

ANDRZEJ MARGASIŃSKI¹
Wydział Pedagogiczny
Akademia im. Jana Długosza w Częstochowie

PUŁAPKI DIAGNOZY PSYCHOLOGICZNEJ NA PRZYKŁADZIE EFEKTU BARNUMA I TZW. SYNDROMU DOROSŁYCH DZIECI Z RODZIN DYSFUNKCYJNYCH

**Traps of psychological diagnosis on example of the Barnum's effect
and so called Adult Children of Dysfunctional Families syndrome**

Abstract

The notion of "adult children of dysfunctional families" has been present for several years in psychological and self-help literature. It arouses controversy due to ambiguity of its definition and unclear diagnosis criteria. The author have attempted to verify empirically so called ACDFs (adult children of dysfunctional families) control list, treated as a diagnostic tool. The second research aim is verification of Barnum effect in Polish circumstances, psychological mechanism which can crucially distort diagnostic conduct. The survey done showed the lack of diagnostic usefulness of most of the ideas connected with so called ACDFs control list, the larger part of which has a non specific, i.e. of Barnum.

Key words: psychological diagnosis, the Barnum effect, ACOA (adult children of alcoholic families), ACDF (adult children of dysfunctional families)

WPROWADZENIE

STATUS JEDNOSTEK NOZOLOGICZNYCH A PRAKTYKA PSYCHOLOGICZNA

Terapeuci, będący blisko cierpiącego i poszukującego pomocy człowieka, nierzadko jako pierwsi dostrzegają mechanizmy psychologiczne, wcześniej nie opisywane. W rezultacie z obszaru praktyki terapeutycznej często generowane są opisy i postulaty wprowadzenia nowych zaburzeń bądź chorób. Każda jednostka chorobowa wymaga precyzyjnego opisu przyczyn, specyficznych objawów i możliwości leczenia. Szczególnie istotną kwestią jest charakterystyka objawów, trzeba wskazać na ich wyjątkowość i powtarzalność. Nie jest to zadanie łatwe, z pomocą przychodzi tutaj nauka ze swoją metodologią i „twardymi” narzędziami. Niemniej nie zawsze

¹ Adres do korespondencji: a.margasinski@gmail.com

opisy terapeutyczne są naukowo weryfikowane w myśl intencji autorów, co budzi zrozumiałe dyskusje i spory. Takim przykładem są kontrowersje powstałe w obszarze badania rodzin dysfunkcyjnych, szczególnie alkoholowych.

Spojrzenie przez pryzmat teorii systemowej na rodziny alkoholowe w ostatnich 30 latach wygenerowało opis szeregu nowych mechanizmów psychologicznych, równoległe, głównie w wyniku aktywności ruchu samopomocowego, pojawiły się koncepcje nowych jednostek nozologicznych, dotyczących zarówno opisu osobowości, jak i rodzajów stresu. Mowa tu przede wszystkim o tzw. współzależnieniu i tzw. syndromie dorosłych dzieci alkoholików². Cermak (1986, 1991) twierdził, że współzależnienie jest zarówno cechą, jak i zaburzeniem osobowości, a przedstawione kryteria zjawiska opracował na wzór zgodny z podejściem zastosowanym w klasyfikacji DSM-III. W ślad za powstającymi opisami pojawiły się postulaty włączenia tzw. współzależnienia do klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych. Postulaty Cermaka nie zostały zrealizowane i tzw. współzależnienie nie figuruje ani w DSM-IV, ani w ICD-10. Do podstawowych powodów nieumieszczenia go na liście oficjalnych klasyfikacji zaliczyć trzeba trudności definicyjne dotyczące jednoznacznego określenia przytaczanych pojęć.

Podobne trudności pojawiły się przy opisach tzw. dorosłych dzieci alkoholików (DDA). Tym terminem określa się osoby dorosłe, które wzrastały w rodzinach alkoholowych. Wywiedzione z ruchu samopomocowego obserwacje wskazywały, że osoby te w życiu dorosłym przeżywają szereg trudności adaptacyjnych, zahamowania i lęki, których źródła wiązane są ze specyfiką wzrastania w dysfunkcyjnych rodzinach alkoholowych, z panującymi tam normami, podejmowanymi rolami psychologicznymi, zaburzeniami komunikacji itd. Podobnie jak w przypadku współzależnienia. Cermak postulował wprowadzenie osobowości określanej mianem syndromu DDA jako samoistnego zaburzenia osobowości do zrewidowanych wersji DSM-IV i ICD-10, jednak wniosek ten także nie znalazł uznania. W opisach podejmowanych przez autorów takich jak: Woititz (1983, wyd. pol. 1992), Węgscheider-Cruse (1989, wyd. pol. 2000), Bradshaw (1988, wyd. pol. 1994), Cermak i Rutzky (1994, wyd. pol. 1996) z tzw. syndromem DDA łączonych jest kilkadziesiąt (sic!) cech osobowości, co zostało poddane uzasadnionej krytyce. Zdaniem Burka i Shera (1988), gdyby pozostać na poziomie literatury samopomocowej etykieta dorosłego dziecka alkoholika oznacza „gwiazdozbiór” dysfunkcyjnych i patologicznych cech, podczas gdy badania wskazują, że pomimo wszystko większość dzieci pochodzących z rodzin alkoholowych zdaje się funkcjonować w miarę normalnie (jeśli przez pojęcie normy rozumieć zachowania, które są typowe dla

² Kilka słów komentarza na temat pisowni głównych pojęć stosowanych w tekście. W większości dotychczasowej literatury stosowane są określenia współzależnienie, dorosłe dzieci z rodzin alkoholowych, dorosłe dzieci z rodzin dysfunkcyjnych. Narzucona zasadami języka (zarówno polskiego, jak i angielskiego) pisownia skrótów wielkimi literami sugeruje, że mamy tutaj do czynienia z pełnoprawnymi jednostkami nozologicznym, wbrew naukowym ustaleniom, tudzież klasyfikacjom ICD-10 i DSM-IV. Wszystkie te terminy powinny być poprzedzane określeniem „tzw.” i winny być pisane małymi literami. Taka konsekwentna pisownia byłaby jednak bardzo niewygodna, dlatego w tekście zdecydowano się stosować skróty: DDA i DDD, aby podkreślić jednak ich umowność zawsze będą poprzedzane określeniem „tak zwane” (tzw.)

danego społeczeństwa). Lilienfeld i inni (2011) zaliczają wręcz tzw. syndrom dorosłych dzieci alkoholików do jednego z mitów współczesnej psychologii popularnej. Pomimo fundamentalnych trudności definicyjnych i zróżnicowanych wyników badań empirycznych zarówno koncepty tzw. współzależnienia, jak i tzw. DDA w obrębie leczenia odwykowego i ruchu samopomocowego mają status pełnoprawnych jednostek chorobowych; w placówkach tych pod takimi nazwami funkcjonują grupy terapeutyczne – jest to namacalny przykład rozbieżności między naukową teorią a psychologiczną praktyką. Z tego nurtu terapeutyczno-samopomocowego w ostatnich latach wyrasta nowy koncept tzw. dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych (stosowany w literaturze skrót: DDD), który to termin używany jest w odniesieniu do jednostek wzrastających w rodzinach z różnymi dysfunkcjami, innymi niż choroba alkoholowa (strukturalna bieda i bezrobocie, chroniczne choroby, hazard, przemoc etc.), a przeżywających różnorodne trudności w życiu dorosłym.

