

Andrzej Jakubik, Katarzyna Piaskowska

Osobowość alienacyjna a schizofrenia paranoidalna

Studia Psychologica nr 1, 69-80

2000

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.

ANDRZEJ JAKUBIK, KATARZYNA PIASKOWSKA

OSOBOWOŚĆ ALIENACYJNA A SCHIZOFRENIA PARANOIDALNA

1. WSTĘP

Pojęcie alienacji jest współcześnie jednym z najpowszechniejszych i jednocześnie najbar dziej nadużywanych pojęć, jakie weszły – pod różnymi znaczeniami – do słowników filozofii, socjologii, psychologii, psychiatrii, pedagogiki czy antropologii kulturowej. Z licznych socjologiczno-psychologicznych koncepcji alienacji, np. Fromma (1970), Nettlea (1957), Riesmana (1970), Schachta (1971), Srole'a (1956), Strueninga i Richardsona (1965), najbliższe naszym badaniom nad osobowością alienacyjną (inaczej: „wyalienowaną” – Jakubik, 1999) jest pojęcie tzw. poczucia alienacji (por. Kmiecik-Baran, 1995; Korzeniowski, 1986, 1990). Obecnie w badaniach nad poczuciem alienacji dominuje podejście zapoczątkowane przez Seemana (1959, 1975), który podjął próbę integracji różnorodnych teorii alienacji oraz zoperacjonalizowania kategorii pojęciowej. Zgodnie z własną wielowymiarową koncepcją alienacji subiektywnej (cechy świadomie odczuwanych przez jednostkę stanów i jej przekonań), Seeman wyróżnia pięć rodzajów poczucia alienacji: poczucie bezsilności, poczucie bezsensu, poczucie anomii, poczucie samowyobcowania i poczucie osamotnienia (izolacji). Subiektywne poczucie alienacji należy wyraźnie odróżnić od alienacji obiektywnej (np. anomii, braku jasnej hierarchii wartości, niemożności wyrażania swoich poglądów i realizacji własnych potrzeb, samotności), chociaż mogą często razem współwystępować.

Ujęcie Seemana rozszerzyła o przeciwstawne wymiary Kmiecik-Baran (1995), dzięki czemu okazała się m. in. możliwa konstrukcja kwestionariusza do empirycznego pomiaru poziomu poczucia alienacji. W jej rozumieniu, przeciwstawnym do ogólnego poczucia alienacji jest pojęcie poczucia zakorzenienia, natomiast pozostałe

dwubiegunowe wymiary to: poczucie bezradności – zaradności, poczucie bezsensu – sensu, poczucie anomii – ładu społecznego, poczucie samowyobcowania – autonomii i poczucie osamotnienia (izolacji) integracji.

Poczucie alienacji jest rezultatem braku pożądanych relacji z innymi ludźmi, normami społecznymi, wartościami, sobą samym. Wśród przyczyn poczucia alienacji większość badaczy zwraca uwagę na niski status społeczno-ekonomiczny i zawodowy (Dean, 1961; Middleton, 1963; Srole, 1956), wysoki stopień zbiurokratyzowania organizacji i instytucji (Aiken i in., 1980; Blazowsky, 1978; Crozier, 1967; Miller, 1967; Pugh i in., 1969), nieprawidłowy proces socjalizacji (McClosky i Schaar, 1965), cechy charakterystyczne podmiotu, a zwłaszcza swoiste właściwości struktur poznawczych (Otto i Featherman, 1975; Peplau i Perlman, 1982; Shulz, 1976; Weiss, 1973; Wojciszke, 1983) oraz sytuacje izolacji, czyli pozbawienia lub ograniczonego dopływu stymulacji społecznej i sensorycznej (por. Brownfield, 1972; Terelak, 1982).

