

PROFIL OSOBOWOŚCI W MMPI DOROSŁYCH DZIECI ALKOHOLIKÓW (DDA), LECZONYCH W PZP

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński²

¹Poradnia Zdrowia Psychicznego
Przychodni Lekarzy Specjalistów „ESKULAP” w Wieluniu
²Katedra i Klinika Psychiatrii WAM w Łodzi

MMPI PERSONALITY PROFILE OF ACOAS - OUTPATIENTS OF MENTAL HEALTH CLINIC.

ABSTRACT –The life of children living in families with alcohol problem is full of unpleasant events and situations not just straining but quite often too straining for the abilities of their adaptation mechanisms. This is why the aim of this work was to examine personality traits and the severity of possible psychopathology of adult children of alcoholics (ACOAs), outpatients of Mental Health Clinic.

In order to achieve the research aims, 56 outpatients of Mental Health Clinic, aged 24-45, (38 females and 18 males), were examined with the use of the Polish version of MMPI; the patients were undergoing specialised psychological (and, in some cases, also psychiatric) therapy in Mental Health Clinic. The profile code of the examined outpatients is as follows:

3 2 1 7 4 6 – 8 0 9 / 5 : F L K /.

As it can be seen from the profile and the code, the highest scores were achieved by the outpatients in the Hy (3), D (2) and Hd (1) scales; the lowest in the MF (5) and Ma (9) scales. From such configuration we can draw an assumption that the problems and/or disorders of examined outpatients lie rather in the area of functional, neurotic disorders. The profiles of the examined ACOAs were mostly similar to the prototype profiles of people abusing or addicted to alcohol and drugs. This similarity occurs although the outpatients had no problems with alcohol or other psychoactive substances; this similarity means that in the personality structure of ACOAs there exist traits similar to those of alcohol abusing parents (although the ACOAs examined did not have alcohol problems).

Key words: ACOAs, personality, MMPI.

WSTĘP

Życie dzieci w rodzinach, w których występuje problem alkoholowy, obfituje w przykre wydarzenia i sytuacje trudne nie tylko obciążające, lecz często również przeciążające możliwości ich mechanizmów przystosowawczych (25, 7, 21, 38).

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 te 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).

Bohater rodzinny to najczęściej najstarsze dziecko, które rezygnuje z ważnych, osobistych celów życiowych, by godzić rodziców, kształcić młodsze rodzeństwo (kosztem własnego awansu zawodowego), nakładać na siebie rozliczne obciążenia, by inni mieli lżej. Kozioł ofiarny (wyrzutek), jest to dziecko szczególnie narażone na niszczącą grę „To przez ciebie” i odpowiadające na to niepokornym buntem, prowadzącym w stronę marginesu społecznego; poszukuje aprobaty i oparcia w grupach rówieśniczych nastawionych antyspołecznie. Wspomagacz (dziecko-rodzic) to dziecko najbliższe wzoru współuzależnienia, które przyjmuje postawę opiekuńczą wobec osoby pijącej, a którego głównym zadaniem jest chronić alkoholika przed przykrymi skutkami picia, przez co nieświadomie sprzyja rozwojowi choroby, a nie otrzeźwieniu człowieka. Maskotka (błazen) to ktoś przymilny, uroczy, sprawnie rozładowujący napięcia rodzinne przez właściwe wypowiedziany dowcip lub właściwe „rozbrojenie” taty czy mamy; dramat maskotki polega na tym, że nikt jej nie traktuje poważnie, zatracą granicę między serio a żartem. Zagubione dziecko (dziecko we mgle, aniołek, niewidoczne dziecko) to ktoś, kogo właściwie nie ma, to dziecko wycofane w świat swoich fantazji, w swój kącik, w którym go w ogóle nie widać; takie dzieci nie sprawiają żadnych kłopotów wychowawczych, lecz występuje u nich postępująca atrofia umiejętności kontaktu i współżycia z innymi ludźmi (36, 37). Warto zauważyć, że w tej kolejności mniej więcej występują te role u kolejnego dziecka.