W zaprezentowanych w tekście badaniach poddano weryfikacji wskaźniki diagnostyczne łączone z syndromem tzw. DDD i stwierdzeniami Barnuma. Do diagnozy, zarówno w przypadku tzw. DDA, jak i tzw. DDD używa się na ogół tej samej listy kontrolnej, czyli zestawu twierdzeń dotyczących różnych objawów klinicznych, tyle że w drugim zastosowaniu tło alkoholowe w twierdzeniach zostało zastąpione opisem mechanizmów patologicznych na poziomie ogólnym. Rzecz w tym, iż owe listy kontrolne (stosowane zarówno w odniesieniu do tzw. DDA, jak i do tzw. DDD) nie są standaryzowanymi narzędziami psychologicznymi, a ich psychometryczne właściwości dotyczące rzetelności i trafności są nieznane. Ich przydatność w diagnozie klinicznej wydaje się mocno zróżnicowana. Dla psychologa klinicznego niektóre wskaźniki mogą być przydatne w procesie ustalania diagnozy indywidualnej, ale niektóre wydają się nadmiernie wieloznaczne, o niechlubnych walorach „barnumowskich”. To spostrzeżenie stanowiło inspirację do przeprowadzenia referowanych tutaj badań eksploracyjnych. Ze względu na to, że mechanizm określany mianem efektu Barnuma jest znany stosunkowo słabo, zostanie onponiżej opisany.

EFEKT BARNUMA

Zjawisko to po raz pierwszy zostało opisane przez Forera (1949), następnie przez Meehla (1956). Polega ono na obserwacji, że ludzie akceptują określone opisy osobowości jako trafne w odniesieniu do siebie, podczas, gdy w rzeczywistości są to opisy ogólne, niejednoznaczne, niejednokrotnie o podwójnym znaczeniu, ale powiązane z cechami społecznie pożądanymi, trudnymi z tego powodu do odrzucenia, co powoduje, że mają charakter opisów powszechnie akceptowanych. Nazwa *efekt Barnuma* (inne określenia: *efekt Forera* lub *efekt horoskopowy*) nawiązuje do postaci Phineasa Taylora Barnuma, słynnego XIX-wiecznego amerykańskiego showmana, organizatora głośnych wystaw z jednostkami zniekształconymi różnymi nieprawidłowościami rozwojowymi, twórcy koncepcji objazdowego cyrku, słynącego z niekonwencjonalnych pomysłów reklamowych, w których nierzadko uciekał się do blagi i mistyfikacji. P. T. Barnum kierował się zasadą, iż każdy odbiorca powinien znaleźć coś dla siebie. Efekt Barnuma nasila się, gdy osoba zainteresowana jest przekonana, że analizy zostały przygotowane specjalnie dla niej, ich źródłem jest autorytet, gdy podkreślane są głównie pozytywne cechy. Tzw. oświadczenia Barnuma to wieloznaczne określe-

nia, do klasycznego zestawu tych twierdzeń zalicza się zdania zamieszczone w aneksie nr 2. Takie konstrukcje zdaniowe często są używane w stawianiu horoskopów, stąd także określenie *efekt horoskopowy*. Innymi słowy, stwierdzenia Barnuma mają charakter niespecyficzny, praktycznie każdy może te zdania odnosić do siebie.

Problematyka wpływu efektu Barnuma na diagnozę psychologiczną była często podejmowana w licznych badaniach autorów zachodnich, które z braku miejsca nie są tutaj szerzej omawiane (Green, 1982; Handelsman, McLain, 1988; Beins, 1993; MacDonald, Standing, 2002; Wyman, Vyse, 2008; Christman i in., 2008). W polskiej literaturze bodaj jako pierwszy efekt Barnuma zasygnalizował Paluchowski (2001), w pracy późniejszej (Paluchowski, 2007) autor ujmuje zjawisko jako ogólny artefakt w komunikacji. Skutki otrzymywania informacji zwrotnej o wynikach badania psychologicznego analizuje Bąk (2009, 2010). Autorka wskazuje na niebezpieczeństwo nadinterpretowania informacji przez pacjentów (efekt Barnuma) i potencjalną zmianę zachowania zgodnie z mechanizmem samospełniającego się proroctwa. Podkreśla to znaczenie wiedzy o tych mechanizmach wśród psychologów pracujących z ludźmi. Margasiński (2009a, 2009b, 2010, 2011) dokonał przeglądu literatury wskazującej na niebezpieczeństwa pojawienia się efektu Barnuma w diagnozie zjawisk wiązanych z funkcjonowaniem rodzin alkoholowych takich jak tzw. współzależnienie, czy tzw. syndrom dorosłych dzieci alkoholików. Próbę systematyzacji badań nad efektem Barnuma w diagnozie kwestionariuszowej zamieścił w przeglądowym opracowaniu Fronczyk (2010). Autor wskazuje na cztery grupy czynników uwzględnianych w badaniach nad uwarunkowaniami efektu Barnuma, są to: właściwości fałszywych informacji zwrotnych, rzeczywiste i spostrzegane właściwości źródła informacji, nieracjonalność badanych i popełniane przez nich błędy poznawcze, cechy osobowości sprzyjające częstszej akceptacji fałszywych informacji zwrotnych.

ZAŁOŻENIA I CELE BADAŃ

Przedmiotem podjętych badań są diagnostyczne własności funkcjonujących w Internecie tzw. list kontrolnych DDD oraz własności pozycji *Kwestionariusza Barnuma*, którego polską wersję stanowi autorskie tłumaczenie pozycji barnumowskich stosowanych przez Forera.

