

Maria Jeżewska

Syndromy zachowań patologicznych matek samotnych i matek z rodzin pełnych badanych testem MMPI

Studia Psychologica nr 2, 121-128

2001

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

MARIA JEŻEWSKA

SYNDROMY ZACHOWAŃ PATOLOGICZNYCH MATEK SAMOTNYCH I MATEK Z RODZIN PEŁNYCH BADANYCH TESTEM MMPI

Syndrome of pathological behaviour of single mothers and mothers from full families examined with MMPI Test

Summary

Quantity of single parent families has increased recently. They mostly include the single mother families. The social and economic status of single mothers differs from the status of married mothers. Almost all existing publications are focused on these problems. However, knowledge of psychological distinctness of their life conditions remains fragmentary. This article shows the author's research results on differences in personality structure, particularly the intensity of syndrome of pathological behaviour exhibited by mothers solitarily bringing up their children and mothers from full families. 100 single mothers and 100 mothers from full families had been examined. The MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) Test had been applied. Results confirmed the stated hypothesis. Adjustment of single mothers is worse than mothers from full families. Nine behavioural syndromes make the difference (Hd, D, Hy, Pp, Mf, Pa, Pt, Sc, Ma).

1. PROBLEM

Dynamika rodziny we współczesnym społeczeństwie ulega zmianom. Podtrzymanie wszystkich wartości tej podstawowej jednostki społecznej jest bardzo ważne, bowiem jej rola i znaczenie dla rozwoju fizycznego, psychicznego oraz osobowości każdego człowieka jest nieoceniona. Do podstawowych funkcji rodziny, stanowiących o sensie jej istnienia, zalicza się funkcje wychowawcze i opiekuńcze. Mogą się one realizować całkowicie wówczas, gdy mamy do czynienia z rodziną pełną, żyjącą harmonijnie i szczęśliwą.

Niestety w chwili obecnej instytucja małżeństwa przechodzi kryzys. Statystyki odnotowują stały wzrost liczby rozwodów. W wielu krajach, w tym również w Polsce, z roku na rok rośnie liczba matek, które samotnie wychowują swe dzieci. Do matek samotnych zaliczamy kobiety rozwiedzione lub żyjące w separacji ze swoimi małżonkami. Ponadto są to wdowy oraz kobiety, które świadomie podjęły decyzję urodzenia dziecka, będąc niezamężnymi, lub te, które okoliczności i sytuacja życiowa do tego zmusiły – a więc panny.

Specyficzne warunki wzrastania dziecka w rodzinie niepełnej są określone takimi czynnikami jak:

- brak odpowiedniego wzorca roli męskiej i wynikająca z tego faktu niemożność identyfikacji z ojcem,
- postawa nadmiernej koncentracji uczuciowej matki na dziecku, co nie sprzyja jego usamodzielnianiu się i zakładaniu przez nie własnej rodziny, ponadto postawa taka utrudnia identyfikację dziecka z matką,
- kompensacyjna postawa matki wobec rodziny własnej i jej postawa dezaprobaty wobec życia rodzinnego (Stokłosa, 1981).

Pozycja społeczno-ekonomiczna matek samotnych jest odmienna od statusu kobiety zamężnej w rodzinie pełnej. Borykają się one z wieloma codziennymi problemami. Ponoszą ciężar odpowiedzialności, który w rodzinie pełnej rozłożony jest na oboje małżonków – matkę i ojca. Samotne matki mają poczucie własnego osamotnienia, bywają izolowane lub same się izolują. Biorąc pod uwagę wymienione i wiele innych zagadnień należy podkreślić, że obok sytuacji społeczno-ekonomicznej najważniejszy jest aspekt psychologiczny problemu rodziny niepełnej.

Osamotnienie kobiet może powodować zmiany w strukturze ich osobowości oraz zmiany postaw rodzicielskich ukierunkowujących zachowanie się matki wobec dziecka, a w konsekwencji ich wzajemne interakcje, które stanowią tło kształtowania się osobowości dziecka (Ziemska, 1973, 1987).

