

## CECHY OSOBOWOŚCI DOROSŁYCH CÓREK I SYNÓW ALKOHOLIKÓW (DDA) LECZONYCH W PZP

**Konstantinos Tsirigotis<sup>1</sup>, Wojciech Gruszczyński<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Poradnia Zdrowia Psychicznego  
Przychodni Lekarzy Specjalistów „ESKULAP” w Wieluniu

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii WAM w Łodzi

### WSTĘP

W domach, w których występuje problem alkoholowy z powodu przykrych wydarzeń związanych z samym nadużywaniem alkoholu przez rodzica (smutek, wstyd, cierpienie) lub z powodu doznanej przemocy fizycznej bądź psychicznej a nawet molestowania seksualnego, dzieci stosują pewne strategie „psychologicznego przetrwania”. Najczęściej wymienia się następujące typowe strategie przetrwania: bohater rodzinny, kozioł ofiarny (wyrzutek), wspomagacz (dziecko-rodzic), maskotka (błazen) i zagubione dziecko (dziecko we mgle, aniołek, niewidoczne dziecko) (23, 24). Życie tych dzieci obfituje w przykre wydarzenia i sytuacje trudne, nie tylko obciążające, lecz często również przeciążające możliwości ich mechanizmów przystosowawczych (17, 6, 14, 25).

Aktualnie dość rozpowszechnione jest stanowisko, głoszące o interakcji czynników genetycznych i osobowościowych (tj. wewnątrzosobowych), i środowiskowych (oraz właściwości danej substancji psychoaktywnej), ponieważ ujawnienie się genetycznej predyspozycji do uzależnienia od alkoholu nie może nastąpić bez wyuczenia się zachowania, jakim jest spożywanie alkoholu (21).

Z całą pewnością dysfunkcja rodzinna w dzieciństwie może wyrzucić niekorzystny wpływ na późniejsze doświadczenia życiowe i na przystosowanie; u DDA występuje mniejsze zadowolenie z życia i poczucie mniejszej kontroli (11).

W ramach realizacji programów otwartego leczenia zaburzeń lękowych i nadużywania substancji psychoaktywnych okazało się, że 40% to DDA; w obu grupach DDA byli młodszy, z głębszym współzależnieniem i w młodszym wieku mieli pierwszy kontakt z leczeniem psychiatrycznym niż pozostali pacjenci. Wśród nich na zaburzenia lękowe cierpiało więcej kobiet DDA niż mężczyzn.

Niektórzy autorzy uważają, że MMPI może być przydatny w wykrywaniu dorosłych, którzy w dzieciństwie padli ofiarą molestowania seksualnego bądź innego, lub mieli za opiekunów alkoholików (7).

Pacjentki poradni terapii behawioralnej, które były ofiarami molestowania fizycznego i/lub seksualnego w badaniu za pomocą MMPI, różniły się od pacjentek, które nie doznały takich urazów pod względem ogólnych (globalnych) wskaźników psychopatologii oraz w skalach F, K, L, 4 (Pd, Psychopatii), 7 (Pt, Psychastenii) i 8 (Sc, Schizofrenii). Osoby, które doznały molestowania, doznały również innego typu urazów: były świadkami przemocy w rodzinie, nadużywania alkoholu przez rodziców oraz ich rozwodu (5).

W badaniach żon alkoholików za pomocą MMPI okazało się, że ich profil jest wysoki, a najwyższe w nim skale to 3 (Hy, Histerii), 2 (D, Depresji) i 1 (Hd, Hipochondrii), najbardziej zaś charakterystyczne ich cechy osobowości to bierność, zależność i brak pewności siebie. Poza tym kobiety te zawarły ślub niejednokrotnie (1).