Wszystkie definicje z reguły zakładają, że poczucie alienacji jest związane z emocjami negatywnymi, prowadzącymi nierzadko do zaburzeń zachowania, a także do podejmowania przez jednostkę destrukcyjnych strategii radzenia sobie z tym stanem psychicznym. Dlatego oprócz prawidłowych sposobów radzenia sobie z alienacją, np. w formie działalności twórczej, tworzenia wspólnot o charakterze konstruktywnym, aktywności społecznej czy zawodowej, mamy znacznie częściej do czynienia z rozwiązaniami nieprawidłowymi, stanowiącymi psychologiczne i psychopatologiczne konsekwencje poczucia alienacji. W wielu badaniach stwierdzono, że poczucie alienacji koreluje z dolegliwościami somatycznymi (por. Lynch i Convey, 1979), alkoholizmem (Nerviano i Gross, 1976), nerwicami (Henderson i in., 1981), depresją (Beck i in., 1979; Frieze i in., 1979), samobójstwami usiłowanymi (Crumley, 1982; Wenz, 1977), lękiem społecznym (Jones i in., 1981), przestępczością (May, 1972; Ostrov i Offer, 1978), zaburzeniami osobowości (Cassel, 1974; Eisemann, 1984; Maroldo, 1981; Weiss, 1973), a także z psychozami (Ostrov, 1986).

Wielu autorów podkreśla, iż poczucie alienacji może mieć charakter sytuacyjny lub osobowościowy. W odróżnieniu bowiem od uwarunkowanego określoną sytuacją poczucia alienacji, można mówić o przewlekłym, długotrwałym poczuciu alienacji, które ma

swoją przyczynę we właściwościach podmiotu. Zdaniem licznych badaczy, ten rodzaj poczucia alienacji należy traktować jako szeroki wymiar osobowości (por. Kmieciak-Baran, 1995; McClosky i Schaar, 1965; Rokeach, 1960; Schacht, 1975; Suedfeld, 1982). Stąd uzasadnione wydaje się wprowadzenie pojęcia „osobowości alienacyjnej” (Jakubik, 1999).

2. ZAŁOŻENIA I CEL

Zgodnie z proponowanym systemowym modelem teoretycznym zaburzeń osobowości (Jakubik, 1999) założono, że istotą osobowości alienacyjnej jest uogólnione poczucie alienacji, które charakteryzuje się przede wszystkim:

- poczuciem anomii – przekonaniem, że istniejące normy społeczne (prawne, moralne, obyczajowe, zwyczajowe) są niespójne, niejasne, nieobowiązujące, a ich przestrzeganie uniemożliwia osiągnięcie własnych celów;

- poczuciem bezsensu – przekonaniem o braku sensu życia, utracie określonej hierarchii wartości, niemożności przewidywania efektów swojego zachowania;

- poczuciem samowyobcowania – przekonaniem o szkodliwości postępowania zgodnie z własnymi ideami, poglądami itp. oraz trudnościami w określeniu swojej tożsamości, odrębności od innych, autonomii, autentyczności;

- poczuciem bezradności – przekonaniem o zależności swojego losu od sił zewnętrznych, a nie od własnej aktywności, bezsilnością, brakiem poczucia kontroli psychologicznej nad otoczeniem, odczuciem niemożności realizacji potrzeb;

- poczuciem osamotnienia – przekonaniem, że wchodzenie w pożądane relacje międzyosobowe i społeczne jest z różnych względów niemożliwe i niezależne od własnych zachowań, poczuciem braku satysfakcjonujących związków z innymi ludźmi.

Obserwacje kliniczne wskazują, że większość pacjentów szpitali psychiatrycznych przejawia głębokie poczucie alienacji oraz bardzo wąski zakres powiązań społecznych (por. Finifter, 1972). Dotyczy to głównie chorych z psychozami schizofrenicznymi. Dlatego też – nie zajmując się przy tym kwestią kierunku uwarunkowań psychopatologicznych (tzn. osobowość alienacyjna – psychoza czy psychoza – osobowość alienacyjna), obiektem naszego zainteresowania stali się chorzy na schizofrenię. Podstawowym celem na-

szych badań była próba odpowiedzi na pytanie czy osoby z psychozą schizofreniczną charakteryzują się swoistymi właściwościami osobowości, które można określić mianem osobowości alienacyjnej.

