

Niektóre teorie psychologiczne wyjaśniające zachowania reaktywne u inwalidów

Some psychological theories explaining reactive behaviors in the disabled

ZDZISŁAW MAJCHRZYK

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie

STRESZCZENIE. Autor omawia niektóre z psychologicznych teorii (teoria naznaczania, Adlera teoria indywidualnej psychologii i kompensacji), a także sytuacje trudne, z jakimi spotykają się inwalidzi. W oparciu o przedstawione teorie i sytuacje stara się wyjaśnić zachowania obronne i zaburzenia reaktywne występujące u tych osób w sytuacjach trudnych, także w warunkach pozbawienia wolności.

SUMMARY. Some psychological theories (of labeling, Adler's theory of individual psychology and compensation), as well as difficult situations encountered by the disabled are outlined by the author. On the grounds of the presented theories and situations an attempt is made to explain defence behaviors and reactive disorders occurring in such persons in stressful circumstances, including imprisonment.

Słowa kluczowe: inwalidztwo / osobowość / reakcje obronno-przystosowawcze
Key words: disability / personality / defensive-adaptational reactions

Zagadnienia osobowości należą do najbardziej spornych w psychologii, czego dowodem jest istnienie około stu definicji osobowości i tyluż jej interpretacji. Niejednoznaczność podstawowego pojęcia prowadzi do powstawania teorii opierających się na różnych kryteriach podziału. Wszystkie one dążą do wyjaśnienia skomplikowanych procesów życia psychicznego, stawiając sobie jednocześnie cele praktycznego wykorzystania założeń teoretycznych. Najogólniej mówiąc, wyróżnia się następujące teorie osobowości: biologiczne, psychologiczne i socjologiczne; w zależności od tego, który z trzech aspektów (człowiek-organizm, człowiek-psychika, człowiek-jednostka społeczna) wysuwa się na plan pierwszy w analizie osobowości.

Do teorii biospołecznych należą między innymi teorie Adlera, Thorndike'a, Mowrera, MacKinnona. Wśród teorii socjologicznych można wymienić: teorie Diltheya, Deveya

i Sprangera. Hilgard [17] dzieli teorie osobowości na cztery grupy, mianowicie: teorie typów, teorie cech, teorie rozwojowe i teorie dynamiki osobowości. Szewczuk [29] rozróżnia dwie grupy teorii: intragenne i ekstragenne w zależności od tego, czy genezy osobowości poszukuje się w samej jednostce, jej dyspozycjach wewnętrznych, wrodzonych siłach, czy też w świecie otaczającym, a szczególnie w warunkach życia społecznego.

Teorie rozwojowe opierają się całkowicie lub częściowo na teorii psychoanalitycznej, która wiąże rozwój jednostki z etapami jej rozwoju psychoseksualnego. Teorie uczenia się kładą główny nacisk na doświadczenia wczesnego okresu rozwojowego. Jak podaje Hilgard [17] wspólne dla teorii psychoanalizy i teorii uczenia się jest rozpatrywanie terażniejszości w terminach przeszłości.

Z teoriami uczenia się w ścisłym związku pozostaje tzw. teoria ról warunkująca zachowanie się człowieka czynnikami społecznymi.

Teorie cech są reprezentowane przez Allporta [2, 3] i Cattela [7]. Cattel, badając cechy osobowości, stworzył metodę analizy czynnikowej przydatną do celów psychologii klinicznej, która pozwala na określenie „profilu cech osobowości”. Ale uzyskany profil cech, chociaż mówi coś niecoś o strukturze osobowości, nie jest dość dynamiczny, aby ukazać wzajemne zależności między cechami danej jednostki [17].

Teorie dynamiki osobowości w swoich badaniach są nastawione na analizę uwarunkowań sytuacyjnych jako wyznaczników działania. Wśród nich wypada wspomnieć o teorii Lewina [23], zwanej teorią pola, która w analizie zachowania jest skoncentrowana na teraźniejszości, aktualnych konfliktach i sposobie ich rozwiązywania przez jednostkę.