U kobiet DDA, w porównaniu z kobietami nie będącymi DDA, stwierdzono głębszą depresję i niższą samoocenę; relacjonowały one również mniejsze wsparcie społeczne, mniejszą spójność rodziny, mniejsze zadowolenie z małżeństwa oraz więcej konfliktów małżeńskich. Odczuwały również intensywniej distres związany z pełnieniem roli rodzica, i większą bezsilność w zakresie kontroli zachowania swoich dzieci. Dorosłe córki alkoholików piły bardziej po to, żeby poradzić sobie np. ze stresem. Pomimo stwierdzonych różnic, kobiety DDA funkcjonowały w granicach normy (4). Depresję i niższą samoocenę u DDA stwierdzono również w innych badaniach (8). Stwierdzono również u nich większą nieufność i dysfunkcje seksualne (3). U dorosłych córek alkoholików często występują zaburzenia somatyzacyjne (2).

Wg niektórych badaczy, w literaturze są doniesienia o problemach w przystosowaniu DDA, lecz badania empiryczne nie popierają jednoznacznie tego stanowiska; poza tym widzą oni konieczność przeprowadzenia dalszych badań zwłaszcza nad różnicami wynikającymi z przynależności do płci (13). Należy dodać, że badania takie powinny objąć również populację DDA korzystających z fachowej pomocy psychologicznej i/lub psychiatrycznej, tj. leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Celem pracy niniejszej było zbadanie cech osobowości i głębokości możliwej psychopatologii u dorosłych dzieci alkoholików (DDA), leczonych ambulatoryjnie w Poradni Zdrowia Psychicznego, w aspekcie różnic tych cech u kobiet i u mężczyzn.

## MATERIAŁ I METODA

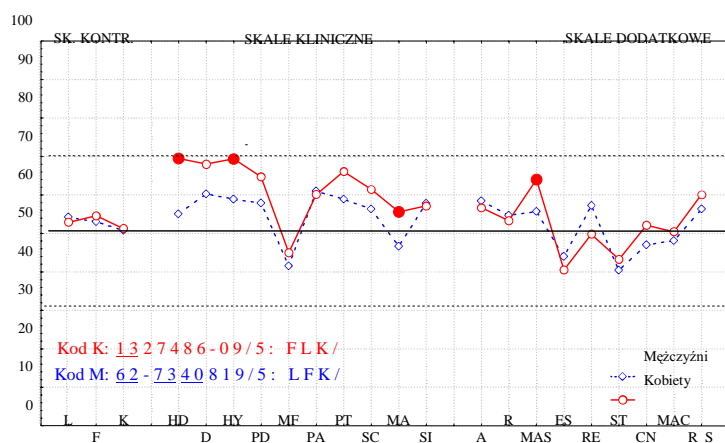
W celu zrealizowania postawionych celów badawczych, zbadano 56 pacjentów (38 kobiet i 18 mężczyzn) Poradni Zdrowia Psychicznego w wieku 25-45 l. (śr. w.: 30,5 l.), za pomocą polskiej wersji kwestionariusza MMPI (12, 19, 20, 18, 16), korzystających ze specjalistycznej pomocy psychologicznej (w niektórych przypadkach również psychiatrycznej) w Poradni Zdrowia Psychicznego z powodu różnych problemów i zaburzeń, z wyłączeniem zaburzeń psychotycznych, organicznych i uzależnień.

Dane ilościowe uzyskane w wyniku tych badań poddano analizie statystycznej za pomocą komputerowego pakietu statystycznego *Statistica PL 5.1 for Windows* (22).

### WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

W pracy niniejszej, jak już wspomniano, postanowiono porównać wyniki uzyskane przez kobiety i przez mężczyzn. Porównanie tych wyników przedstawione jest w tab. 1 i na ryc. 1.

Jak widać na ryc. 1, profile osobowości różnią się. Kod profilu kobiet DDA leczonych w PZP: 1327486-09/5: FLK/.



Ryc.1. Profile osobowości w MMPI, DDA leczonych w PZP.