3. HIPOTEZY

Sformułowano następujące hipotezy badawcze:

– w porównaniu do osób zdrowych, chorych ze schizofrenią paranoidalną charakteryzuje:

H1 – słabe poczucie celu życia,

H2 – niska ocena wartości życia,

H3 – niska samoocena,

H4 – obojętny stosunek do śmierci,

H5 – słabe poczucie sensu życia,

H6 – wysokie poczucie anomii,

H7 – wysokie poczucie bezsensu,

H8 – wysokie poczucie bezradności,

H9 – wysokie poczucie samowyobcowania,

H10 – wysokie poczucie osamotnienia,

H11 – wysoki ogólny poziom poczucia alienacji,

H12 – słaba potrzeba afiliacji,

H13 – silna potrzeba wsparcia społecznego,

H14 – niski stopień przystosowania społecznego.

Postawiono kolejno alternatywne hipotezy zerowe i hipotezy zoperacjonalizowane w odniesieniu do narzędzi pomiarowych.

4. MATERIAŁ I METODY

Celem statystycznej weryfikacji hipotez zbadano 60 osób: 30 (15 kobiet i 15 mężczyzn) chorych w przedziale wieku 20-30 lat z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, tworzących grupę eksperymentalną „E” oraz 30 osób z populacji ludzi zdrowych, dobranych parami wg kryterium płci, wieku i wykształcenia, które stanowiły grupę kontrolną „K”.

Do pomiaru zmiennych zastosowano następujące narzędzia badawcze:

1. Skalę Poczucia Alienacji (SPA) K. Kmiecik-Baran (1995) do pomiaru poczucia anomii (N – *normlessness*), poczucia bezsensu (M – *meaninglessness*), poczucia bezradności (P – *powerlessness*), poczucia samowyobcowania (S-E – *self-estrangement*), poczucia

osamotnienia (L – *loneliness*) i ogólnego poziomu poczucia alienacji (LAF – *level of alienation feeling*);

2. Test Przymiotników (ACL) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (1965) do pomiaru potrzeby afiliacji (Aff – *affiliation*), gotowości na pomoc i poradę innych ludzi (Crs – *counseling readiness scale*) oraz przystosowania osobistego (P-Adj – *personal adjustment*);

3. Skalę Sensu Życia (PLT) J. C. Crumbaugh i L. T. Maholicka w adaptacji Z. Juczyńskiego (1981) do pomiaru poczucia celu życia (PL – *purpose in life*), oceny wartości życia (WL – *worth of life*), oceny samego siebie (ES – *evaluation of self*), stosunku do śmierci (AD – *attitude toward death*) i ogólnego poczucia sensu życia (FLS – *feeling of life sense*).

5. WYNIKI I OMÓWIENIE

Uzyskane wyniki badań w odniesieniu do wyodrębnionych zmiennych poddano analizie korelacyjnej za pomocą współczynnika r-Spearmana (por. tabela I i II).

Tabela I

Macierz korelacji istotnych statystycznie ($p \leq 0,01 = 0,449$) dla grupy eksperymentalnej („E”).