Badania dotyczące sytuacji rodzin niepełnych obejmują nie tylko samotne matki, ale i wychowywane przez nie dzieci. Z lektury tych doniesień wiadomo, że sytuacja rodzinna – np. po rozwodzie rodziców – ma konsekwencje dla rozwoju umysłowego, społecznego i emocjonalnego dziecka (Nizniowska, 1984; Pielkova, 1983).

Celem prezentowanych badań było porównanie struktury osobowości matek samotnie wychowujących swoje dzieci i matek wychowujących dzieci w rodzinie pełnej. W szczególności dotyczyło to występowania syndromów zachowań patologicznych.

Postawione pytania brzmiały następująco:

- Jak przedstawia się struktura osobowości matek samotnie wychowujących dzieci?
- Czy u matek samotnie wychowujących swe dzieci występuje nasilenie patologicznych cech w obrębie struktury ich osobowości?

Nie znajdując odpowiedzi w literaturze przedmiotu, podjęto próbę odpowiedzi na powyższe pytania.

Obserwacja matek samotnych w ich trudnej sytuacji życiowej prowadzi do wniosku, że różnią się one od matek funkcjonujących w rodzinach pełnych. Przyśiępając do badań wysunięto hipotezę, że prawdopodobnie samotne matki są gorzej przystosowane, niż matki z rodzin pełnych, oraz charakteryzują się większym nasileniem zachowań patologicznych. Piśmiennictwo dotyczące rodziny niepełnej, mono-rodzicielskiej, zwanej rodziną samotnej matki, nie dostarcza potwierdzenia tej hipotezy. Prace publikowane na temat rodziny niepełnej obejmują zwłaszcza problemy socjalno-bytowe. Sytuacja społeczno-ekonomiczna matek samotnych została już dobrze poznana, a dane o nich stale się aktualizuje. Niestety dalej fragmentaryczna pozostaje wiedza o psychologicznej odmienności warunków życia matek samotnych.

Do najszerzej opracowanych należy problematyka postaw rodzicielskich kobiet samotnie wychowujących dzieci. Zajmowali się nią kolejno T. Kądzielowa (1971),

J. Rembowski (1972) i in. Jednak najobszerniej pisze o tym B. Stokłosa (1981). W latach późniejszych o matkach samotnych i ich dzieciach pisały B. Kaja (1988), E. Kozdrowicz (1989), R. Grochocińska (1992) czy A. Czapiga (1993, 1995).

2. OPIS METODY BADAŃ

W badaniach własnych zastosowano Test MMPI jako metodę pozwalającą ocenić nasilenie występowania syndromów zachowań patologicznych u matek samotnie wychowujących dzieci oraz u matek z rodzin pełnych. Minnesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* – MMPI) został opracowany przez R. Hathaway i J. C. Mc Kinleya. W Polsce pierwszego tłumaczenia tego testu dokonał w 1951 r. M. Choynowski – wersja ta nosiła nazwę WISKAD. W 1971 r. opublikowano najobszerniejszą z prac dotyczących funkcjonowania WISKAD – MMPI w populacji polskiej. Jej autorką była Z. Płużek. Kolejno prace nad tłumaczeniem, adaptacją oraz nad normalizacją MMPI rozpoczął zespół pod kierownictwem W. J. Paluchowskiego (Paluchowski, 1985). Właśnie ta ostatnia wersja Testu MMPI została zastosowana w badaniach.

Test ten powszechnie uważany jest za jeden z najbardziej diagnostycznych inwentarzy osobowości. Według intencji autorów skonstruowany został w celu „obiektywnego badania pewnych ważnych cech osobowości, od których zależy osobiste i społeczne przystosowanie” (Dahlstrom, Welsh, 1965). Jest narzędziem przeznaczonym do oceny wszystkich najważniejszych wymiarów osobowości człowieka, a także narzędziem pomiaru patologicznych cech osobowości.