**TABELA 1**  
Porównanie średnich wyników ( $\pm$  odch. st.) w skalach MMPI, DDA leczonych w PZP.

SKALA	ŚREDN. K	ODCH. ST. K	SREDN. M	ODCH. ST. M	t	p
1. Hd	69,47	12,52	55,00	14,12	2,74	0,01
3. Hy	69,37	9,51	58,89	10,36	2,65	0,01
7. Pt	66,11	7,77	58,89	11,24	1,98	0,05
9. Ma	55,58	7,75	46,67	10,69	2,51	0,01
MAS	63,95	6,64	55,67	7,47	2,96	0,006
HEA	64,63	13,30	52,56	11,00	2,36	0,02
ORG	62,47	9,25	49,00	9,75	3,54	0,001
FEM	54,74	7,16	42,33	7,52	4,22	0,0002
PHO	59,11	7,35	51,33	11,11	2,21	0,03
Hy3	65,79	8,69	58,33	8,03	2,17	0,03
Hy4	65,74	8,00	55,78	10,07	2,83	0,008
PD1	57,58	8,21	50,67	7,47	2,14	0,04
MF3	58,26	6,91	44,11	10,62	4,25	0,000

SKALA	ŚREDN. K	ODCH. ST. K	SREDN. M	ODCH. ST. M	t	p
Sc2C	59,95	7,66	52,22	8,67	2,39	0,02
Sc3	57,53	7,78	50,56	6,98	2,28	0,03
Ma2	55,68	8,23	45,78	12,02	2,56	0,01
Użalanie się	71,05	11,16	58,56	13,54	2,59	0,01
Przecenian.	62,32	7,11	53,56	8,32	2,88	0,007
Zal. Społ.	72,47	10,12	61,44	12,76	2,48	0,02
Uleg.-Zal.	71,58	9,25	62,67	11,98	2,17	0,03
Agr.-Sad.	60,53	6,75	54,00	7,78	2,28	0,03
Goldberg 1	147,58	15,83	109,11	23,63	5,08	0,00001
Neur. Obr.	49,58	6,19	44,11	5,71	2,23	0,03
AHI	62,32	7,11	53,56	8,32	2,88	0,007
NS	72,11	10,62	60,56	13,74	2,45	0,02
SI	148,74	39,94	103,56	44,18	2,70	0,01
EM	66,74	7,70	57,22	8,00	3,02	0,005
GM	68,58	9,56	59,44	7,06	2,55	0,01

W zasadzie profil kobiet prawie niczym się nie różni od profilu całej grupy (kod grupy: 321746-809/5: FLK/), z wyjątkiem ledwo zarysowującej się „dolinki konwersyjnej” (Hd>D<Hy), co może sugerować większe nasilenie objawów konwersyjnych u kobiet. Podobieństwo takie może wynikać z faktu, iż w grupie badanych osób, kobiety stanowiły zdecydowaną większość. W tym miejscu należałoby zaznaczyć, iż z praktyki wynika, że więcej kobiet w ogóle zgłasza się po pomoc specjalistyczną.

Inny natomiast jest profil mężczyzn, kod którego jest następujący:

6 2 - 7 3 4 0 8 1 9 / 5 : L F K /.

Ogólnie można zauważyć, że jest on niższy, a w odróżnieniu od profilu całej grupy jak i od profilu kobiet, najwyższa w nim jest skala Pa (Paranoi).

Różnice w wysokości profili mogą wynikać z faktu, że kobiety dłużej znoszą dyskomfort psychiczny i zgłaszają się po pomoc specjalistyczną po dłuższym okresie, gdy dolegliwości są bardzo dokuczliwe, a tym samym zaburzenia są głębsze; chyba że pojawiające się zaburzenia i dolegliwości, od razu mają większą intensywność niż u mężczyzn. Niższy profil u mężczyzn może oznaczać, że zgłaszają się oni po pomoc o wiele wcześniej niż kobiety, gdy zaburzenia i dolegliwości nie osiągnęły jeszcze takiej głębokości, co sugerowałoby z kolei, że nie mogą oni długo znieść dyskomfortu psychicznego. Do wcześniejszej charakterystyki całej grupy, w odniesieniu do mężczyzn należałoby dodać bunt, wrogość, niezbyt dobre stosunki z otoczeniem i nadmierną sensytywność, związaną ze skalą Pa (Paranoi). W literaturze przedmiotu typ 26/62 najczęściej jest powiązany z uczuciem wrogości, przygnębienia i zmęczenia (10, 16).