Pierwszym celem przeprowadzonych badań eksploracyjnych jest ocena wartości diagnostycznej deskryptorów przypisywanych syndromowi tzw. DDD zamieszczanych w listach kontrolnych DDD w formie stwierdzeń, do których odnieść ma się badany, zaznaczając odpowiedni punkt na dołączonej skali. Ponieważ brakuje, jak wspomniano wcześniej, definicji syndromu DDD nie można ocenić trafności teoretycznej proponowanych list kontrolnych DDD. Dlatego też dla potrzeb tego badania wprowadzono pojęcie *specyficzności* stwierdzeń użytej w badaniu listy kontrolnej DDD. Ocenę wartości diagnostycznej deskryptorów przypisywanych syndromowi tzw. DDD zamieszczonych w analizowanej liście kontrolnej ukierunkowały następujące pytania badawcze: 1) czy w zakresie poszczególnych stwierdzeń występują różnice statystycznie istotne między grupą osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych, wyodrębnioną za pomocą *Kwestionariusza doświadczeń rodzinnych* a grupą porównawczą? Jeżeli tak, to 2) ile ich jest w analizowanej liście kontrolnej DDD i jakie to są stwierdzenia?

Przyjęto, że stwierdzenie jest specyficzne dla oznaczenia syndromu DDD jeżeli różnicuje na poziomie statystycznie istotnym grupę osób z rodzin dysfunkcyjnych i grupę porównawczą. Natomiast brak statystycznie istotnej różnicy dla poszczególnych pozycji listy kontrolnej DDD między grupą dysfunkcyjną a porównawczą będzie świadczyło, z założenia, o niespecyficzności danej pozycji. Zatem można by przyjąć, że pewną użyteczność diagnostyczną posiadałyby tylko te stwierdzenia, które są specyficzne w podanym powyżej rozumieniu.

Drugim celem podjętych badań była ocena poszczególnych pozycji *Kwestionariusza Barnuma* w wyodrębnionych grupach. Szczegółową analizę kierunkowały pytania: 1) jaka jest struktura odpowiedzi dla poszczególnych stwierdzeń *Kwestionariusza Barnuma*? 2) Czy w zakresie poszczególnych pozycji występują różnice statystycznie istotne między grupą osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych wyodrębnioną za pomocą *Kwestionariusza doświadczeń rodzinnych* a grupą porównawczą? Jeżeli tak, to 3) ile ich jest w analizowanym kwestionariuszu i jakie to są stwierdzenia?

Stwierdzenia barnumowskie, jak przytoczono wcześniej, to określone opisy cech osobowości mające charakter opisów powszechnie akceptowanych. Dla określenia tej własności stwierdzeń barnumowskich zastosowano nazwę „stwierdzenia uniwersalne”, zaś o ich uniwersalności miało świadczyć poparcie na poziomie powyżej 75% oraz brak statystycznie istotnej różnicy między wyodrębnionymi grupami. To ustalenie pozwoli określić ile i jakie pozycje *Kwestionariusza Barnuma* mają charakter stwierdzeń uniwersalnych i uznać je za sprzyjające pojawianiu się tego mechanizmu.

W podjętym badaniu empirycznym zrezygnowano ze stawiania hipotez ograniczając się do pytań badawczych (por. Nowak, 1985, s. 35–36), przyjęcie takiej perspektywy badawczej uzasadnia głównie brak teoretycznego zaplecza w postaci spójnego instrumentarium twierdzeń dotyczących syndromu DDD i brak standaryzowanych narzędzi; zadaniem jakie w badaniu tym postawiono jest rozpoznanie i próba oceny pewnego wycinka obszaru praktyki związanej z diagnostyką psychologiczną.

METODA

PRZEBIEG I ORGANIZACJA BADAŃ

Osobami badanymi byli studenci studiów stacjonarnych Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, badania przeprowadzono jesienią 2012 r. Studentów poinformowano, że uczestniczą w projekcie psychologicznym, którego celem jest stworzenie nowych kwestionariuszy osobowości (pod nazwą *Twoja Samoocena 1* i *Twoja Samoocena 2*, w rzeczywistości wypełniali *Kwestionariusz Barnuma* i *Kwestionariusz tzw. DDD*), dodatkowo zostali poproszeni o wypełnienie *Kwestionariusza doświadczeń rodzinnych*, który de facto służył do podziału badanych na dwie grupy: pochodzących z rodzin umownie określonych jako dysfunkcyjne i bez takich obciążeń (grupa porównawcza). Procedura wyodrębnienia grupy dysfunkcyjnej na podstawie samoopisu respondentów jest zasadniczo niewystarczająca i może budzić wątpliwości. Na temat funkcji rodziny istnieje obszerna literatura, na podstawie której można by określić kryteria dysfunkcjonalności danej rodziny. Wymagałoby to jednak zupełnie innych procedur i zaangażowanych środków. Niemniej tego typu model badawczy jest nierzadko stosowany, np. w badaniach amerykańskich.

skich poświęconych wyodrębnieniu tzw. dorosłych dzieci z rodzin alkoholowych, czy tzw. dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych, kiedy podział na grupy dokonywany jest na podstawie pytań kwestionariuszowych o charakterze samooceny (np. George, La Marr, Barrett, McKinnon, 1999) lub przy zastosowaniu prostego testu przesiewowego służącego do ewaluacji rodziców przez dzieci *Father/Mother Short Michigan Alcoholic Screening Test – SMAST* (Logue, Sher, Frensch, 1992). Nierzadko do przesiewu używane są skrócone do 5–6 pozycji wersje *Children of Alcoholics Screening Test (CAST)*, metaanalizę 98 badań opartych na takim schemacie badawczym i pojawiających się w związku niebezpieczeństw metodologicznych, zwłaszcza w sferze interpretacji, przeprowadzili Vail, Protinsky, Prouty (2000). W odniesieniu do rozpatrywanych problemów chciano jednak przeprowadzić *wstępne badanie rozpoznawcze*, a do takich celów przyporządkowanie na podstawie samoopisu osób badanych wydaje się wystarczające. Po wypełnieniu kwestionariuszy osoby badane poinformowano o właściwych celach badań.

ZASTOSOWANE NARZĘDZIA BADAWCZE

Jak zaznaczono na użytek badań skonstruowano 3 narzędzia: *Kwestionariusz doświadczeń rodzinnych*, *Kwestionariusz Barnuma* i *Kwestionariusz tzw. DDD*.