Poza przykrymi wydarzeniami życiowymi i nieprzyjemnymi emocjami, osoby uzależnione od alkoholu mogą przekazywać swoim dzieciom pewne skłonności (biologiczne i psychologiczne) do nadużywania substancji psychoaktywnych. Mianowicie, istnieje koncepcja głosząca, że ludzie mogą być również narażeni na nadużywanie substancji psychoaktywnych ze względu na biologiczną podatność przekazywaną drogą genetyczną. Wystąpienie uzależnienia od alkoholu jest czterokrotnie bardziej prawdopodobne u potomstwa rodziców od niego uzależnionych; powyższa prawidłowość występuje nawet wtedy, kiedy biologiczne dzieci osób uzależnionych od alkoholu są adoptowane przez rodziny nieuzależnione. Ponadto, wśród dzieci, których biologiczni rodzice nie są uzależnieni od alkoholu, nie obserwuje się częstszego występowania uzależnienia po adopcji do domów, w których przybrani rodzice są uzależnieni od alkoholu. Podwyższone ryzyko uzależnienia wynikałoby zatem z biologicznej konstrukcji osoby, a nie z oddziaływań środowiskowych. Nie wiadomo, w jaki sposób czynniki biologiczne mogą zwiększać prawdopodobieństwo czyjegoś uzależnienia. Być może wiele przypadków nadużywania substancji psychoaktywnych stanowi formę samoleczenia: osoba urodzona z dysfunkcją dotyczącą neuroprzekazywania może w pewnym momencie odkryć, że substancje psychoaktywne kompensują ten jej defekt biologiczny (9, 10, 34).

Z powodu niedociągnięć metodologicznych wielu badań, postanowiono przeprowadzić podłużne badania, trwające od kilkunastu do kilkudziesięciu lat, których początek przypadł na przełomie lat 1930 – 1940. Przez wiele lat poddawano badaniom

psychologicznym i prześlędzono losy dwóch wielkich grup mężczyzn: 252 dobrze wówczas zapowiadających się studentów oraz 331 mężczyzn, niejako z przeciwległego bieguna, ze slumsów. Badania rozpoczęto stosunkowo wcześnie, kiedy jeszcze nie stwierdzano u tych osób uzależnienia od alkoholu i trwały (lub trwają) do początków starości. Z pierwszej grupy, 30 osób (ok. 12%) a z drugiej grupy 71 osób (ok. 21%) w pewnym momencie zaczęło nadużywać alkoholu. Usiłowano sprawdzić, co różniło osoby, u których pojawił się problem alkoholowy od tych, u których on się nie pojawił; nie stwierdzono cech tzw. osobowości „alkoholowej”. Ci, którzy nadużywali, różnili się od reszty tylko pod dwoma względami: w ich rodzinach było więcej alkoholików i ich przodkowie pochodzili głównie z Europy Północnej (zwłaszcza z Irlandii); zatem jedyną wspólną cechą występującą u alkoholików przed powstaniem u nich choroby alkoholowej byłaby niebezpieczna podatność na alkohol (40, 1, 3, 34). W innej pracy usiłowano odpowiedzieć na pytanie, czy na podstawie wyników w narzędziach służących do badania osobowości uzyskanych w wieku 20 l., można przewidzieć późniejsze powstanie nadużywania lub uzależnienia od alkoholu, w wieku 30 l. Wyniki w niej uzyskane popierają stanowisko głoszące, że poza osobowością antyspołeczną, trudno jest stwierdzić jednoznacznie profil osobowości związany z ryzykiem powstania nadużywania lub uzależnienia od alkoholu (31).

Wyniki aktualnie prowadzonych badań wskazują, że uzależnienie od alkoholu powstaje w wyniku interakcji czynników genetycznych, osobowościowych i środowiskowych (w tym właściwości substancji psychoaktywnej), ponieważ ujawnienie się genetycznej predyspozycji do uzależnienia od alkoholu nie może nastąpić bez wyuczenia się zachowania, jakim jest spożywanie alkoholu (32).

Z całą pewnością dysfunkcja rodzinna w dzieciństwie może wywrzeć niekorzystny wpływ na późniejsze doświadczenia życiowe i na przystosowanie; u DDA występuje mniejsze zadowolenie z życia i poczucie mniejszej kontroli (14).