Ogólna tendencja badaczy zajmujących się osobowością ukierunkowana jest na rozpatrywanie jej struktury. Strukturę osobowości traktuje się jako pewną całość złożoną z części, które są wzajemnie zależne. Strukturę tę przedstawia się przeważnie w różnych zespołach elementów składowych. Ogólnie biorąc ujmuje się osobowość:

- (a) w kategoriach cech, rozumiejąc cechę jako wewnętrzną gotowość do działania w określony sposób,
- (b) w postaci zespołów cech, które występują równocześnie,
- (c) w postaci typów osobowości.

Zależnie od przyjętej postawy metodologicznej i terminologii pojęciowej przyjmuje się różne sformułowania mające określić strukturę, genezę, ewolucję i determinanty osobowości. Stojąc na stanowisku, że osobowość powinna być pojmowana dynamicznie w aspekcie przystosowania jednostki do wymogów życia i zmieniających się jednostkowych układów, psychologowie kliniczni posługują się definicją osobowości sformułowaną przez Hilgarda [17] traktując osobowość jako zorganizowaną strukturę cech indywidualnych i sposobów zachowania, która decyduje o specyficznych sposobach przystosowania się danej jednostki do środowiska. W definicji tej akcentuje się warunki biolo-

giczne i społeczne jako istotnie wpływające na przystosowanie się. Głównie odwołuje się ona w swych implikacjach do zmiennych warunków życia i zmiennych reakcji podmiotu działania. Zdrowa osobowość, (inaczej opisywana jako dojrzała) określana jest przez zespół pozytywnych cech. Najczęściej wymienia się: pomyślną adaptację do otoczenia [13], przewagę motywacji świadomych nad nieświadomymi, samorealizację i produktywność [12, 18], pozytywną i dobrze zintegrowaną koncepcję samego siebie, odpowiadającą rzeczywistości [10].

Potrzeba samorealizacji w rozumieniu Junga i Fromma ma polegać na ciągłym rozwoju zgodnym z indywidualnymi predyspozycjami. Fromm rozszerza te zagadnienia na związek jednostki ze społeczeństwem, Jung natomiast koncentruje się na problemach samej jednostki i jej indywidualnym rozwoju.

Cechą zdrowej osobowości w aspekcie procesów przystosowania jest jej plastyczność (*flexibility*), tj. zdolność rozwijania wciąż nowych odpowiedzi na zmieniające się układy zewnętrzne. Kryzys tej adaptacji – w szczególności trudnych sytuacjach lub w okresie zmniejszonej odporności – prowadzi do zachwiania równowagi psychofizycznej.

Dla struktury osobowości ważna jest pozytywna koncepcja samego siebie (*ego-identity*), która polega na pozytywnej ocenie własnej odrębności, pozycji w życiu, swego układu odniesienia w stosunku do otoczenia. Fizjologicznie jest ona niepełna w okresie dojrzewania oraz w różnych stanach odchylenia psychicznych. Koncepcja samego siebie obejmuje zarówno koncepcję obrazu ciała, jak i psychiki.

Cechą motywacji jest nadawanie kierunku działalności i sterowanie tą działalnością, innymi słowy: motywacja – to emocja + kierunek działania. Poszczególne emocje, czy raczej funkcje emocjonalne, są regulowane ośrodkowo. Procesowi emocjonalnemu towarzyszy określony stan subiektywny, jako przeżycie emocjonalne lub poznawcze.