	PL	WL	ES	AD	FLS	N	M	P	S-E	L	LAF	Aff	Crs	P-Adj
PL	●													
WL	0.88	●												
ES	0.83	0.84	●											
AD				●										
FLS	0.93	0.97	0.92		●									
N						●								
M	-0.57	-0.57	-0.63		-0.61	-0.59	●							
P	-0.52	-0.55	-0.70		-0.63		0.64	●						
S-E	-0.61	-0.57	-0.68		-0.65	-0.47	0.70	0.78	●					
L	-0.62	-0.58	-0.64		-0.63	-0.57	0.61	0.58	0.73	●				
LAF	-0.62	-0.61	-0.73		-0.68	-0.68	0.85	0.82	0.90	0.86	●			
Aff							-0.56			-0.52	-0.48	●		
Crs							0.53		0.46		0.53		●	
P-Adj												0.49		●

Tabela I ilustruje fakt, iż wśród chorych ze schizofrenią paranoidalną wraz ze wzrostem poczucia celu życia wzrasta wartość życia, samoocena i poczucie sensu życia, natomiast maleje poczucie bezsensu, bezradności, samowyobcowania, osamotnienia oraz ogólny poziom poczucia alienacji. Chorych z niskim poczuciem celu i sensu życia charakteryzował wysoki stopień poczucia bezsensu, bezradności, samowyobcowania i izolacji. Przy wysokiej ocenie wartości swojego życia rosły ocena samego siebie i poczucie sensu życia, a malały poczucie bezsensu (brak wiary w istnienie spójnych wartości), bezradności (przekonanie, że to, co nam się przydarza, nie jest zależne od naszego zachowania), samowyobcowania (oderwanie od własnych idei i przekonań), osamotnienia (izolacji od innych) i ogólne poczucie alienacji. Podobnie korelują wymienione zmienne przy pozytywnej samoocenie lub wysokim poczuciu sensu życia.

Wraz ze wzrostem poczucia braku związku z obowiązującymi normami wzrasta wśród chorych poziom samowyobcowania, bezsensu i izolacji. Przy wysokim poczuciu anomii rośnie poczucie alienacji. Wysokie poczucie bezsensu koreluje dodatnio z wysokim poczuciem bezradności, samowyobcowania, osamotnienia i alienacji. Brak wiary w istnienie jasnych i spójnych wartości powoduje u chorych gotowość na pomoc i poradę ze strony innych ludzi. Jednocześnie im wyższe jest poczucie bezsensu, tym niższa jest potrzeba afiliacji.

Okazało się, że im bardziej odczuwalny jest fakt, że nasze zachowanie nie ma wpływu na to, co nas spotyka, tym wyższe jest poczucie oderwania od własnych przekonań, od innych osób oraz poczucie alienacji. Poczuciu alienacji towarzyszy poczucie samowyobcowania, natomiast im wyższy poziom izolacji od innych, tym niższa potrzeba afiliacji. Chorzy z wysokim poczuciem alienacji nie odczuwają potrzeby stowarzyszania się chociaż wykazują gotowość na pomoc i poradę innych osób.

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między kobietami a mężczyznami w grupie eksperymentalnej.

Dla oceny zróżnicowania grup chorych i osób zdrowych obliczono najpierw macierz korelacji także dla grupy kontrolnej (por. tabela II), a następnie porównano uzyskane wyniki za pomocą testu t-Studenta, zakładając istotność statystyczną na poziomie $p < 0,05$ (por. tabela III).

Tabela II

Macierz korelacji istotnych statycznie ($p \leq 0,01 = 0,449$) dla grupy kontrolnej („K”).

	PL	WL	ES	AD	FLS	N	M	P	S-E	L	LAF	Aff	Crs	P-Adj
PL	●													
WL	0.75	●												
ES	0.70	0.58	●											
AD				●										
FLS	0.89	0.88	0.83	0.51	●									
N						●								
M	-0.58	-0.60	-0.56	-0.50	-0.69	0.60	●							
P	-0.56		-0.70		-0.66		0.69	●						
S-E					-0.45		0.46	0.54	●					
L	-0.50	-0.50		-0.54	0.48	0.58	0.56			●				
LAF	-0.59	-0.59	-0.65	-0.45	-0.72	0.71	0.89	0.84	0.64	0.73	●			
Aff												●		
Crs													●	
P-Adj														●

Tabela III

Porównanie wyników grupy eksperymentalnej i kontrolnej.