Porównując wyniki uzyskane przez kobiety z wynikami mężczyzn, stwierdzono wiele różnic statystycznie istotnych; ponieważ profil podgrupy kobiet jest wyższy, w tym aspekcie będą przedstawione implikacje stwierdzonych różnic.

Spśród wskaźników Goldberga stwierdzono, że kobiety uzyskały wyniki istotnie wyższe niż mężczyźni w pierwszym wskaźniku, co może oznaczać, że w tej grupie

jest większa psychopatologia, za czym przemawia również różnica we wskaźniku SI (Odchylenie Profilu) (15, 16).

Spośród skal klinicznych, istotne statystycznie różnice stwierdzono w skali Hd (Hipochondrii), Pt (Psychastenii) i Ma (Hipomanii), w których kobiety uzyskały wyniki wyższe. Różnice w skali Hd (Hipochondrii) świadczą o większym niepokoju kobiet, związanym ze sprawnością biologiczną swego organizmu oraz o większej liczbie zgłaszanych dolegliwości. Wyniki w skali Hy (Histerii) wskazują na większe nasilenie objawów konwersyjnych u kobiet, co jest często związane z objawami fizycznymi (por. Hd i „dolinka konwersyjna”). Różnice w skali Pt (Psychastenii) wskazują na większy niepokój i większy dyskomfort psychiczny odczuwany przez kobiety; bardziej skarżą się na zmęczenie i wyczerpanie. Różnice w skali Ma (Hipomanii) sugerują, że kobiety wykazują więcej energii, są bardziej aktywne, lecz mogą mieć też większe problemy z kontrolowaniem emocji (drażliwość, złość, agresja, przygnębienie, depresja). Mężczyźni natomiast są bierniejsi, pozbawieni energii, nadmierne kontrolują siebie (12, 19, 20, 18, 16).

Spośród skal dodatkowych, kobiety uzyskały wyniki istotnie wyższe w skali MAS (Jawnego Niepokoju), co oznacza, że są one bardziej skłonne do reagowania lękiem na wiele sytuacji, mają poczucie małej kontroli nad wydarzeniami, silna jest u nich komponenta fizjologiczna lęku w sytuacjach trudnych (por. Hd, Hy i „dolinka konwersyjna”).

Spośród skal Wigginsa, stwierdzono różnice istotne statystycznie w skalach HEA (Kłopotów ze zdrowiem), ORG (Objawów organicznych), FEM (Zainteresowań kobiecych) i PHO (Fobii), w których kobiety uzyskały wyniki wyższe. Różnice w skali HEA (Kłopotów ze zdrowiem) oznaczają, że kobiety są bardziej zaniepokojone swoim zdrowiem i zgłaszają więcej skarg somatycznych; podobne są implikacje wyników w skali ORG (Objawów organicznych): kobiety zgłaszają więcej dolegliwości i objawów organicznych (por. Hd, Hy, „dolinka konwersyjna”, MAS). Wyniki w skali FEM (Zainteresowań kobiecych) można uznać za zgodne z oczekiwaniami, jako że oznaczają, iż kobiety wykazują większe zainteresowania kobiece. Różnice w skali PHO (Fobii) sugerują, że kobiety odczuwają z większym nasileniem lęk (por. MAS) a nawet fobie (16).

Spośród podskal skal klinicznych kobiety uzyskały istotnie wyższe wyniki w podskali Hy3 (Zmęczenie, złe samopoczucie), Hy4 (Skargi somatyczne), Pd1 (Konflikty rodzinne), MF3 (Zaprzeczenie stereotypowym zainteresowaniom męskim), Sc2C (Utrata panowania ego w sferze kontroli), Sc3 (Dziwaczne doznania sensoryczne) i Ma2 (Pobudzenie psychomotoryczne).