W stanach zaburzeń reaktywnych źródło wzmoczonej aktywności, często nieuporząd-

kowanej, stanowią wszelkie stany obciążenia fizycznego i psychicznego, w których łatwo dochodzi do dezorganizacji normalnych procesów regulacji. Emocje wywierają wpływ powodujący selekcjonujący odbiór, przechowywanie i odtwarzanie informacji, tym samym zaburzają procesy postrzegania i uczenia się. W warunkach zagrożenia uczenie się przebiega gorzej, a wpływ emocji ujawnia się w procesach kojarzeniowych, nastroju, mimice, reakcjach obronnych oraz w zachowaniu. Problemy te nabierają szczególnego znaczenia w procesach samoregulacji u inwalidów, w stanie kalectwa fizycznego, kiedy to człowiek wypracowuje nowe umiejętności przydatne do życia samodzielnego i ma zmienioną motywację i warunki. W tym procesie przystosowania się do kalectwa wydaje się odgrywać rolę nie tyle określony profil osobowości, ile jej dojrzałość emocjonalna i zachowana zdolność do prawidłowej percepcji samego siebie, tj. fizycznego obrazu swego ciała i zaistniałych zmienionych relacji z otoczeniem.

TEORIA NAZNACZANIA SPOŁECZNEGO

Obecnie przedstawię niektóre z teorii, które bliżej wyjaśniają mechanizmy funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku społecznym.

Teoria naznaczania społecznego bywa też nazywana teorią „labelingu”, etykietowania (ang. termin *labeling* oznacza dosłownie: „przylepianie etykiety”, a ponadto „piętnowanie”, „stygmatyzacja” i „naznaczanie społeczne”). Prekursorem tej koncepcji jest Lemert [21], a rozwinęli ją [5, 9, 26 i inni]. W Polsce została ona zaakceptowana wśród socjologów ze szkoły Podgóreckiego [m.in. 8, 19, 20, 24]. Koncepcja ta bazuje na terminach teorii roli społecznej, pozwala analizować mechanizmy psychospołeczne, które warunkują pełnienie roli dewianta, a także zmienianie roli i wypadanie z niej [30]. W teorii tej zakłada się, że aby wyjaśnić zaburzone zachowanie, określane tu mianem dewia-

cji, trzeba uwzględnić społeczne oczekiwania co do zachowania się rozmaitych jednostek. Nierespektowanie tych oczekiwań pociąga za sobą negatywne reakcje emocjonalne otoczenia oraz jego działanie, polegające na nadawaniu tym jednostkom etykietek, jak np. „nienormalny”, „dziwak”, „pasożyt społeczny”, „garbus”, „bękart” itp. Oznacza to, że zachowanie jednostki samo przez się nie jest normalne lub nienormalne, ale że spełnia ono (lub nie spełnia) oczekiwania danej grupy, instytucji czy organizacji społecznej. Dewiacją jest więc zachowanie, które ludzie tak nazwali, a dewiantem jest ten, do kogo nazwa ta została z powodzeniem przyklejona. Dewiacją nie jest cechą czynu, który jednostka popełnia, a konsekwencją zastosowania przez innych ludzi norm czy sankcji wobec sprawcy czynu lub osoby ujawniającej obronne zachowania, w tym także zaburzenia reaktywne [5].

Dewiacją jest więc cechą przypisywaną przez otoczenie będące bezpośrednim lub pośrednim świadkiem określonych zachowań jednostki [9]. Jest wynikiem interakcji między ludźmi tworzącymi normy lub je stosującymi a tymi, którzy ich nie przestrzegają [20].

Osoba obdarzona etykietką prędzej czy później sama zaczyna się zachowywać tak jak oczekuje otoczenie, staje się dewiantem, utożsamia się bowiem z przypisywaną jej rolą. Dzięki procesowi naznaczania zaczyna być przeświadczona o swojej odmienności, inności, obcości w stosunku do otoczenia. Zaczyna więc postrzegać siebie oczyma tych, którzy nadali jej dewiacyjną etykietkę. Jeśli taka ocena zostanie dodatkowo potwierdzona autorytetem psychologa czy psychiatry, to osoba uznana za nienormalną, symulanta, psychicznie chorego, inwalidę, może istotnie utracić zdolność do samodzielnego kierowania własnym zachowaniem [4]. Często się zdarza, że gdy osoba broni się przed narzuconą rolą dewianta, otoczenie poprzez dodatkowe reakcje stygmatyzacyjne skłania ją do zachowań zgodnych z przypisywaną jej rolą [19], np. to, co