Test MMPI zawiera 566 stwierdzeń, które składają się na 4 skale kontrolne: „Nie wiem”(?), L, F, K oraz 9 skal klinicznych: hipochondrii (Hd), depresji (D), hysterii (Hy), psychopatii (Pp), męskości – kobiecości (Mf), paranoi (Pa), psychastenii (Pt), schizofrenii (Sc), manii (Ma).

Skale kliniczne są nazwane zgodnie z patologiczną manifestacją zespołu symptomów, ale wszystkie ujawniają diagnostyczne znaczenie także w obszarze normy. Oprócz 4 skal kontrolnych i 9 skal klinicznych istnieje i stosuje się wiele skal dodatkowych. Przykładami skal dodatkowych są: skala społecznej introwersji (Si), skala alkoholizmu (Ak), skala społecznej odpowiedzialności (Re), skala społecznego statusu (St), skala wypieranie – nadwrażliwość (R-S) czy skala kontroli ekspresji patologii (Cn). Skale kliniczne zawierają ponadto podskale.

W badaniach zastosowano 3 skale kontrolne: L, F i K, wszystkie 9 skal klinicznych oraz skalę dodatkową alkoholizmu (Ak). Ze względu na fakt, iż obliczanie wyników Testu MMPI jest bardzo pracochłonne i trwa długo, coraz częściej stosuje się programy komputerowe, które znacznie skracają tę czynność, jak również w dużym stopniu wykluczają błędy popełniane w czasie liczenia. Programem takim posłużyłam się przy obliczaniu Testu MMPI w badaniach własnych.

Uzyskany wynik badania w postaci profilu interpretuje się nie tylko ze względu na wysokość poszczególnych skal, ale również ich konfiguracji. Ważne są także wartości wskaźników pomocniczych, takich jak: wskaźnik Gougha czy wskaźnik Goldberga.

Zbadano dwie równoliczne grupy matek: 100 matek samotnie wychowujących swe dzieci i 100 matek z rodzin pełnych. Kobiety te były dobrane pod względem:

- liczby posiadanych dzieci – wszystkie miały jedno dziecko,
- wykształcenia – unikano kobiet z wykształceniem niższym niż średnim,

- eliminowano matki poważnie chore somatycznie,
- wykluczano osoby chore psychicznie,
- przyjęto, że status ekonomiczny jednych jak i drugich matek oraz ich warunki socjalno-bytowe nie mogły być niższe od umownie uznanych za przeciętne,
- status społeczny tych kobiet i zawody, jakie reprezentowały, były podobne.

Jako matki samotnie wychowujące dzieci uznano panny. Kolejno do tej grupy zaliczono wczesne wdowy, kobiety rozwiedzione oraz mężatki pozostające w separacji z mężem – przy czym wdowieństwo, rozwód i separacja nastąpiły w czasie trwania ciąży lub do 3. miesiąca życia dziecka.

W grupie kontrolnej badane matki pochodziły z rodzin pełnych, o których wiadomo było z wywiadu, że charakteryzują się całkowitą harmonią życia rodzinnego. Ojciec dziecka stale mieszkał i przebywał z rodziną.

Średnia wieku w grupie matek samotnych wyniosła 30,5 lat, zaś matek z rodzin pełnych – 31,1 lat. Badania były prowadzone na terenie miasta i gminy Gdynia.

3. ANALIZA WYNIKÓW

W grupie podstawowej uzyskano wyniki różniące się statystycznie istotnie od wyników grupy kontrolnej.

Wyniki uzyskane przez matki samotne w Teście MMPI przedstawia tabela 1. Tabela 2 prezentuje wyniki uzyskane w tym samym teście przez matki z rodzin pełnych. Na ich podstawie dokonano analizy statystycznej. Obliczono istotności różnic między wynikami badań syndromów zachowań wg Testu MMPI obu grup matek, co zawiera tabela 3. Z jej analizy wynika, że grupa matek samotnie wychowujących dzieci różni się od grupy matek z rodzin pełnych nasileniem aż 9 syndromów zachowań. Są to różnice statystycznie istotne na poziomie $\alpha=0.01$ i $\alpha=0.001$.