Zmienne	Grupa „E” M1	Grupa „K” M2	t	p
PL	28,30	35,96	4,47	0,001
WL	26,16	33,03	3,42	0,002
ES	26,73	31,96	2,98	0,005
AD	8,20	9,56	1,81	0,07
FLS	91,10	110,80	3,60	0,001
N	50,40	46,83	1,51	0,13
M	43,26	35,03	3,81	0,001
P	48,10	40,50	2,59	0,01
S-E	46,16	37,46	4,06	0,001
L	47,53	36,60	4,37	0,001
LAF	235,43	196,43	4,02	0,001
Aff	106,10	115,96	6,57	0,001
Crs	101,30	97,43	2,39	0,02
P-Adj	100,03	104,96	6,93	0,001

Istotnych statystycznie różnic nie stwierdzono jedynie w odniesieniu do zmiennych AD (stosunek do śmierci) i N (poczucie anomii). Przyjęto więc alternatywne do H4 i H6 hipotezy zerowe. Pozostałe zmienne w sposób istotny różnicowały grupę eksperymentalną i kontrolną, weryfikując pozytywnie sformułowane hipotezy badawcze od H1 do H14 po odrzuceniu odpowiednich hipotez zerowych.

Co się tyczy zmiennych PL, WL, ES i FLS, to średnie arytmetyczne (M_2) są wyższe w grupie „K”. Oznacza to, że osoby zdrowe charakteryzują się znacznie wyższym poczuciem celu życia, wyższą oceną wartości życia i samooceną, a co się z tym wiąże również znacznie wyższym poczuciem sensu życia niż chorzy ze schizofrenią. Natomiast w przypadku zmiennych M, P, S-E, L i LAF, średnie arytmetyczne (M_1) są istotnie wyższe w grupie „E”, co świadczy, iż chorych w porównaniu z osobami zdrowymi cechuje znacznie wyższe poczucie bezsensu, bezradności, samowyobcowania, samotności i alienacji. Wyraża się to brakiem wiary w istnienie jasnych i spójnych wartości, przekonaniem, że zdarzenia życiowe nie zależą od własnego zachowania, ale od losu, szczęścia czy też przypadku. Chorych poza tym charakteryzuje poczucie wyobcowania ze środowiska, osamotnienia, izolacji od innych, znaczących osób oraz oderwania od ważnych sfer życia, tj. norm społecznych, wartości, poglądów itp. Osobom badanym z grupy „K” możemy przypisać takie cechy, jak: wiara w istnienie wartości dla których warto żyć i działać, wewnątrzsterowność, silne poczucie własnej tożsamości, autentyczności i indywidualności, przekonanie, że postępowanie zgodne z własnymi ideami i poglądami pozwala na realizację wyznaczonych celów i zadań oraz poczucie pozostawania w jedności z otoczeniem.

Interpretacja różnic w zmiennych Aff i P-Adj upoważnia do stwierdzenia, że osoby zdrowe odczuwają większą potrzebę afiliacji i wykazują lepsze przystosowanie do środowiska społecznego niż chorzy. Są towarzyskie, łatwo adaptują się do zmiennych wymagań grupowych, przejawiają pozytywne nastawienie do życia oraz zdolność do inicjowania działań i doprowadzania ich do końca. Chorzy zadręczają się problemem relacji z innymi ludźmi, komplikują te stosunki i boją się zaangażowania emocjonalnego. Tkwiące u podłoża lęk i niepewność czynią trudnym, jeśli nawet nie niemożliwym uczestnictwo w towarzyskich interakcjach. Chorzy są pełni niepo-

koju, przewrażliwieni, nieufni, unikają głębszych związków z innymi, lękają się o swoją umiejętność radzenia sobie ze stresem i napięciami jakie niesie życie codzienne. Otoczenie postrzega ich jako osoby przyjmujące postawę obronną i „nieobecne”.