Proporcja DDA w szpitalach psychiatrycznych jest większa niż w populacji ogólnej, a najczęściej rozpoznaje się u nich nadużywanie substancji psychoaktywnych i zaburzenia lękowe; poza tym średnia ich wieku jest niższa (4, 39). 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 współuzależnieniem i w młodszym wieku mieli pierwszy kontakt z leczeniem psychiatrycznym niż pozostali pacjenci. Wśród nich na zaburzenia lękowe cierpiało więcej kobiet DDA niż mężczyzn. Autorzy dochodzą do wniosku, że podatność na zaburzenia lękowe i na alkoholizm zazębiają się (5). Ponadto u DDA lęk jako stan i jako cecha ma większe nasilenie (24).

Studenci DDA, w porównaniu ze studentami nie DDA, relacjonują więcej problemów dotyczących lęku związanego z relacjami interpersonalnymi, depresji i konfliktów rodzinnych, lecz nie w zakresie osiągnięć akademickich (17).

Skale badające impulsywność i zachowania antyspołeczne w MMPI-2 różnicują DDA, które piją raz w tygodniu, od DDA, które nie piją (2). Czynnikiem różnicującym czarnych studentów DDA od czarnych studentów nie będących DDA to ilość spożywanego alkoholu (29).

W badaniach synów alkoholików za pomocą MMPI stwierdzono, że ich wyniki, w porównaniu z wynikami synów niealkoholików, różniły się istotnie w zakresie

wszystkich 10 klinicznych skal oraz w 7 z 13 skal Wigginsa; wyniki te oznaczają, że nadużywanie alkoholu przez rodziców jest związane z podwyższeniem profilu w MMPI dobrze funkcjonujących synów osób nadużywających alkohol (19).

Zbadano alkoholików (pochodzących z rodzin, w których występował alkoholizm) i ich synów w wieku 10-15 l. oraz odpowiednio dobraną grupę kontrolną (m.in. za pomocą MMPI); nie stwierdzono cech psychopatologii ani „skrajnych” typów osobowości. Stwierdzono natomiast większe nasilenie zachowań kompulsywnych, brak pewności siebie, lęk oraz przygnębienie i tendencje do izolacji (41).

Wg niektórych badaczy u DDA występują podobne kliniczne cechy do cech osób, które wychowały się w rodzinach z innego typu dysfunkcyjnością (6). Dorośli pacjenci (klienci) poszukujący pomocy w uniwersyteckim ośrodku poradnictwa zostali zbadani za pomocą MMPI. Analiza wyników osób z rodzin, w których miało miejsce molestowanie seksualne, fizyczne bądź emocjonalne znęcanie się lub alkoholizm, wykazała istotnie podwyższone wyniki w skali F, Ogólnej Psychopatologii, 2 (D, Depresji), 4 (Pd, Psychopatii), 7 (Pt, Psychastenii), 8 (Sc, Schizofrenii) i 0 (Si, Introwersji Towarzyskiej). Dorośli zatem, którzy wychowali się w rodzinach dysfunkcyjnych, wykazali cechy psychopatologii w MMPI (13).

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 (8).

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 (16). 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 natężenia ew. psychopatologii u dorosłych dzieci alkoholików (DDA), leczonych ambulatoryjnie w Poradni Zdrowia Psychicznego.

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 (15, 28, 26, 23), korzystających ze specjalistycznej pomocy psychologicznej (w niektórych przypadkach również psychiatrycznej) w Poradni Zdrowia Psychicznego z powodu szerokiego spektrum 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* (35).

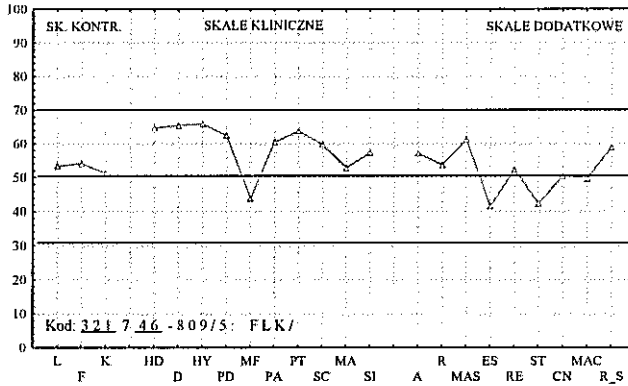
WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Wyniki badań przeprowadzonych za pomocą MMPI, DDA leczonych w Poradni Zdrowia Psychicznego są przedstawione w tab. 1 i ryc. 1.