Z różnicy wyników w podskali Hy3 (Zmęczenie, złe samopoczucie) można wywnioskować, że kobiety w większym stopniu odczuwają osłabienie i wyczerpanie, mają poczucie choroby. Różnice w podskali Hy4 (Skargi somatyczne) sugerują, że kobiety zgłaszają więcej dolegliwości somatycznych, organicznych (por. Hd, Hy, „Dolinka konwersyjna”, MAS, HEA, ORG). Wyniki w podskali Pd1 (Konflikty rodzinne) świadczą o tym, że kobiety częściej opisują swój dom i atmosferę w nim jako skrajnie nieprzyjemną, uważają, że nie mogły znaleźć w nim oparcia i miłości (por. procent diagnostycznych odpowiedzi dot. konfliktów rodzinnych, tab. 1). Różnice wyników w podskali MF3 (Zaprzeczenie stereotypowym zainteresowaniom męskim) oznaczają, zgodnie z oczekiwaniami, że kobiety wykazują mniejsze zainteresowanie sprawami,

tradycyjnie uważanymi za męskie (por. FEM). Wyniki w podskali Sc2C (Utrata panowania ego w sferze kontroli) świadczą o większym lęku przez kobiety odczuwanym z powodu poczucia braku kontroli nad własnymi emocjami i impulsami. Różnice wyników w podskali Sc3 (Dziwaczne doznania sensoryczne) oznaczają, że kobiety częściej relacjonują odczuwanie dziwacznych doznań sensorycznych, co może być związane z większą liczbą i większą intensywnością odczuwanych przez nie dolegliwości somatycznych (por. Hd, Hy, „dolinka konwersyjna”, MAS, HEA, ORG, Hy4). Wyniki w podskali Ma2 (Pobudzenie psychomotoryczne) świadczą o tym, że u kobiet występuje większe przyspieszanie mowy, procesów myślowych i aktywności ruchowej oraz większa labilność nastrojów (9, 16).

Spośród wskaźników Diamonda, różnice istotne statystycznie stwierdzono w trzech przypadkach: *Użalanie się nad sobą*, *Przecenianie własnej wartości* i *Zależność Społeczna*. Różnice w *Użalaniu się nad sobą* świadczą o tym, że kobiety wykazują większą nieporadność, poszukują pomocy i zainteresowania ze strony otoczenia. Wyniki w *Przecenianiu własnej wartości* oznaczają, że u kobiet w większym stopniu występuje neurotyczna autoekspansja, tj. podkreślanie własnej osoby i raczej nieuzasadnione zadowolenie z siebie. Różnice w *Zależności Społecznej* wskazują na to, iż kobiety wykazują większą zależność emocjonalną i społeczną oraz tendencje do podporządkowywania się.

Stwierdzono również różnice istotne statystycznie we dwóch wskaźnikach interpersonalnych Leary'ego: *Uległo-Zależny* i *Agresywno-Sadystyczny* styl funkcjonowania interpersonalnego. Różnice w *Uległo-Zależnym* stylu funkcjonowania interpersonalnego przemawiają za tym, że kobiety w większym stopniu „zawieszają się” emocjonalnie na innych, okazują uległość i słabość, żeby otrzymać pomoc (por. *Zależność Społeczna*). Wyniki w *Agresywno-Sadystycznym* stylu świadczą o tym, że kobiety odczuwają intensywniej złość i wrogość.

Spośród wskaźników Pancheri'ego, kobiety uzyskały istotnie wyższy wynik w *Neurotycznych Mechanizmach Obronnych*, co oznacza, że stosują je one w większym stopniu.

Istotnie wyższe wyniki uzyskały kobiety również we wskaźnikach AHI (Aktywna Wrogość), NS (Neurotyzm), EM (Niedojrzałość Emocjonalna) i GM (Ogólne Nieprzystosowanie); zatem większe jest u nich nasilenie okazywanej aktywnej wrogości, neurotyzmu, niedojrzałości emocjonalnej oraz ogólnego nieprzystosowania (16).

Reasumując stwierdzone różnice pomiędzy wynikami uzyskanymi przez kobiety a wynikami mężczyzn DDA leczonych w PZP można stwierdzić, że w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym kobiet DDA występuje więcej objawów psychopatologii.