Kwestionariusz doświadczeń rodzinnych składał się z metryczki oraz 11 pytań dotyczących stopnia doświadczenia przez badanych różnych zaburzeń psychopatologicznych w ich rodzinach generacyjnych (alkoholizm, przemoc, bieda, bezrobocie, molestowanie seksualne) z 5-cio stopniową kafeterią odpowiedzi (*Zdecydowanie tak – Raczej tak – Nie wiem – Raczej nie – Zdecydowanie nie*). Odpowiedzi „*Raczej tak*” i „*Zdecydowanie tak*” na którekolwiek z pytań związanych z doświadczeniami psychopatologicznymi kwalifikowały badanych do grupy dysfunkcyjnej.

Kwestionariusz Barnuma zawierał 11 pozycji zastosowanych przez Forera (1949), por. Logue, Sher, Frensch (1992). Instrukcja informowała respondentów, iż kwestionariusz zawiera opis szeregu cech osobowości, a zadaniem osób badanych było zaznaczyć na ile pasują one do opisu ich osoby. W kafeterii odpowiedzi były tylko 3 możliwości: „*Tak – ? (Nie mam zdania) – Nie*”. Twierdzenia zastosowane w kwestionariuszu zawarte są w aneksie 2.

Kwestionariusz tzw. DDD oparto na funkcjonującej w Internecie liście kontrolnej. Na szeregu blogach, forach i portalach internetowych poświęconych pomocy terapeutycznej bądź samopomocy (np. www.super-zdrowo.pl; www.leczmy-alkoholizm.org;

www.przemiany.com.pl) funkcjonuje taki zestaw, praktycznie w jednakowym brzmieniu, co może wskazywać na jego powszechne stosowanie. Poszczególne 24 itemy sformułowano w taki sposób, aby możliwa była odpowiedź zawarta w formie kafeterii „*Tak – ? (Nie mam zdania) – Nie*”; całość poprzedzała instrukcja podkreślająca, że nie ma odpowiedzi dobrych lub złych, ale chodzi o wybór określonych cech osobowości, które są właściwe dla respondenta. Twierdzenia użyte w kwestionariuszu są zamieszczone w aneksie 1.

OSOBY BADANE

Na podstawie wyników uzyskanych w *Kwestionariuszu doświadczeń rodzinnych* spośród badanej grupy 112 studentów 79 osób zostało zakwalifikowanych do grupy

porównawczej (bez obciążeń rodzinnych), zaś 33 osoby do grupy dysfunkcyjnej (30 kobiet i 3 mężczyzn). W grupie dysfunkcyjnej znalazło się 76% osób wskazujących na problemy alkoholowe w rodzinie, 13% wskazywało na akty przemocowe, 11% na chroniczne bezrobocie jednego lub dwojki rodziców, nie było wskazań dotyczących biedy i molestowania seksualnego. Średnia wieku wyniosła 23,1 lat w grupie porównawczej i 24,2 w dysfunkcyjnej. Pod względem średniej wieku, rozkładu płci a także wykształcenia rodziców pomiędzy grupami nie było różnic istotnych statystycznie.

WYNIKI

SPECYFICZNOŚĆ DESKRYPTORÓW PRZYPISYWANYCH DDD

Przy wszystkich zastosowanych narzędziach wyższe nasilenie wartości średnich liczonych dla poszczególnych odpowiedzi w danej grupie wskazuje na mocniejszą akceptację danego twierdzenia przez osoby badane. Zastosowana w badaniu lista kontrolna DDD liczy 24 stwierdzenia, do których badani odnosili się zaznaczając odpowiedź na 3-stopniowej skali.

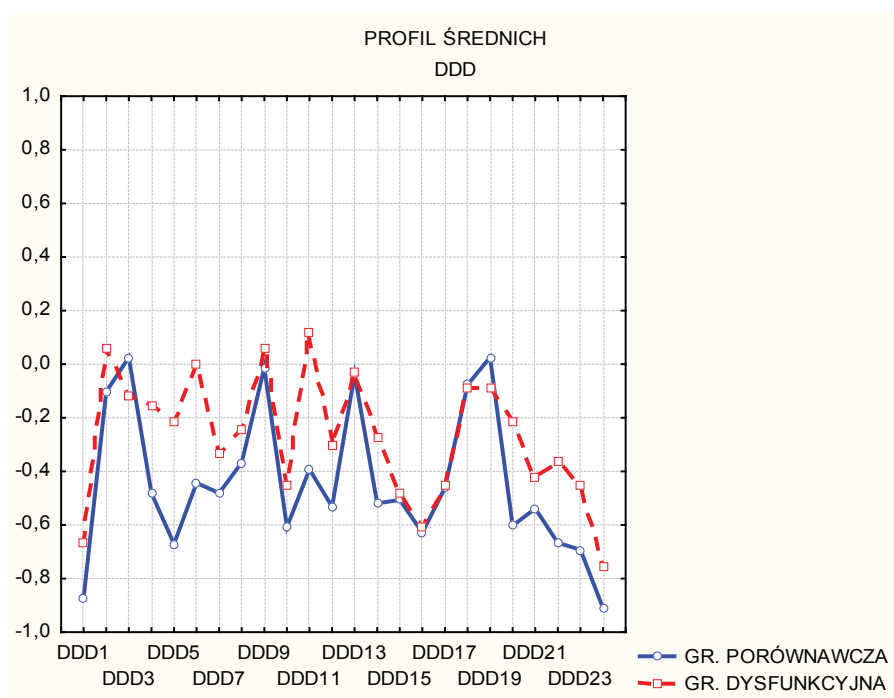
Tabela 1

Ocena różnic poziomu potwierdzeń pozycji listy kontrolnej DDD w grupie dysfunkcyjnej i porównawczej (test U Manna-Whitneya)

DDD	Suma rang Dysfunkcyjna	Suma rang Porównawcza	U
DDD1	1170,5	1040,5	479,5
DDD2	1097,5	1113,5	536,5
DDD3	1128	1083	522
DDD4	1255,5	955,5	394,5*
DDD5	1249	962	401*
DDD6	1160	985	424
DDD7	1177	1034	473
DDD8	1146	1065	504
DDD9	1132	1079	518
DDD10	1188	1023	462
DDD11	1232	979	418
DDD12	1167,5	1043,5	482,5
DDD13	1076,5	1134,5	515,5
DDD14	1197,5	1013,5	452,5
DDD15	1113,5	1097,5	536,5
DDD16	1136	1075	514
DDD17	1118	1093	532
DDD18	1131	1080	519
DDD19	1043	1168	482
DDD20	1221	990	429
DDD21	1190	1021	460
DDD22	1201,5	1009,5	448,5
DDD23	1140	1071	510
DDD24	1173	1038	477

Adnotacja. * $p < 0,05$.