Profil badanych osób nie nosi cech sur-dys-symulacji (wysokość i konfiguracja skal kontrolnych, wskaźnik Gougha), jest raczej wysoki, negatywny, opadający, wskazujący na zaburzenia raczej nerwicowe niż psychotyczne, na co wskazują również wskaźniki Goldberga (Gldb 1: profil dewiacyjny, Gldb 2: profil psychiatryczny, Gldb 3: profil nerwicowy); kod profilu jest następujący: 3 2 1 7 4 6 – 8 0 9 / 5 : F L K / (33, 22, 20, 23).

TABELA 1
Wyniki w skalach MMPI, DDA leczonych w PZP.

SKALA	ŚREDNIA	ODCH. ST.
L	53,32	12,54
F	54,07	7,23
K	51,11	8,70
1. Hd	64,82	14,53
2. D	65,50	12,31
3. Hy	66,00	10,81
4. PD	62,50	10,23
5. MF	43,89	9,30
6. Pa	60,39	9,39
7. Pt	63,79	9,46
8. Sc	59,79	8,34
9. Ma	52,71	9,58
0. SI	57,36	9,32
A	57,25	7,78
R	53,71	12,10
MAS	61,29	7,84
ES	41,61	11,21
Re	52,18	10,48
St	42,32	11,63
Cn	50,46	12,22
MAC	49,68	10,97
R-S	58,86	7,89
Wsk. Gougha	4,71	5,66
Wsk. Goldberga 1	135,04	25,74
Wsk. Goldberga 2	-0,79	21,93
Wsk. Goldberga 3	41,89	16,34
Konflikty Rodz.	60,71%	–
Postawa Antyosp.	24,43%	–
Stres zw. z Alkh.	24,82%	–



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

Jak wynika z profilu i z kodu, najwyższe wyniki uzyskały osoby badane w skali Hy (3, Hysterii), D (2, Depresji) i Hd (1, Hipochondrii), najniższe zaś w skali MF (5, Męskości-Kobiecości) i Ma (9, Hipomanii). W grupie skal dodatkowych, najwyższe wyniki uzyskały one w skali MAS (Jawnego Niepokoju), R-S (Wypierania-Nadwrażliwości) i A (Lęku).

Z takiej konfiguracji skal można wywnioskować, że problemy i/lub dolegliwości osób badanych leżą raczej w kręgu zaburzeń czynnościowych, nerwicowych.

W literaturze przedmiotu kody wysokopunktowe 23/32, 12/21, 13/31, 27/72 (najwyższe skale w profilu badanej grupy) mają swoją charakterystykę z wieloma podobnymi cechami. Profil 23/32 występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn; osoby badane odczuwają napięcie, zamartwianie się, przygnębienie, wyczerpanie. Występuje u nich skrajna kontrola, mają one trudności z wyrażaniem swoich emocji, zaprzeczają nieakceptowanym impulsom. Osobom tym brak wglądu we własne zachowania i odmawiają przyjęcia psychologicznych wyjaśnień swych problemów. Główne dolegliwości osób o profilu 12/21 to liczne skargi somatyczne i ból (głównie ze strony układu trawiennego) oraz silna koncentracja na funkcjonowaniu własnego ciała. Osoby o takim profilu również odrzucają próby powiązania tych objawów z czynnikami emocjonalnymi i psychologicznymi. W profilu 13/31, który również występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn, występują klasyczne objawy konwersyjne. U tych osób stwierdza się nadmierną kontrolę, ważne dla nich jest zachowanie w społecznie akceptowany sposób i dlatego swoje negatywne emocje wyrażają głównie w pasywnej, pośredniej formie. One również wykazują niechęć do zaakceptowania psychologicznego podłoża objawów. Osoby o profilu 27/72 odczuwają napięcie, niepokój, wiele dolegliwości somatycznych, zamartwiają się nadmiernie, snują pesymistyczne rozmyślenia, brak im poczucia bezpieczeństwa (11, 23). Niskie wyniki w skali MF (Męskości-Kobiecości) sugerują, że osoby badane identyfikują się ze społecznym stereotypem pełnienia ról związanych z płcią w sposób silny, a nawet skrajny. Na uwagę zasługuje też fakt, iż stosunki rodzinne, osoby badane odbierają jako obfitujące w konflikty (średnio 60,71% diagnostycznych odpowiedzi z tego obszaru) (15, 28, 30, 26, 23).