Porównanie wyników obu grup upoważnia do stwierdzenia, że grupa samotnych matek przejawia większą niż grupa matek z rodzin pełnych skłonność do zachowań hipochondrycznych (Hd: $t=2.801$, $\alpha=0.01$), depresyjnych (D: $t=3.088$, $\alpha=0.01$), histerycznych (Hy: $t=3.094$, $\alpha=0.01$), psychopatycznych (Pp: $t=9.824$, $\alpha=0.001$). Charakteryzują się one silniejszą tendencją do odgrywania ról kobiecych (Mf: $t=2.453$, $\alpha=0.02$). Równocześnie ujawniają nasilenie skłonności do zachowań paranoidalnych, urojeniowych (Pa: $t=7.186$, $\alpha=0.001$), psychastenicznych, lękowych (Pt: $t=4.534$, $\alpha=0.001$) oraz zachowań będących symptomem braku spójności reagowania (Sc: $t=5.383$, $\alpha=0.001$). Matki samotne ujawniają także wyższy napęd do działania (Ma: $t=3.160$, $\alpha=0.01$).

Oprócz wskazanego wyżej nasilenia syndromów zachowań grupa matek samotnych uzyskała statystycznie istotnie wyższe niż w grupie matek z rodzin pełnych wyniki w skali kontrolnej F ($t=6.036$, $\alpha=0.001$), która ocenia stopień nastawienia obronnego badanej i poziom szczerości odpowiedzi.

4. INTERPRETACJA WYNIKÓW

W świetle uzyskanych wyników Testu MMPI rysuje się następujący obraz osobowości samotnych matek. Matki samotne są nadmiernie zainteresowane swoim zdrowiem fizycznym i funkcjonowaniem własnego organizmu. Może wynikać to z faktu, iż uważają, że muszą być zdrowe, gdyż nie ma ich kto zastąpić, gdyby za-

chorowały i nie mogły się opiekować dzieckiem. Przesadnie interesują się nie tylko rzeczywistymi dolegliwościami, ale również tymi, które istnieją w ich wyobraźni. Takie skupianie uwagi na problemach zdrowotnych ogranicza ich pełną zdolność do wykonywania codziennych zajęć i zaburza kontakty z innymi. Zachowania takie mogą prowadzić do wyraźnego, lecz wyimaginowanego, poczucia choroby somatycznej. Towarzyszą temu zaburzenia snu, bóle głowy, brak apetytu, wzmożona męczliwość, trudności w koncentracji uwagi, spowolnienie psychoruchowe. Istnieje podejrzenie, że takie zaburzenia funkcjonowania i zachowania u kobiet samotnie wychowujących dzieci przyjmują formę depresji bądź nerwicy depresyjnej, w których osiowymi objawami są: lęk, apatia, dominujące uczucie smutku, przygnębienie, zniechęcenie. U kobiet tych występuje, jeśli nie brak, to zawężenie zainteresowań. Ponadto ujawniają one nasilone poczucie odrzucenia, mające swe źródło w fakcie porzucenia przez mężczyznę lub też braku akceptacji ze strony otoczenia. Poza tym mogą przejawiać pesymistyczne spojrzenie w przyszłość oparte na bezradności, nabytych już doświadczeniach, trudności samotnego prowadzenia domu i wychowywania dziecka, z czym współwystępuje samokrytycyzm z poczuciem winy i pomniejszaniem własnej wartości.