pacjent w szpitalu psychiatrycznym mówi, traci znaczenie jako źródło informacji i bywa co najwyżej rozpatrywany w kategoriach choroby, względnie postawy obronnej. W ten sposób diagnostyczna interpretacja obraca każdą formę buntu pacjenta przeciwko niemu samemu, jest swoistą karą [4]. Natomiast ten, kto przyjmuje i zaakceptuje narzucone mu stygmaty, bywa nagradzany za odtworzenie stereotypowej roli, może liczyć na swego rodzaju ochronę, a nawet przywileje przewidziane dla kategorii dewiantów [19, 20].

W teorii naznaczania społecznego podkreśla się, że wbrew powszechnie deklarowanym założeniom profilaktycznym, resocjalizacyjnym, rehabilitacyjnym, leczniczym tych działań i realizujących je instytucji (policja, więzienie, szpital psychiatryczny, dom opieki, dom starców) ich rzeczywistą funkcją jest przede wszystkim udzielenie zwrotnej informacji jednostce, że jest dewiantem oraz skłonienie jej do przyjęcia i zaakceptowania takiej roli. Instytucje powołane przez społeczeństwo do sprawowania funkcji kontrolno-izolacyjnych i leczniczych zainteresowane są tworzeniem dewiacji i jej istnieniem [11, 19].

Wspólną cechą zachowań ludzi, którzy zostali zmuszeni do pełnienia określonych ról w tych instytucjach jest uniformizm zachowań i postaw, depersonalizacja i alienacja, a wyniki celów terapeutycznych i resocjalizacyjnych są nikłe, nastawione raczej na dozór niż terapię [14, 33]. O ile przedstawiona teoria wyjaśnia szereg mechanizmów warunkujących określone postawy i zachowania osób chorych psychicznie i inwalidów, to do końca nie wiadomo dlaczego moc naznaczającą mają reakcje tylko niektórych osób, grup czy instytucji, dlaczego osoby naznaczone uznają, że pewne grupy czy instytucje są upoważnione do ich naznaczania.

Teoria ta nie wyjaśnia wprawdzie przekonująco dewiacji pierwotnej, ale niekiedy jest przydatna w wyjaśnianiu dewiacji wtórnej, np. recydywy przestępczej czy dezadaptacji i dewiacji powstałych w wyniku urazu, powstałego inwalidztwa, następują-

cych hospitalizacji psychiatrycznych. Cechuje ją jednak skrajny determinizm. Nie uwzględnia przypadków tych osób, które świadomie buntują się, protestują, dokonują wyborów zachowań niekonwencjonalnych do walki z nie akceptowanym porządkiem. Podkreślanie własnej odrębności, kontestacja to także sytuacje, w których ludzie nie naznaczeni społecznie wybierają dewiacje lub podobne czyny jako formy autoekspresji. Czynniki istotnymi, które teoria ta zdaje się pomijać, są czynniki osobowościowe, które mają wpływ na powstanie (lub niepowstanie) zachowań dewiacyjnych. Nie jest tajemnicą fakt istnienia stygmatów pozytywnych i negatywnych, często występujących u tej samej osoby [20, 24].

Zdaje się również, że przedstawiciele teorii naznaczania nie uwzględnili szeregu alternatywnych możliwości badawczych, a mianowicie tego, że zachowanie i samookreślenie mogą się zmieniać niezależnie od siebie. Naznaczenie może nie mieć istotnego wpływu na samoocenę jednostki, naznaczenie może odstraszać, zamiast utrwaląc dewiacyjne zachowanie. Naznaczenie może nie być arbitralne i mieć bardziej na względzie wpływ na szerszą populację (prewencja ogólna) niż kontrolę jednostki (prewencja szczególna) [11].