Wyniki osób badanych w skali MAS (Jawnego Niepokoju) sugerują, że mają one gotowość do reagowania lękiem na wiele sytuacji, mają poczucie słabej kontroli nad

wydarzeniami; w sytuacjach trudnych może pojawić się u nich silna komponenta fizjologiczna lęku (por. kod profilu, zwłaszcza sk. Hd) (23).

Wyniki w skali A (Lęku) sygnalizują podobne problemy osób badanych w funkcjonowaniu intrapsychoicznym i interpersonalnym, a zwłaszcza w sytuacjach społecznych, w których mogą one czuć się niepewnie (12, 23).

Wyniki w skali R-S (Wypierania-Nadwrażliwości) oznaczają, że osoby badane stosują mechanizm uwrażliwienia, są w stanie ciągłej gotowości (18, 23). Niskie wyniki w skali St (Statusu Społecznego) sugerują niski napęd życiowy, zwłaszcza w kierunku poprawy swej sytuacji życiowej (27, 23).

Niskie wyniki w skali ES (Siły Ego) wskazują na gorsze przystosowanie psychologiczne osób badanych oraz na niskie zasoby psychologiczne (23).

Porównując profile badanych DDA szukających pomocy specjalistycznej w PZP do profili grup prototypowych stwierdzono, że w większości były podobne do prototypowych profili osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu (71%, R-Cohena: od 0,67 do 0,93); na drugim miejscu były profile podobne do prototypowych profili osób uzależnionych od narkotyków (18%, R-Cohena: od 0,59 do 0,71). Na ostatnim miejscu pod względem częstości występowania były profile podobne do prototypowych profili pacjentów somatycznych (zawały serca, nowotwory itp., 11%). Podobieństwo to występuje, mimo że pacjenci nie mieli problemu z alkoholem czy innymi substancjami psychoaktywnymi. Podobieństwo takie oznacza, że w strukturze osobowości DDA istnieją cechy podobne do nadużywających alkoholu rodziców; abstrahując od koncepcji o przekazywanej genetycznie biologicznej podatności na alkoholizm (w swej istocie fatalistycznej), można założyć, że wychowując się „pod opieką” takiego rodzica, DDA przejmują od niego pewne wzorce osobowościowe, wzorce funkcjonowania intrapsychoicznego czy interpersonalnego.

Reasumując charakterystykę profilu osobowości DDA leczonych w PZP, w MMPI można stwierdzić, że problemy i/lub dolegliwości osób badanych leżą raczej w kręgu zaburzeń czynnościowych, nerwicowych. Osoby badane odczuwają napięcie, zamartwianie się, przygnębienie, wyczerpanie, snują pesymistyczne rozmyślenia, brak im poczucia bezpieczeństwa. Występuje u nich nadmierna kontrola, mają trudności z wyrażaniem swoich emocji, zaprzeczają nieakceptowanym impulsom, ważne dla nich jest zachowanie w społecznie akceptowany sposób i dlatego swoje negatywne emocje wyrażają głównie w pasywnej, pośredniej formie. Osobom tym brak wglądu we własne zachowania i odmawiają przyjęcia psychologicznych wyjaśnień swych problemów. Główne dolegliwości tych osób to liczne skargi somatyczne i ból (głównie ze strony układu trawiennego) oraz silna koncentracja na funkcjonowaniu własnego ciała. Można spodziewać się występowania klasycznych objawów konwersyjnych. Identyfikują się ze społecznym stereotypem pełnienia ról związanych z płcią w sposób silny, a nawet skrajny; stosunki rodzinne odbierają jako obfitujące w konflikty. Mają one gotowość do reagowania lękiem na wiele sytuacji, mają poczucie słabej kontroli nad wydarzeniami i w sytuacjach społecznych mogą czuć się niepewnie. Stosują mechanizm uwrażliwienia, są w stanie ciągłej gotowości, lecz mają niski napęd życiowy, zwłaszcza w kierunku poprawy swej sytuacji życiowej. Ogólnie można stwierdzić, że gorsze jest ich przystosowanie psychologiczne a ich zasoby psychologiczne ubogie. Ponadto można zaryzykować stwierdzenie, że w strukturze osobowości DDA istnieją

cechy podobne do nadużywających alkoholu rodziców (mimo że same badane DDA nie mają problemu alkoholowego).