Wspomniane wcześniej skargi samotnych matek, dotyczące specyficznych zaburzeń funkcjonowania wybranych narządów, przybierają niekiedy postać zachowań histerycznych bądź nerwicy histerycznej. Ponieważ histeria, jak wiadomo, opiera się na neurotycznym mechanizmie obronnym konwersji, to matki samotne częściej niż matki z rodzin pełnych mogą przejawiać takie symptomy zespołu histeryczno-konwersyjnego jak: bóle głowy, nudności, przyspieszone bicie serca oraz inne zaburzenia sprawności układu krążenia, trawiennego czy pokarmowego. Histeria manifestuje się nie tylko wieloma objawami somatycznymi, ale także wegetatywnymi i psychicznymi. Dlatego też u kobiet samotnie wychowujących dzieci zwiększona jest potencjalna możliwość zachorowania na schorzenia psychosomatyczne typu: owrzodzenia przewodu pokarmowego czy choroba nadciśnieniowa. Należy podkreślić, że dyspozycja do reakcji histeryczno-konwersyjnych wzmaga się w sytuacjach stresowych oraz w trudnych sytuacjach życiowych, a za taką należy uznać sytuację matki samotnie wychowującej swe dziecko.

Matki samotne ujawniają silniejszą tendencję do zachowań aspołecznych niż matki wychowujące dzieci w rodzinach pełnych. Mogą lekceważyć pewne ogólne przyjęte normy społeczne. Nie zawsze wyciągają wnioski z niepowodzeń życiowych. Choć pozornie są towarzyskie i robią dobre wrażenie, mogą być nadmiernie konfliktowe, a to za sprawą braku odpowiedzialności i lojalności wobec osób z ich otoczenia. Bywa, że ujawniają trudności adaptacyjne i czują się alienowane społecznie, zwłaszcza że trudno im nawiązać głębokie, dojrzałe więzi emocjonalne. Taki obraz zachowań samotnych matek w połączeniu z faktem, iż mają one wyższy niż matki z rodzin pełnych napęd do działania, sugeruje, że mogą ujawniać agresję – zwłaszcza w sytuacjach trudnych. Do agresji i konfliktów w stosunkach międzyludzkich prowadzi u nich nadwrażliwość, przesadna podejrzliwość, nieufność skierowana na otoczenie, usztywnienie postaw i opinii czy wreszcie nietolerowanie krytycznych uwag ze strony innych ludzi.

Reagowanie lękiem, wzmożony niepokój, nadmierna niepewność, brak wiary we własne siły, poczucie bezradności i niepewności oraz współwystępująca z tym

zmienność nastrojów, przyczyniają się u nich do dekoncentracji, trudności w podejmowaniu decyzji. Utrata spójności reagowania powoduje, że samotne matki często tracą dobry kontakt z otoczeniem, alienują się społecznie i gorzej kontrolują swoje emocje.

Przedstawione powyżej wyniki i ich analiza pozwalają stwierdzić, że matki samotnie wychowujące swoje dzieci są generalnie gorzej przystosowane niż matki z rodzin pełnych i przejawiają specyficzne syndromy zachowań. Ich osobowość zawiera wiele cech patologicznych, a funkcjonowanie charakteryzuje nasilenie symptomów zachowań nieprawidłowych. Równocześnie jednak identyfikują się z rolą kobiety i matki. Pragną, aby tak je postrzegano i traktowano. Chcą się podobać mężczyznom i być przez nich akceptowane. Same zaś wykazują duże zainteresowanie płcią przeciwną.

Kończąc ten osobowościowy rys matek samotnych należy podkreślić, że w swych odpowiedziach na stwierdzenia Testu MMPI były bardziej szczerze niż matki z rodzin pełnych, o czym świadczy układ skal kontrolnych wykonywanego przez nie testu. Jest to oznaką ich pozytywnego nastawienia do badań psychologicznych. Trzeba zaznaczyć, że istnieje pewne niebezpieczeństwo wyolbrzymiania, symulowania przez nie funkcjonujących zaburzeń, trudności czy problemów, czego dowodem jest podwyższony w stosunku do matek z rodzin pełnych poziom skali kontrolnej F. Może to być ze strony matek samotnych forma „wołania o pomoc”.