W tabeli 1 przedstawione są wyniki porównań między grupą dysfunkcyjną a grupą porównawczą w zakresie poszczególnych pozycji listy kontrolnej tzw. DDD. W celach ilustracyjnych na wykresie 1 przedstawiono profile obu grup w zakresie pozycji *Kwestionariusza* tzw. DDD. Profile wykreślone są w oparciu o średnie odpowiedzi przy kodowaniu: „tak” – 1 pkt., „nie mam zdania” – 0 pkt., „nie” – -1 pkt.



Wykres 1. Profile średnich dla pozycji listy kontrolnej tzw. DDD w grupie dysfunkcyjnej i porównawczej.

Różnice statystycznie istotne na poziomie $p < 0,05$ obserwujemy jedynie w przypadku pozycji DDD4: *Na ogół oceniasz siebie bezlitośnie, masz poczucie małej wartości lub kompletnej bezwartościowości* oraz stwierdzenia DDD5: *Trudno ci się bawić i przeżywać radość, przeszkadza ci w tym stale napięcie*. Zatem tylko te pozycje można by rozpatrzyć jako ewentualnie specyficzne dla tzw. syndromu DDD. Jak widać dotyczą one niskiego poczucia wartości i poziomu wewnętrznego napięcia. Widoczne na wykresie większe różnice w zakresie pozycji DDD11: *Stale potrzebujesz uznania i afirmacji*, DDD20: *Żyjesz w izolacji od ludzi, nawet gdy jesteś pozornie wśród nich* oraz DDD24: *Uzależniasz się od alkoholu albo od uzależnionych partnerów, albo jedno i drugie*, są na poziomie tendencji statystycznej ($p < 0,10$). Można by je ewentualnie wziąć pod uwagę jako specyficzne deskryptory przy próbie stworzenia standaryzowanego narzędzia. Niemniej, uzyskane profile pokazują, że 22 pozycje nie różnicują grupy dysfunkcyjnej i porównawczej, tym samym nie mają charakteru specyficznych (w sensie wcześniej założonym) deskryptorów DDD.

Dodatkowo, jak wyraźnie widać na wykresie, wystąpiły niskie wyniki dla twierdzeń DDD w obydwu grupach, także w grupie dysfunkcyjnej, w której należałoby oczekiwać akceptacji wysokiej. Przy maksymalnym możliwym wyniku 24 pkt. i minimalnym -24 pkt. wynik średni w grupie dysfunkcyjnej jest równy -6,48 pkt., mediana wynosi -8 pkt., moda -13 pkt., a w grupie porównawczej wynik średni jest równy -11,15 pkt., mediana -12 pkt., moda -8 pkt.

ANALIZA STWIERDZEŃ BARNUMA

Każdemu stwierdzeniu *Kwestionariusza Barnuma* przyporządkowana była 3-stopniowa skala. Odpowiedź „tak” kodowano jako 1 pkt, oznacza ona wysoki stopień akceptacji dla treści stwierdzenia, odpowiedź „nie” oznacza brak akceptacji, kodowano jako -1 pkt., „nie mam zdania” pełniące rolę środka skali kodowano jako 0 pkt. W tabeli 2 przedstawiono procentowy rozkład wyników w całej badanej grupie, w grupie osób z rodzin dysfunkcyjnych i grupie porównawczej oraz statystyczną istotność różnic w obu tych grupach. Do oceny istotności różnic wykorzystano dwustronny test wskaźnika struktury.

Tabela 2

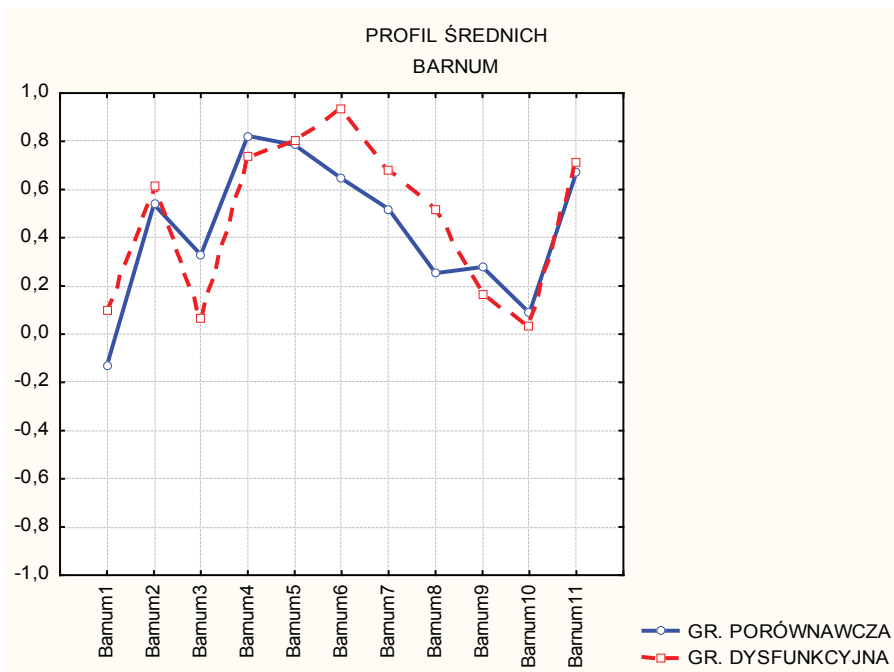
Uzyskane wyniki dla stwierdzeń Kwestionariusza Barnuma (N = 112)

Stwierdzenia Barnuma	Cała grupa	Dysfunkcyjna	Porównawcza	Różnica poziomu akceptacji
	%	%	%	%
B1: Masz wielką potrzebę być osobą lubianą i podziwianą	42,6	54,8	37,7	17,1
B2: Masz skłonności do bycia zbyt krytycznym względem siebie	77,1	80,6	75,6	5,0
B3: Masz wiele nie wykorzystanych zdolności, których nie zamieniłeś jeszcze w swoje zalety	50,9	41,9	54,4	-12,5
B4: Masz pewne wady osobowości, ale ogólnie możesz je równoważyć	85,5	80,6	87,3	-6,7
B5: Choć na zewnątrz wyglądasz na osobę zdyscyplinowaną i kontrolującą się, czasami w środku zamartwiasz się i przeżywasz niepokoje	88,2	90,3	87,3	3,0
B6: Czasami masz poważnie wątpliwości, czy podjęłaś słuszną decyzję	85,5	96,7	81,0	15,7*
B7: Na ogół wolisz różnorodność; stajesz się nieusatysfakcjonowana(-y) kiedy spotykasz się z ograniczeniami i restrykcjami	75,5	80,6	73,4	7,2
B8: Jesteś niezależna(-y) w myśleniu i nie akceptujesz oświadczeń innych bez zadowalającego dowodu	60,0	70,9	55,7	15,2
B9: Uważasz za niemądre zbyt odślaniać się przed innymi	57,3	54,8	58,2	-3,4
B10: Niektóre z twoich aspiracji bywają nierealne	48,2	41,9	50,6	-8,7
B11: Bezpieczeństwo jest jednym z twoich życiowych priorytetów	79,1	80,6	78,5	2,1

Adnotacja. Kolorem szarym oznaczone są pozycje, dla których poziom akceptacji w całej grupie jest wyższy niż 75%.