WNIOSKI

Wyniki przeprowadzonych w tej pracy badań pozwalają na sformułowanie następujących wniosków dotyczących psychologicznego funkcjonowania DDA, leczonych w PZP:

1. Dysfunkcja rodzinna w dzieciństwie wywiera niekorzystny wpływ na późniejsze doświadczenia życiowe i na przystosowanie DDA, a zatem ich przystosowanie psychologiczne jest słabe i zasoby adaptacyjne ubogie.
2. Występuje u nich ciągła czujność, skrajna kontrola, trudności z wyrażaniem emocji, co może być związane z objawami somatycznymi i konwersyjnymi oraz lęk i poczucie braku kontroli nad wydarzeniami.
3. Stwierdza się u nich silną (a nawet skrajną) identyfikację ze społecznym stereotypem pełnienia ról związanych z płcią.
4. Stosunki rodzinne odbierają jako nieprzyjemne i obfitujące w konflikty.
5. W ich strukturze osobowości istnieją cechy podobne do nadużywających alkoholu rodziców, mimo że same badane DDA nie mają problemu alkoholowego.

STRESZCZENIE

Życie dzieci w rodzinach, w których występuje problem alkoholowy, obfituje w przykre wydarzenia i sytuacje trudne, nie tylko obciążające, lecz często również przeciążające możliwości ich mechanizmów przystosowawczych. 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 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 osób badanych jest następujący: 3 2 1 7 4 6 – 8 0 9 / 5 : F L K / .

Jak wynika z profilu i z kodu, najwyższe wyniki uzyskały osoby badane w skali Hy (3), D (2) i Hd (1), najniższe zaś w skali MF (5) i Ma (9). Z takiej konfiguracji skal można wywnioskować, że problemy i/lub dolegliwości osób badanych leżą raczej w kręgu zaburzeń czynnościowych, nerwicowych. Profile badanych DDA w większości były podobne do prototypowych profili osób nadużywających lub uzależnionych od alkoholu i narkotyków. Podobieństwo to występuje, mimo że pacjenci nie mieli problemu z alkoholem czy innymi substancjami psychoaktywnymi; podobieństwo to oznacza, że w strukturze osobowości DDA istnieją cechy podobne do nadużywających alkoholu rodziców (mimo że same badane DDA nie mają problemu alkoholowego).

Słowa kluczowe: DDA, osobowość, MMPI.

PIŚMIENNICTWO.

1. Beardslee W., Son L., Vaillant G. (1986): *Exposure to Parental Alcoholism During Childhood and Outcome in Adulthood: A prospective Longitudinal Study*, (w): British Journal of Psychiatry, 149, 584-91
2. Coleman F.L., Frick P.J. (1994): *MMPI-2 profiles of adult children of alcoholics*, (w): J. Clin. Psychol., 50, 446-54
3. Drake R., Vaillant G. (1988): *Predicting Alcoholism and Personality Disorder in a 33-year Longitudinal Study of the Children of Alcoholics*, (w): British Journal of Addiction, 83, 799-807
4. el-Guebaly N., Staley D., Rockman G., Leckie A., Barkman K., O'Riordan J., Koensgen S. (1991): *The adult children of alcoholics in a psychiatric population*, (w): Am. J. Drug Alcohol Abuse, 17, 215-26
5. el-Guebaly N., Staley D., Leckie A., Koensgen S. (1992): *Adult children of alcoholics in treatment programs for anxiety disorders and substance abuse*, (w): Can. J. Psychiatry, 37, 544-8
6. Fisher G.L., Jenkins S.J., Harrison T.C., Jesch K.J. (1992): *Characteristics of adult children of alcoholics*, (w): Subst. Abuse, 4, 27-34
7. Forward S. (1994): *Toksyczni rodzice*, Warszawa, Santorski & Co
8. 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
9. Goodwin D.W.W., Schulsinger F., Hermansen L., Guze S.B., Winokur G. (1973): *Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents*, (w): Archives of General Psychiatry, 28, 238-43
10. Goodwin D. (1979): *Alcoholism and Heredity*, (w): Archives of General Psychiatry, 36, 57-61
11. Graham J.R. (1984a): Profile, (w): Paluchowski W.J. (red.): *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI*, Warszawa, PTPsychol., Część I, 118-153
12. Graham J.R. (1984b): Skala Lęku (A) i Represji (R), (w): Paluchowski W.J. (red.): *Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI*, Warszawa, PTPsychol., Część I, 208-217
13. Gumbiner J., Flowers J.V., St Peter S., Booraem C.D. (1996): *Adult sychopathology on the MMPI and dysfunctional families of origin*, (w): Psychol. Rep., 79, 1083-8
14. Hall C.W., Bolen L.M., Webster R.E. (1994): *Adjustment issues with adult children of alcoholics*, (w): J. Clin. Psychol., 50, 786-92
15. 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
16. 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