Warto podkreślić, że obie grupy matek nie różnią się poziomem rozwoju mechanizmów obronnych, na co wskazuje brak statystycznej istotności różnic wyników skal kontrolnych L i K Testu MMPI. Ponadto w grupie eksperymentalnej i kontrolnej wykazano brak różnic dotyczących poziomu spożywania alkoholu. Świadczy to o nienadużywaniu przez samotne matki alkoholu i o nietłumieniu tą drogą swoich problemów, lęku, niepokoju. Stwierdzono także, że matki samotne nie mają skłonności do wycofywania się z kontaktów społecznych – co potwierdza podobny w obu grupach poziom skali społecznego introwertyzmu.

Reasumując wyniki badań należy stwierdzić, że Test MMPI jest narzędziem wysoce diagnostycznym. Jest to niewątpliwie efekt świetnej konstrukcji tej metody, jej doskonałej trafności i rzetelności. MMPI, jako kwestionariusz pozwalający określić strukturę osobowości badanego, jest równocześnie narzędziem bardzo czułym na patologię. Pozwala nie tylko ją wykryć, ale również zdiagnozować. Ten walor Testu MMPI potwierdził jego wybór i zastosowanie w badaniach własnych. Wielość informacji pochodząca z jakościowej interpretacji profilu uzyskanego przez każdą badaną jest nieosiągalna. Jednak nawet ilościowa analiza wyników badania Testem MMPI pozwoliła stwierdzić, na ile zaburzoną mają osobowość i jakie cechy patologicznych ujawniają matki samotne w porównaniu z matkami z rodzin pełnych.

Badanie Testem MMPI jest czasochłonne, i dlatego autorzy rezygnują z jego stosowania. Do rzadkości należy stosowanie tego narzędzia w badaniach na dużej grupie. W literaturze dotyczącej rodziny samotnej matki nie natknęłam się na badania z wykorzystaniem Testu MMPI. Wyniki przedstawione powyżej są próbą wypełnienia tej luki. Skłoniły mnie one również do poszerzenia badań u samotnych matek o inne elementy ich osobowości, takie jak poziom lęku czy

struktura potrzeb psychicznych. Wyniki tych badań pragnę przedstawić w przyszłości.

Tabela 1. Dane statystyczne Testu MMPI matek samotnych (N=100).

Skale Testu MMPI	x	S	Dmax
Kontrolna L	4.230	2.068	0.135
Kontrolna F	13.160	5.310	0.095
Kontrolna K	11.920	3.882	0.092
Hipochondria (Hd)	16.370	4.993	0.103
Depresja (D)	24.470	4.740	0.100
Histeria (Hy)	22.790	5.804	0.072
Psychopatia (Pp)	25.840	4.957	0.077
Męskość-Kobiecość (Mf)	35.180	4.495	0.093
Paranoja (Pa)	12.920	4.044	0.062
Psychastenia (Pt)	31.290	7.362	0.059
Schizofrenia (Sc)	32.830	7.906	0.070
Mania (Ma)	21.280	4.259	0.105
Introwertyzm społeczny (Si)	32.850	7.319	0.087
Alkoholizm (Ak)	22.360	3.903	0.084

Tabela 2. Dane statystyczne Testu MMPI matek z rodzin pełnych (N=100).

Skale Testu MMPI	x	S	Dmax
Kontrolna L	4.170	2.276	0.121
Kontrolna F	8.990	4.365	0.130
Kontrolna K	11.930	4.484	0.094
Hipochondria (Hd)	14.460	4.592	0.068
Depresja (D)	22.410	4.646	0.069
Histeria (Hy)	20.430	4.887	0.078
Psychopatia (Pp)	19.280	4.423	0.145
Męskość-Kobiecość (Mf)	36.730	4.393	0.102
Paranoja (Pa)	9.070	3.473	0.095
Psychastenia (Pt)	27.180	5.210	0.079
Schizofrenia (Sc)	27.300	6.478	0.054
Mania (Ma)	19.470	3.785	0.080
Introwertyzm społeczny (Si)	33.150	6.426	0.071
Alkoholizm (Ak)	21.610	4.214	0.077

Tabela 3. Istotności różnic między wynikami badań syndromów zachowań badanych Testem MMPI matek samotnych i matek z rodzin pełnych (N1=N2=100).