Kobiety odczuwają i zgłaszają więcej dolegliwości i objawów somatycznych (vegetatywnych i konwersyjnych) stąd silniejszy jest u nich lęk uogólniony, „zgeneralizowany” oraz niepokój o swoje zdrowie fizyczne a po części psychiczne; większa jest również u nich gotowość do reagowania lękiem. Wraz z tymi dolegliwościami występuje u nich w większy dyskomfort psychiczny oraz poczucie zmęczenia i wyczerpania. Silniejsze u nich jest również poczucie choroby.

Wykazują więcej energii, są aktywniejsze, lecz mogą mieć też większe problemy z kontrolowaniem emocji i z labilnością nastrojów (m.in. drażliwość, złość, agresja-

przygnębienie, depresja), z czym jest związane poczucie braku kontroli nad własnymi emocjami i impulsami; mężczyźni natomiast są bierniejsi, pozbawieni energii, nadmierne kontrolują siebie.

Kobiety częściej opisują swój dom i atmosferę w nim jako skrajnie nieprzyjemną, uważają, że nie mogły znaleźć w nim oparcia i miłości. Mają poczucie małej kontroli nad wydarzeniami, wykazują większą nieporadność, poszukują pomocy i zainteresowania ze strony otoczenia; wykazują większą zależność emocjonalną i społeczną oraz tendencje do podporządkowywania się, w większym stopniu „zawieszają się” emocjonalnie na innych, okazują uległość i słabość, żeby otrzymać pomoc. W związku z tymi problemami odczuwają intensywniej złość i wrogość i stosują neurotyczne mechanizmy obrony.

Powyższe upoważniają do stwierdzenia, iż u kobiet DDA, z większym nasileniem występuje ogólne nieprzystosowanie psychiczne.

Warto zaznaczyć, iż w obu podgrupach występuje różnicująca je silna identyfikacja ze społecznym stereotypem pełnienia ról związanych z płcią; kobiety wykazują o wiele większe zainteresowania kobiece a mniejsze zainteresowanie sprawami, tradycyjnie uważanymi za męskie, a mężczyźni odwrotnie.

Z całą pewnością praca ta nie wyczerpuje bogactwa i różnorodności osobowościowych aspektów DDA, dlatego wskazane jest prowadzenie dalszych badań, zwłaszcza w aspekcie psychologii różnicowej płci, a nie tylko psychopatologii.

## WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonych w tej pracy badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków dotyczących psychologicznego funkcjonowania dorosłych córek i dorosłych synów alkoholików, leczonych w PZP:

1. Kobiety częściej zgłaszają się po pomoc specjalistyczną, psychologiczną i/lub psychiatryczną.
2. Średni profil kobiet w MMPI jest wyższy niż u mężczyzn, co może sugerować, że występuje u nich większe nieprzystosowanie.
3. U kobiet najważniejsze zaburzenia to lęk, depresja, somatyzacja i konwersja, natomiast u mężczyzn to bunt, wrogość i niezbyt dobre stosunki z otoczeniem.

## STRESZCZENIE

Dysfunkcja rodzinna w dzieciństwie może wyrzucić niekorzystny wpływ na późniejsze doświadczenia życiowe i na przystosowanie człowieka, a wg niektórych koncepcji, typ zaburzeń jest związany z płcią.

W związku z tym, celem pracy niniejszej jest zbadanie cech osobowości i głębokości możliwej psychopatologii u dorosłych dzieci alkoholików (DDA), leczonych ambulatoryjnie w Poradni Zdrowia Psychicznego, w aspekcie różnic tych cech u kobiet i u mężczyzn. W celu zrealizowania postawionych celów badawczych, zbadano 56 pacjentów (38 kobiet i 18 mężczyzn) Poradni Zdrowia Psychicznego w wieku 25-45 l., za pomocą polskiej wersji kwestionariusza MMPI, korzystających ze specjalistycznej

pomocy psychologicznej (w niektórych przypadkach również psychiatrycznej) w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Kod profilu kobiet DDA leczonych w PZP to: 13 2 7 4 8 6 – 0 9 / 5 : F L K /, mężczyzn zaś jest następujący: 6 2 - 7 3 4 0 8 1 9 / 5 : L F K /.