* $p < 0,05$.

W całej badanej grupie stwierdzenia B1 i B10 uzyskały wyniki niższe niż 50%. W wyodrębnionych grupach, dysfunkcyjnej i porównawczej, obserwujemy różnice wyników.



Wykres 2. Akceptacja dla stwierdzeń Barnuma w grupie dysfunkcyjnej ($n = 33$) i porównawczej $n = 79$).

Pozycje B3, B4, B9 i B10 mają niższe wyniki w grupie dysfunkcyjnej niż porównawczej, pozostałe siedem itemów ma w grupie dysfunkcyjnej wyższy poziom akceptacji (wykres 2), ale tylko jedna z różnic, dotycząca stwierdzenia B6 jest statystycznie istotna. Pozycja ta uzyskała w grupie dysfunkcyjnej wyższy wynik, choć w obu grupach jest ono wysoki (odpowiednio 96,7% i 81,0%). Poziom akceptacji powyżej 0,5 pkt obserwujemy dla sześciu stwierdzeń kwestionariusza: B2, B4, B5, B6, B7 i B11. Nasilenie pozytywnych wyborów dla tych pozycji, jak widać w tabeli 1, jest wyższe niż 75%. Ogólnie z profili widać, że poziom akceptacji dla poszczególnych stwierdzeń Barnuma jest zróżnicowany, ale poza pozycją B10 przekracza średnią 0 pkt, czyli środek skali. W grupie dysfunkcyjnej wszystkie stwierdzenia uzyskały średnią większą od 0 pkt., w grupie porównawczej średnią niższą niż 0 pkt. obserwujemy tylko dla stwierdzenia B10. Sześć z jedenastu stwierdzeń użytego w badaniu *Kwestionariusza Barnuma* uzyskało wyniki na poziomie wyższym niż 75% w całej badanej grupie. Osoby badane z grupy dysfunkcyjnej i porównawczej różniły się poziomem akceptacji dla twierdzeń Barnuma, ale tylko dla jednej

pozycji różnica ta jest statystycznie istotna ($p < 0,05$), jest to item (B6) dla którego zaobserwowano w całej grupie wysoki poziom akceptacji (85,5% odpowiedzi „tak”). Grupa dysfunkcyjna i porównawcza nie różnią się liczbą stwierdzeń o stopniu akceptacji powyżej 0,5 pkt. Zatem jako uniwersalne według przyjętych założeń można uznać 5 pozycji *Kwestionariusza Barnuma*: B2, B4, B5, B7, B11. Pozycja B6 posiada co prawda poparcie w obu grupach powyżej 75%, ale różnicuje grupę dysfunkcyjną i porównawczą, zatem nie spełnia przyjętego warunku uniwersalności. Wskazane pozycje oznaczone są w tabeli 2. kolorem ciemnoszarym.

PODSUMOWANIE I Dyskusja

Efekt Barnuma jest stosunkowo prostym, ale silnym mechanizmem psychologicznym. Przeprowadzone badania na próbce polskiej potwierdzają wysoki poziom utożsamiania się badanych z twierdzeniami Barnuma (6 z 11 stwierdzeń uzyskało akceptację na poziomie wyższym niż 75%, tylko dwa z nich na poziomie niższym niż 50%). Poziom akceptacji dla stwierdzeń Barnuma różni się w grupie dysfunkcyjnej i porównawczej na poziomie statystycznie istotnym tylko dla jednej pozycji. W sumie pięć pozycji z analizowanego *Kwestionariusza Barnuma* ma charakter uniwersalny dla populacji młodych ludzi (reprezentowanej przez badaną grupę) i twierdzenia te powinny być eliminowane zarówno w procesie diagnostycznym, jak i przy konstruowaniu narzędzi pomiarowych. Zastosowane w pracy kryteria uniwersalności były dość wygórowane, przy ewentualnym tworzeniu nowych narzędzi ostrożność nakazywałaby zastosować ten wniosek do wszystkich pozostałych twierdzeń Barnuma. Cytowane w artykule badania wskazują na szerokie występowanie efektu Barnuma. W tym kontekście obszar psychologicznej diagnozy jawi się jako pole szczególnie wrażliwe. Budowa nowych „twardych” testów psychologicznych to żmudne (nierzadko wieloletnie) zmaganie się z psychometrycznymi wymaganiami dotyczącymi różnych rodzajów trafności i rzetelności. Procedury te, spełnianie kryteriów trafności i rzetelności, same w sobie winny eliminować możliwość pojawienia się efektu Barnuma. W tym kontekście świadomość tego mechanizmu może być pomocna na etapie wstępnego doboru itemów, przy selekcji specyficznych i niespecyficznych (barnumowskich) twierdzeń.

Zgoła inaczej sytuacja przedstawia się w obszarze społecznych patologii i towarzyszącej im pomocy psychologicznej. Doniesienia terapeutyczne z tych doświadczeń stanowią awangardę w opisie nowych zjawisk i mechanizmów psychologicznych. Wszak nie wszystkie jednostkowe doniesienia wytrzymują próbę czasu i stają się opisami mechanizmów uniwersalnych. Spopularyzowane w ostatnich 20-30 latach zjawiska takie jak tzw. syndrom dorosłych dzieci alkoholików (DDA), tzw. współzależnienie, tzw. syndrom dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych (DDD) nie są jednostkami nozologicznymi figurującymi w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-IV. Budzą one szereg wątpliwości definicyjnych, co implikuje trudności diagnostyczne i badawcze. W odniesieniu do tych obszarów widać dramatyczny brak rzetelnych narzędzi diagnostycznych. Życie wszak nie znosi próżni, w ich miejsce pojawiły się różnego rodzaju „listy kontrolne”, multiplikowane w dobie Internetu. Ze względu na to, że te powszechnie dostępne listy kontrolne DDA/DDD nie są standardowymi narzędziami diagnozy psychologicznej, klinicyści muszą być świa-