Skale Testu MMPI	Test Fishera		Test t-Studenta	
	F	pi(α)	t	pi(α)
Kontrolna L	0.211	0.05	0.194	-
Kontrolna F	0.480	0.01	6.036	0.001

Skale Testu MMPI	Test Fishera		Test t-Studenta	
	F	pi(α)	t	pi(α)
Kontrolna K	0.334	0.05	-0.016	-
Hipochondria (Hd)	0.182	0.05	2.801	0.01
Depresja (D)	0.041	0.05	3.088	0.01
Histeria (Hy)	0.410	0.01	3.094	0.01
Psychopatia (Pp)	0.256	0.05	9.824	0.001
Męskość-Kobiecość (Mf)	0.047	0.05	-2.453	0.02
Paranoja (Pa)	0.356	0.05	7.186	0.001
Psychastenia (Pt)	0.997	-	4.534	0.001
Schizofrenia (Sc)	0.489	0.01	5.383	0.001
Mania (Ma)	0.266	0.05	3.160	0.01
Introwertyzm społeczny (Si)	0.297	0.05	-0.306	-
Alkoholizm (Ak)	0.166	0.05	1.299	-

BIBLIOGRAFIA

- Czapiga, A. (1993). Rozwój psychiczny dzieci w wieku przedszkolnym wychowywanych przez samotne matki. *Acta Universitatis Wratislavenensis, Prace Psychologiczne XXX*, 107-122.
- Czapiga, A. (1995). Matka samotna i jej rola w rozwoju i wychowaniu dziecka. *Zdrowie Psychiczne*, 1-2, 178-182.
- Dahlstrom, W. G., Welsh, G. S. (1965). *An MMPI Handbook. A guide to use in clinical and research*. Minneapolis. University of Minneasota.
- Grochocińska, R. (1992). *Psychospołeczna sytuacja dzieci w rodzinach rozbitych*. Uniwersytet Gdański.
- Kaja, B. (1988). Osobowość dziecka w wieku przedszkolnym w sytuacji porozwodowej. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 418-425.
- Kądzielowa, T. (1971). Na pomoc rodzinie rozbitej. *Problemy rodziny*, 2, 18-22.
- Kozdrowicz, E. (1989). *Sytuacja dziecka w rodzinie matki samotnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Niżniowska, K. (1984). Z badań nad zaburzeniami u dzieci z rodzin rozwodzących się. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 440-446.
- Pałuchowski, J. (red.), (1984,1985). *Stosowanie i interpretacja Kwestionariusza MMPI*, t. I, II, III. Warszawa: PTP Wydział Psychologii UW, Laboratorium Technik Diagnostycznych.
- Pielkova, J. (1983). *Rodzina samotnej matki jako środowisko wychowawcze*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Rembowski, J. (1972). Stosunki między dziećmi i rodzicami w rodzinach marynarskich. *Psychologia Wychowawcza*, 1, 50-53.
- Stokłosa, B. (1981). Specyficzne warunki wzrastania dziecka w rodzinie niepełnej. *Psychologia Wychowawcza*, 4, 496-504.
- Ziemska, M. (1973). *Postawy rodzicielskie*. Warszawa: WP.
- Ziemska, M. (1987). Konsekwencje rozwodu dla członków rozbitej rodziny w trzy lata po jej rozwodzie. *Zeszyty Naukowe Wydziału Humanistycznego Uniwersytetu Gdańskiego, Psychologia*, 8, 61-71.