17. Hinz L.D. (1990): *College student adult children of alcoholics: psychological resilience or emotional distance?* (w): J. Subst. Abuse, 2, 449-57
18. Jakubowski J. (1985): *Co mierzy skala „Wypieranie-Nadwrażliwość” (Repression-Sensitization)*, (w): Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, Warszawa, PTPsychol., Część III, 21-30
19. Knowles E.E., Schroeder D.A. (1990): *Personality characteristics of sons of alcohol abusers*, (w): J. Stud. Alcohol., 51, 142-7
20. Kobilyńska E. (1984): *Kodowanie profilu MMPI*, (w): Paluchowski W.J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, Warszawa, PTPsychol., Część I, 21-27.
21. Lipowska-Teutsch A. (1995): *Rodzina a przemoc*, Warszawa, PARPA
22. 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.
23. Matkowski M. (1992): *MMPI. Badanie-Opracowanie-Interpretacja*, PTiRO, Poznań
24. Maynard S. (1997): *Growing up in an alcoholic family system: the effect on anxiety and differentiation of self*, (w): J. Subst. Abuse, 9, 161-70
25. Mellody P. (1993): *Toksyczne związki. Anatomia i terapia współzależnienia*, Warszawa, Santorski & Co
26. 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.
27. Pawłowska B. (1985): *Z badań nad trafnością skal St i Re H.G. Gougha*, (w): Paluchowski W. J.(red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, PTPsychol., Warszawa, Część III, 11-20.
28. Płużek Z. (1971): *Wartość testu WISKAD-MMPI dla diagnozy różnicowej w zakresie nozologii psychiatrycznej*, Lublin, KUL.
29. Rodney H.E. (1994): *What differentiates ACOAs and non-ACOAs on a black college campus?* (w): J. Am. Coll. Health, 43, 57-63
30. Sanocki W. (1981): *Kwestionariusze osobowości w Psychologii*, Warszawa, PWN
31. Schuckit M.A., Klein J., Twitchell G., Smith T. (1994): *Personality test scores as predictors of alcoholism almost a decade later*, (w): Am. J. Psychiatry, 151, 1038-42
32. Searls J. (1988): *The role of genetics in the pathogenesis of alcoholism*, (w): Journal of Abnormal Psychology, 97, 153-67
33. Seidel Irena (1985): *Wskaźnik Gougha w próbie normalizacyjnej a średnia wysokość profilu*, (w): Paluchowski W. J. (red.): Stosowanie i interpretacja kwestionariusza MMPI, PTPsychol., Warszawa, Część III, 39-41
34. Seligman M.E.P. (1994): *Co możesz zmienić, a czego nie możesz*, Poznań, MRoP
35. StatSoft Polska (1997): *Statistica PL*, Kraków.
36. Strzemieczny J. (red.) (1994): *Zanim spróbujesz. Program profilaktyki uzależnień dla uczniów*, Warszawa, PARPA
37. Sztander W. (1995): *Dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym*, Warszawa, PARPA

38. Sztander W. (1996): *Rodzina z problemem alkoholowym*, Warszawa, PARPA
39. Tesson B.M. (1990): *Who are they? Identifying and treating adult children of alcoholics*, (w): Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv., 28, 16-21
40. Vaillant G. (1983): *The Natural History of Alcoholism*, Cambridge, Harvard University Press
41. Whipple S.C., Noble E.P. (1991): *Personality characteristics of alcoholic fathers and their sons*, (w): J. Stud. Alcohol., 52, 331-7