domi ich ograniczeń. Jak pokazały przeprowadzone badania 22 z 24 pozycji omawianego narzędzia stosowanego do diagnozy tzw. DDD nie ma charakteru specyficznych deskryptorów, a przeprowadzana na ich podstawie diagnoza może mieć wszelkie cechy artefaktu. Nie trzeba dodawać, że niebezpieczeństwo to może być szczególnie nasilone przy autodiagnozie dokonywanej przez pacjentów/czytelników/internautów. Profesjonalni diagnostycy muszą być tego świadomi, wręcz należałoby przestrzegać czytelników i pacjentów przed stosowaniem tych list. Podobną ostrożność należy zachować zalecając klientom biblioterapię czy edukację poprzez różne portale internetowe, które z reguły operują zestawami wskaźników powtarzanymi za popularną psychologiczną literaturą samopomocową. Klinicysta z elementarnym wykształceniem psychometrycznym zauważy, że brakuje tutaj jakichkolwiek norm, popularne poradniki zazwyczaj nie zadają sobie trudu odniesienia się do tej kwestii. Na ogół pojawia się tam sformułowanie typu: Jeśli stwierdzasz u siebie występowanie cech z poniższej listy, to najprawdopodobniej masz objawy współzależnienia, jesteś DDD (czy DDA) itp. Autodiagnoza, z którą zgłasza się klient może być pułapką autosugestii lub dużym uproszczeniem. Diagnoza kliniczna powinna różnicować specyfikę objawów przypisywanych danemu syndromowi ze wskaźnikami np. uogólnionego stresu, osobowości typu D, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, zaburzeń uwagi, uzależnień czy, po prostu, oświadczeniami Barnuma.

Trzeba także wskazać ograniczenia przeprowadzonych badań. W przeprowadzonych analizach zasadniczo nie odnoszono się do nozologicznego statusu tzw. syndromu DDD, lecz jedynie podjęte zostały kwestie diagnozy tego zjawiska poprzez stosowaną w internecie listę kontrolną. Przeprowadzono badania wstępne, na grupach wyłonionych na podstawie samoopisu respondentów. Posłużył do tego *Kwestionariusz doświadczeń rodzinnych*, który sam w sobie nie jest narzędziem standaryzowanym. Do tak pomyślanych badań o charakterze eksploracyjnym jego zastosowanie okazało się wystarczające, pozwolił on na wyodrębnienie dwóch grup, a wyniki pomiędzy grupami okazały się różnicujące, co uzasadnia przyjęty podział. Niemniej, nie można twierdzić, że tak wyodrębniona grupa dysfunkcyjna spełnia właściwe kryteria związane z rodzinami dysfunkcyjnymi, zatem konieczne byłoby powtórzenie badań na rzeczywistych grupach klinicznych wyodrębnionych np. w placówkach służby zdrowia prowadzących psychoterapię, z pewnością powinna być przeprowadzona dalsza weryfikacja zarówno twierdzeń z listy kontrolnej tzw. DDD, jak i twierdzeń barnumowskich na innych, zróżnicowanych i większych grupach badawczych.

BIBLIOGRAFIA

- Bąk, O. (2009). Poznawcze, emocjonalne i behawioralne skutki otrzymania informacji zwrotnej o wynikach badania psychologicznego. W: K. Janowski, J. Gierus (red.), *Człowiek chory. Aspekty biopsychospołeczne*, t. 1, (s. 63–76). Lublin: Wydawnictwo Drukarnia Best Print s.c.
- Bąk, O. (2010). Wybrane uwarunkowania reakcji pacjenta na otrzymywane wyniki badania psychologicznego. W: B. Jacennik (red.), *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia* (s. 117–132). Warszawa: VizjaPress&IT.

- Beins, B. C. (1993). Using the Barnum Effect to teach about ethics and deception in research. *Teaching of Psychology*, 20, 33–35.
- Bell, J. (1995). Co-dependency: A critical review: Comment. *Drug and Alcohol Review*, 14, 240–241.
- Będkowska-Korpała, B., Ryniak, J. (2008). Współzależnienie jako zaburzenie adaptacji –perspektywa diagnozy klinicznej. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 6, 11–15.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*. Warszawa: IPZiT.
- Burk, J. P., Sher, K. J. (1988). The “forgotten children” revisited: Neglected areas of COA research. *Clinical Psychology Review*, 8, 285–302.
- Cermak, T. L. (1986). Diagnostic criteria for codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18, 15–20.
- Cermak, T. L. (1991). Co-addiction as a disease. *Psychiatric Annals*, 21, 266–272.
- Cermak, T. L., Rutzky, J. (1996). *Czas uzdrowić swoje życie*. Warszawa: PARPA.
- Chiazzi, E. J., Liljegren, S. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 303–316.
- Christman, S. D, Hennig, B. R, Geers, A. L, Propper, R. E, Niebauer, C. L. (2008). Mixed-handed persons are more easily persuaded and are more gullible: Interhemispheric interaction and belief updating. *Laterality*, 13, 403–426.
- Forer, B. R. (1949). The fallacy of personal validation: A classroom demonstration of gullibility. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44, 118–123.
- Frank, P. B., Golden, G. K. (1992). Blaming by naming: Battered women and the epidemic of codependence. *Social Work*, 37, 5–6.
- Fronczyk, K. (2010). Efekt Barnuma – jedno z zagrożeń procesu komunikowania informacji zwrotnych osobom badanym w diagnozie psychologicznej. W: B. Jaccennik (red.), *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia* (s. 117–132). Warszawa: VizjaPress&IT.
- Fuller, J. A., Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social & General Psychology Monographs*, 126, 5–23.
- George, W. H., La Marr, J., Barrett, K., McKinnon, T. (1999). Alcoholic parentage, self-labeling, and endorsement of ACOA-codependent traits. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13, 39–48.
- Green, C. J. (1982) The diagnostic accuracy and utility of MMPI and MCMI computer interpretive reports. *Journal of Personality Assessment*, 46, 359–365.
- Haaken, J. (1993). From Al-Anon to ACOA: Codependence and the reconstruction of caregiving. *Journal of Women in Culture and Society*, 18, 321–345.
- Handelsman, M. M., McLain, J. (1988). The Barnum Effect in couples: Effects of intimacy, involvement, and sex on acceptance of generalized personality feedback. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 430–434.
- Inclan, J., Hernandez, M., (1992) Cross-cultural perspectives and codependence: The case of poor Hispanics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 245–255.
- Kwon, S-Y. (2001). Codependence and interdependence: Cross-cultural reappraisal of boundaries and relationality. *Pastoral Psychology*, 50, 1, 39–52.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., Beyerstein, B. L. (2011). *50 wielkich mitów psychologii popularnej*. Warszawa: Wydawnictwo CiS.