Chorzy bardziej niż ludzie zdrowi są gotowi i otwarci na pomoc i poradę innych osób (zmienna CRS) – przy czym ta gotowość jest większa u kobiet ($p = 0,006$) – ponieważ mają poważne trudności w kontaktach interpersonalnych, niską samoocenę, postawy ambiwalentne oraz poczucie opuszczenia i niezdolności do cieszenia się życiem. Badani z grupy kontrolnej wykazują natomiast większe zaufanie do swoich zdolności osiągnięcia celów i uzyskiwania zadowolenia z życia, stąd z mniejszym prawdopodobieństwem będą poszukiwały rad i wsparcia u innych ludzi.

6. WNIOSKI

1. Chorzy ze schizofrenią paranoidalną charakteryzują się wysokim poziomem ogólnego poczucia alienacji.
2. Chorych ze schizofrenią paranoidalną cechuje poczucie bezsensu, bezradności, samowyobcowania i izolacji.
3. Chorzy ze schizofrenią paranoidalną przejawiają słabe poczucie celu i sensu życia, czyli niską ocenę wartości życia i samego siebie.
4. Chorzy ze schizofrenią paranoidalną odczuwają słabą potrzebę afiliacji i stowarzyszenia oraz wykazują gorszy stopień przystosowania do otoczenia społecznego.
5. Chorzy ze schizofrenią paranoidalną wykazują wysoką gotowość na pomoc i poradę innych ludzi, a więc oczekiwanie wsparcia społecznego.
6. U chorych na schizofrenię paranoidalną im wyższy poziom poczucia alienacji, tym słabsze poczucie sensu życia.
7. Wśród chorych płeć nie różnicuje uzyskanych wyników w zakresie badanych zmiennych.
8. Chorzy ze schizofrenią paranoidalną charakteryzują się swoistymi właściwościami osobowości, które można określić mianem osobowości alienacyjnej.

BIBLIOGRAFIA

- Aiken, M., Bacharach, S. B., French, J. L. (1980). Organizational structure, work process, and proposal making in administrative bureaucracies. *Academy of Management Journal*, 1980, 23, 631-652.

- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. F., Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Blazowsky, R. A.(1978). School bureaucracy and teacher alienation. *Dissertation Abstracts International*, 38, 3820-3821.
- Brownfield, C. A.(1972). *The brain benders: A study of the effects of isolation*. New York: Wiley.
- Cassel, J.(1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal Publicity Health*, 64, 128- 136.
- Crozier, M.(1967). *Biurokracja. Anatomia zjawiska*. Warszawa: PWN.
- Crumley, F. E.(1982). The adolescent suicide attempt: A cardinal symptom of a serious psychiatric disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 158-165.
- Dean, D.(1961). Alienation: its meaning and measurement. *American Sociological Review*, 26, 753-758.
- Eisemann, M.(1984). Contact difficulties nad experience of loneliness in depressed patients and nonpsychiatric controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 70, 160-165.
- Finifter, A. (ed.) (1972). *Alienation and the social system*. New York: Wiley
- Frieze, I. H., Bar-Tal, D., Carroll, J. S. (eds.) (1979). *New approaches to social problems: Applications of attribution theory*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Fromm, E.(1970). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.
- Gough, H. G., Heilbrun, A. B.(1965). *The Adjective CheckList: Manual*. New York: Consulting Psychologist Press.
- Henderson, S., Byrne, D. G., Duncan-Jones, P., Scott, R.(1981). Social relationships, adversity and neurosis: A study of associations in general population sample. *British Journal of Psychiatry*, 136, 574-583.
- Jakubik, A.(1999). *Zaburzenia osobowości*. Warszawa: WN PZWL, Wyd. 2.
- Jones, W. H., Freemon, J. E., Goswick, R. A.(1981). The persistence of loneliness: Self and other determinants. *Journal of Personality*, 49, 27-48.
- Juczyński, Z.(1981). Psychologiczne determinanty funkcjonowania psychospołecznego. W: K. Pełka-Sługocka (red.). *Pasożytnictwo społeczne czy inwalidztwo u młodzieży*. Warszawa: PWN.

