czy opinii psychologicznej) za trafne i unikalne nie z powodu jego treści, ale względów pozamerytorycznych. Wielkość tego efektu zależy zarówno od cech formalnych tekstu (trywialność tezy, wieloznaczność sformułowań, współistnienie sprzeczności, fachowy żargon), jak i cech osobowych adresata takiego komunikatu (przekonanie o zindywidualizowanych danych jako bazy takiej opinii, poszukiwania cech akceptowanych, wiary w autorytet opiniodawcy).

wplywem zmiennej ubocznej (czego Szondi nie kontrolował, dobierając materiał).

W krótkim czasie po opublikowaniu testu [60], a zwłaszcza jego angielskojęzycznego obszernego omówienia [9], pojawiło się dużo prac empirycznych, w których weryfikowano wartość diagnostyczną testu Szondiego. Wyniki tych badań w ogromnej większości były dla testu Szondiego negatywne [6, 13, 33, 41, 48], nic więc dziwnego, że zaprzestano stosowania tego narzędzia i w kolejnych dekadach bardzo mało było na jego temat doniesień w naukowych pismach psychologicznych.

W sondażu Johna C. Norcrossa, Geralda P. Koochera i Ariel Garofallo [42] Test Szondiego zajął niechlubne drugie miejsce na liście rankingowej zdyskredytowanych psychologicznych narzędzi diagnostycznych. Numerem jeden na tej liście był omówiony wcześniej Test Kolorów Lüschera⁷, natomiast pozycja trzecia przypadła grafologii, na której choćby krótkie omówienie brakuje tu miejsca⁸, jednakże z pewnością nie jest to ani technika projekcyjna, ani w ogóle diagnostyczna. Zagadnieniu temu należy się osobne opracowanie (podobnie jak Testowi Piramid Barwnych).

5. Podsumowanie

Podsumowując, rzecz można, że nie wszystkie techniki diagnostyczne nazywane projekcyjnymi istotnie są projekcyjne. Nie są nimi omówione wyżej Test Kolorów Lüschera, Test Szondiego, a także grafologia i Test Drzewa. Nie opierają się na projekcji także inne techniki rysunkowe, w których interpretacja oparta jest na systemie oznakowym [32; por. 55, s. 37; 58]. Zatem które techniki są naprawdę projekcyjne? Z pewnością test Rorschacha i Test Apercypcji Tematycznej są technikami prawdziwie projekcyjnymi opierającymi się na badaniu znaczeń, które uczestnik badania przypisuje niejednoznacznemu materiałowi – plamom atramentowym lub obrazkom. Prawdziwie projekcyjne są też różne testy zdań niedokończonych czy też zadania obrazkowe, w których zadaniem uczestnika jest wypełnienie „dymków”. Także rysunek, na przykład rodziny czy postaci ludzkiej, może być techniką projekcyjną pod warunkiem, że będzie interpretowany całościowo, a nie oznakowo czy impresyjnie.

Widzimy więc, że nie wszystkie systemy interpretacji materiału projekcyjnego są wiarygodne. Grupa krytycznie nastawionych badaczy – Scott Lilienfeld, Howard Garb, James Wood i Teresa Nezworsky – po dokonaniu przeglądu i oceny technik projekcyjnych sformułowała rekomendacje [19, 32; por. 56] do ich używania. Pierwsza z nich zaleca, by stosować tylko te systemy inter-

⁷ Nie ma natomiast na tej liście Testu Drzewa, ponieważ jest on praktycznie nieznan w Stanach Zjednoczonych.

⁸ Autorzy nie będą też tu omawiać Testu Drzewa, ponieważ poświęcono mu drugą część tego artykułu

pretacji, które sprawdzono empirycznie i w badaniach dowiedziono ich trafności. Zauważmy, że rozróżnia się tu nie między poszczególnymi technikami diagnostycznymi, lecz – bardziej subtelnie – między różnymi systemami interpretacji. Bo też w odniesieniu do techniki Rorschacha czy rysunku postaci ludzkiej istnieje tych systemów co najmniej kilka i niektóre z nich są ugruntowane empirycznie, a inne nie. Pojawia się jednak pytanie, dlaczego – mimo krytyki i wątpliwości – techniki projekcyjne, a zwłaszcza te niesłusznie zwane projekcyjnymi, są tak często wykorzystywane? Wydaje się, że może to mieć dwa źródła. Z jednej strony brak wiedzy powoduje, że psychometryczna interpretacja wyników „obiektywnych” testów sprowadza się do oceny poziomu badanej właściwości w kategoriach „wysoki”, „średni”, „niski”, co trudno uznać za zadawalające dla kogoś, kto chciałby diagnozować ludzi, a nie opisywać wyniki testów. Z drugiej strony brak pokory powoduje, że wydaje się, iż nie trzeba odwoływać się do zewnętrznych, „obiektywnych” kryteriów, ale wystarczy znajomość życia, intuicja, „kliniczny nos” i inne przymioty osobiste psychologa [45]. Jednakże z badań płyną przestrogi przed uważaniem owych przymiotów, w tym szczególnie doświadczenia diagnostycznego, za gwarancję dobrej diagnozy. Nierzadko doświadczeni praktycy formułują diagnozy mniej trafne niż laicy czy studenci psychologii, ponieważ ich długoletnia praktyka polegała w gruncie rzeczy na utrwalaniu błędów, zabrakło w niej natomiast doskonalenia własnych kompetencji i krytycznej refleksji nad własnym działaniem [10, 17]. Autorzy pisali o tym więcej w innym miejscu [59; por. też 44, 58].

Dokonując przeglądu technik projekcyjnych i niesłusznie zwanych projekcyjnymi, można zauważyć pewną prawidłowość. Dla technik prawdziwie projekcyjnych zazwyczaj istnieje co najmniej jeden system interpretacji, który do pewnego stopnia broni się w badaniach, choć bywa też przedmiotem ostrych sporów (jak np. system CS Exnera dla testu Rorschacha). Natomiast techniki niesłusznie zwane projekcyjnymi nie mają żadnych argumentów empirycznych na wykazanie swej trafności, ponieważ albo badań nie było lub było zbyt mało, albo nigdzie poza podstawowym podręcznikiem nie były publikowane. Charakterystyczny jest też stosunek do oryginalnych podręczników – ich dzisiejsze wznowienia pozbawione są krytycznej analizy, brak też metaanalizy przywoływanych danych empirycznych. Traktuje się te prace jak przekaz z przeszłości, który trzeba cierpliwie zgłębiać w zastanej formie i nie poddawać refleksji. Czasami nad tymi technikami odbywa się dyskusja oparta na danych z licznych badań, a konkluzją tej dyskusji jest uznanie techniki za niewiarygodną (test Lüschera, test Szondięgo, grafologia).

Na zakończenie można więc postawić pytanie, czy nie jest przypadkiem tak, że owe zdyskredytowane techniki chętnie określają się jako projekcyjne, aby w ten

sposób ukryć lub uzasadnić fakt niespełniania wymagań stawianych wiarygodnym narzędziom diagnostycznym? Jednak ta strategia nie zda się na wiele. We współczesnej diagnozie coraz mniejsze znaczenie ma podział na techniki obiektywne i projekcyjne [37], natomiast kluczowe staje się pytanie, czy dana technika ma podstawy teoretyczne i czy istnieją dowody empiryczne na rzecz jej trafności i innych pożądaných właściwości. Dotyczy to wszystkich technik diagnostycznych, w tym technik projekcyjnych.