Ogólnie można zauważyć, że profil mężczyzn jest niższy, a w odróżnieniu od profilu kobiet, najwyższa w nim jest skala Pa; w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym kobiet DDA występuje więcej objawów psychopatologii w zakresie lęku i objawów somatycznych. Z praktyki wynika, że więcej kobiet w ogóle zgłasza się po pomoc specjalistyczną.

**Słowa kluczowe:** DDA, osobowość, MMPI, mężczyźni, kobiety.

### PIŚMIENNICTWO

1. Avila E.J.J., Ledesma J.A. (1990): *The personality of wives of alcoholic patients*, (w): Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr. Cienc. Afines, 18, 355-63.
2. Cloninger C.R., Bohman M., Sigrardsson S., von Knorring A.L. (1985): *Psychopathology in adopted-out children of alcoholics: The Stockholm Adaptation Study*, (w): Galanter M. (ed.): *Recent developments in alcoholism*, Plenum Press, NY.
3. Currier K.D., Aponte J.F. (1991): *Sexual dysfunction in female adult children of alcoholics*, (w): Int. J. Addict., 26, 195-201.
4. Domenic D., Windle M. (1993): *Intrapersonal and interpersonal functioning among middle-aged female adult children of alcoholics*, (w): J. Consult. Clin. Psychol., 61, 659-66.
5. Engels M.L., Moisan D., Harris R. (1994): *MMPI indices of childhood trauma among 110 female outpatients*, (w): J. Pers. Assess., 63, 135-47.
6. Forward S. (1994): *Toksyczni rodzice*, Warszawa, Santorski & Co.
7. Goldwater L., Duffy J.F. (1990): *Use of the MMPI to uncover histories of childhood abuse in adult female psychiatric patients*, (w): J. Clin. Psychol., 46, 392-8.
8. Gondolf E.W., Ackerman R.J. (1993): *Validity and reliability of an "Adult Children of Alcoholics" Index*, (w): Int. J. Addict., 257-69.
9. Graham J.R. (1984a): *Podskale skal klinicznych*, (w): Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, Warszawa, PTPsychol., Część I, 46-60.
10. Graham J.R. (1984b): *Profile*, (w): Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, Warszawa, PTPsychol., Część I, 118-153.
11. Hall C.W., Bolen L.M., Webster R.E. (1994): *Adjustment issues with adult children of alcoholics*, (w): J. Clin. Psychol., 50, 786-92.
12. Hathaway S.R., McKinley J.C. (1984): *MMPI. Podręcznik*, (w): Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, Warszawa, PTPsychol., Część I, 28-45.
13. Hill E.M., Ross L.T., Mudd S.A., Blow F.C. (1997): *Adulthood functioning: the joint effects of parental alcoholism, gender and childhood socio-economic stress*, (w): Addiction, 92, 583-96.
14. Lipowska-Teutsch A. (1995): *Rodzina a przemoc*, Warszawa, PARPA

15. Matkowski M. (1985): *Wskaźniki Goldberga i ich wykorzystanie do diagnozy różnicowej*, (w): Paluchowski W.J.(red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, PTPsychol., Warszawa, część III, 48-52.
16. Matkowski M. (1992): *MMPI. Badanie-Opracowanie-Interpretacja*, PTiRO, Poznań
17. Mellody P. (1993): *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współzależnienia*, Warszawa, Santorski & Co.
18. Paluchowski W. J. (1984): *Fragmenty raportów etapowych: Przygotowanie kwestionariusza MMPI*, (w): Paluchowski W. J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, PTPsychol., Warszawa, Część I, 12-20.
19. Płużek Z. (1971): *Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej*, Lublin, KUL.
20. Sanocki W. (1981): *Kwestionariusze osobowości w Psychologii*, Warszawa, PWN
21. Searls J. (1988): *The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism*, (w): Journal of Abnormal Psychology, 97, 153-67.
22. StatSoft Polska (1997): *Statistica PL*, Kraków.
23. Strzemieczny J. (red.) (1994): *Zanim spróbujesz. Program profilaktyki uzależnień dla uczniów*, Warszawa, PARPA
24. Sztander W. (1995): *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa, PARPA.
25. Sztander W. (1996): *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa, PARPA.