- Logue, M. B., Sher, K. J., Frensch, P. A. (1992). Purported characteristics of adult children of alcoholics: A possible "Barnum Effect". *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 226–232.
- MacDonald, D.J., Standing, L.G. (2002) Does self-serving bias cancel the Barnum effect? *Social Behavior and Personality*, 30, 625–630.
- Mannion, L. (1991). Codependency: A case of inflation. *Employee Assistance Quarterly*, 7, 67–81.
- Margasiński, A. (2009a). Koncept DDA – efekt Barnuma? *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 3, 13–18;
- Margasiński, A. (2009b). Koncept DDA – efekt Barnuma? (cz. 2). *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 4, 20–24.
- Margasiński, A. (2010). *Rodzina alkoholowa z uzależnionym w leczeniu*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Margasiński, A. (2011). Popularna literatura samopomocowa a ryzyko efektu Barnuma i fałszywych autodiagnoz. *Kultura i Edukacja*, 3, 7–25.
- Martin, A. L., Piazza, N. J. (1995). Codependency in women: Personality disorder or popular descriptive term? *Journal of Mental Health Counseling*, 17, 428–440.
- Meehl, P. E. (1956). Wanted – A good cookbook. *American Psychologist*, 11, 263–272.
- Nowak, S. (1985). *Metodologia badań społecznych*. Warszawa: PWN.
- O’Gorman, P. (1993). Codependency explored: A social movement in search of definition and treatment. *Psychiatric Quarterly*, 64, 199–212.
- Paluchowski, W. (2001). *Diagnoza psychologiczna. Podejście ilościowe i jakościowe*. Warszawa: Scholar.
- Paluchowski, W. (2007). *Diagnoza psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Sagadyn, L. (1996). Nerwica czy życie z alkoholikiem ? *Świat Problemów*, 1-2, 17–21.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Vail, M. O., Protinsky, H., Prouty, A. (2000). Sampling issues in research on adult children of alcoholics: adolescence and beyond. *Adolescence*, 35, 113–119.
- Van Wormer, K. (1989). Codependency: Implications for women and therapy. *Women and Therapy*, 8, 51–63.
- Wegscheider-Cruse, S. (2000). *Nowa szansa. Nadzieja dla rodziny alkoholowej*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Woititz, J. G. (1992). *Doroste dzieci alkoholików*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości.
- Windle, M., Searles, J. S. (1990). *Children of alcoholics: Critical perspectives*. New York: Guilford Press.
- Wyman, A. J., Vyse, S. (2008) Science versus the stars: A double-blind test of the validity of the NEO Five-Factor Inventory and computer-generated astrological natal charts. *The Journal of General Psychology*, 135, 287–300.

Aneks 1. Zastosowana w badaniu lista itemów do kwestionariusza diagnozy tzw. dorosłych dzieci z rodzin dysfunkcyjnych opracowana na podstawie literatury i portali internetowych

1. Często masz trudności z określeniem tego, co jest normalne, musisz zgadywać.
2. Masz trudności w przeprowadzeniu swych zamiarów od początku do końca.
3. Zdarza się, że kłamiesz choć możesz mówić prawdę.
4. Na ogół oceniasz siebie bezlitośnie, ma poczucie małej wartości lub kompletnej bezwartościowości. 5. Trudno ci bawić się i przeżywać radość, przeszkadza ci w tym stale napięcie.
6. Traktujesz siebie strasznie poważnie.
7. Trudno ci nawiązać intymne stosunki.
8. Boi się odrzucenia, ale często sam odrzuca.
9. Przesadnie reagujesz na zmiany, nad którymi nie masz kontroli.
10. Czujesz się inny, masz poczucie że nikt nie przeżywa takich problemów jak ty.
11. Stale potrzebujesz uznania i afirmacji.
12. Albo jesteś nadmiernie odpowiedzialny, albo nadmiernie nieodpowiedzialny.
13. Jesteś lojalny do ostateczności nawet w obliczu dowodów na nielojalność wobec innych osób.
14. Domagasz się natychmiastowego zaspokojenia zachcianek.
15. Automatycznie poddajesz się sytuacji, zamiast rozważyć inne możliwości.
16. Szukasz napięć i kryzysów, a potem skarżysz się na nie.
17. Unikasz konfliktów lub je zaostrzasz, rzadko je rozwiązujesz.
18. Boisz się niepowodzeń, ale sabotujesz własne sukcesy.
19. Boisz się krytyki, ale sam krytykujesz i osądzasz.
20. Żyjesz w izolacji od ludzi, nawet gdy jesteś pozornie wśród nich.
21. Czujesz się winny, ilekroć stajesz lub chciałbyś stanąć w obronie własnych praw.
22. W chwilach, gdy wszystko układa się dobrze, ogarnia cię dezorientacja i „nuda”, czekasz aż coś się stanie.
Porządni, spokojni, czuli partnerzy są nieciekawi i porzucani.
23. Reagujesz głównie na to, co robią inni, zatracając własne JA.
24. Uzależniasz się od alkoholu albo od uzależnionych partnerów albo jedno i drugie.

Aneks 2. Zastosowana w badaniu lista itemów składających się z twierdzeń Barnumowskich

1. Masz wielką potrzebę być osobą lubianą i podziwianą.
2. Masz skłonności do bycia zbyt krytyczną wobec siebie.
3. Masz wiele niewykorzystanych zdolności, których nie zamieniłaś jeszcze w swoje zalety.
4. Masz pewne wady osobowości, ale ogólnie możesz je równoważyć.
5. Choć na zewnątrz wyglądasz na osobę zdyscyplinowaną i kontrolującą się, czasami w środku zamartwiasz się i przeżywasz niepokoje.
6. Czasami masz poważne wątpliwości czy podjęłaś słuszną decyzję.
7. Na ogół wolisz różnorodności; stajesz się nieusatysfakcjonowana kiedy spotykasz się z ograniczeniami i restrykcjami.
8. Jesteś niezależna w myśleniu i nie akceptujesz oświadczeń innych bez zadowalającego dowodu.
9. Uważasz za niemądre zbyt otwierać się przed innymi.
10. Niektóre z twoich aspiracji bywają nierealne.
11. Bezpieczeństwo jest jednym z twoich życiowych priorytetów.