- Kmieciak-Baran, K.(1995). *Poczucie alienacji*. Gdańsk: UG.
- Korzeniowski, K.(1986). Ku pojęciu poczucia alienacji. *Przegląd Psychologiczny*, 29, 345-369.
- Korzeniowski, K.(1990). O dwóch psychologicznych podejściach do problematyki alienacji. Próba syntezy. *Przegląd Psychologiczny*, 33, 121-145.
- Lynch, J. J., Convey, W. H.(1979). Loneliness disease and death: Alternative approaches. *Psychosomatics*, 20, 702-708.
- Maroldo, G. K.(1981). Shyness and loneliness among college men and women. *Psychological Reports*, 48, 875-886.
- May, R.(1972). *Power and innocence*. New York: Norton.
- McClosky, H., Schaar, J. H.(1965). Psychological dimensions of anomie. *American Sociological Review*, 1965, 30, 14-40.
- Middleton, R.(1963). Alienation, race and education. *American Sociological Review*, 28, 973-977.
- Miller, G. A.(1967). Professionals in bureaucracy: Alienation among industrial scientists and engineers. *American Sociological Review*, 32, 755-768.
- Nettler, G.(1957). A measure of alienation. *American Sociological Review*, 22, 670-677.
- Nerviano, V. J., Gross, W. F.(1976). Loneliness and locus of control for alcoholic males: validity against Murray needs and Cattell trait dimensions. *Journal of Clinical Psychology*, 32, 479-484.
- Ostrov, E.(1986). Loneliness, shyness and withdrawal in adolescence. *Advances in Adolescent Mental Health*, 1, 29-58.
- Ostrov, E., Offer, D.(1978). *Adolescent youth and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Otto, L. B., Featherman, D. L.(1975). Social, structural and psychological antecedents of self-estrangement and powerlessness. *American Sociological Review*, 40, 701-719.
- Peplau, L. R., Perlman, D. (eds.) (1982). *Loneliness: A source book of current theory, research and therapy*. New York: Wiley.
- Pugh, D. S., Hickson, D. J., Hinnings, C. R.(1969). An empirical taxonomy of structures of work organization. *Administrative Science Quarterly*, 14, 115-126.
- Riesman, D.(1970). *Samotny tłum*. Warszawa: PWN.
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind*. New York: Basic Books.
- Schacht, R.(1971). *Alienation*. New York: Anchor Books.

- Seeman, M.(1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Review*, 24, 783-791.
- Seeman, M.(1975). Alienation studies. *Annual Review of Sociology*, 23, 91-123.
- Shulz, R.(1976). Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 33, 563-573.
- Srole, L.(1956). Social integration and certain corollaries. *American Sociological Review*, 21, 709-716.
- Struening, E. L., Richardson, A. H.(1965). A factor analytic exploration of the alienation, anomia and authoritarianism domain. *Journal of Social Psychology*, 66, 353-358.
- Suedfeld, P.(1982). Aloneness as a healing experience. W: L. A. Peplau, W. Perlman (eds.): *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley, s.56- 72.
- Terelak, J.(1982). *Człowiek w sytuacjach ekstremalnych*. Warszawa: MON.
- Weiss, R. S.(1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Boston: MIT Press.
- Wenz, F. V.(1977). Seasonal suicide attempts and forms of loneliness. *Psychological Reports*, 40, 807-810.
- Wojciszke, B.(1983). *Psychologia społeczna. System poznawczy i procesy spostrzegania ludzi*. Gdańsk: UG.
-