TEORIE INDYWIDUALNEJ PSYCHOLOGII I KOMPENSACJI

Związek psychiki ze stanem zdrowia fizycznego (cechy temperamentu, budowa ciała i cechy fizyczne) sygnalizuje starożytna medycyna (Empedokles, Hipokrates). Psychologia również akcentuje ten związek w sensie tendencji do mniej lub bardziej ścisłego (deterministycznego) wiązania i wyjaśniania istniejących zależności lub stwierdzenia nasilenia tego związku. Szczególnie związek ten podkreślany jest tam gdzie istniejące zaburzenia psychiczne związane są z kalectwem i mają wyraźne uwarunkowanie reaktywne. U podłoża zmian osobowości leży przeświadczenie chorego o jego inności

(w sensie odchylenia) od obowiązującej normy w danym środowisku, postaw i aktywności otaczającej go grupy społecznej.

Adler [1] w teorii indywidualnej psychologii i teorii kompensacji chyba najbardziej skrajnie przedstawił mechanizm rozwoju i funkcjonowania osobowości z defektem fizycznym. Jego zdaniem, determinującym rozwój osobowości nie jest popęd seksualny, a orientacja życia ludzkiego na osiągnięcie celu. Wszelka działalność ludzka jest z góry zdeterminowana przez cel, którym jest nic innego jak chęć uzyskania przewagi, poczucie mocy, pokonanie innych. Także kompleks może być motorem rozwoju i doprowadzić do kompensacji lub nawet hiperkompensacji w tej dziedzinie, w której się on ujawnia (Demostenes). W toku przeżywania i doświadczenia, jednostka – z defektu, poczucia mniejszej wartości, może uczynić źródło siły i pozytywnych cech osobowości. Z tych powodów może wzrastać potrzeba walki, samopotwierdzenia, współzawodnictwa. Innymi słowy deformacja, kalectwo jest czymś pozytywnym i jest koniecznym czynnikiem rozwoju.

Luźniejszy związek cech fizycznych z cechami osobowości dostrzega Allport [2]. Jego zdaniem, fizyczna budowa jest tylko pośrednio związana z osobowością. Silna i prawidłowa budowa fizyczna predystynuje do rozwijania ekstrawertywnych i społecznie pozytywnych cech. Osoby o zdeformowanej budowie fizycznej ujawniają tendencje do introwersji, autystycznej osobowości. Zdaniem Wright [31] somatyczne odchylenie od normy jako fakt fizyczny nie stanowi czynnika bezpośrednio determinującego zachowanie. Obserwuje się różnorodność reakcji na inwalidztwo. Podobnie Bender [6] i Schilder [27] podkreślają znaczenie obrazu ciała. Obraz ciała odgrywa, ich zdaniem, u każdego człowieka istotną rolę, jeśli chodzi o stosunek do siebie samego, do innych osób. Ciało, jego wygląd, stopień sprawności są istotą koncepcji samego siebie określanej w psychologii jako „ja”, „ja sam” czy też „ego”. Ten obraz przesądza w dużym

stopniu o tym, jak jednostka widzi samą siebie i jak – jej zdaniem – widzą ją inni. Na skutek deformacji fizycznej, kalectwa, inwalidztwa następuje naruszenie struktury własnego „ja”, podstawowego obrazu siebie. Rodzą się pytania, wątpliwości. Czy jestem tą samą osobą? Czy mogę sobie ufać? Czy sprodam zadaniom? Czy jestem akceptowany itp.?

Przytoczone dane wskazują na to, że występujące w inwalidztwie (homilopatii) zaburzenia i reakcje obronne (kompensacyjne) nie tylko powodują negatywne skutki w sensie zakłócenia relacji z otoczeniem, ale mogą czasami wpływać na pozytywny rozwój osobowości lub aktywność zawodową i społeczną. Praktyka biegłego wskazuje, że częściej jednak spotykamy się z negatywnymi skutkami, powodującymi dewiacje osobowości i zakłócenie relacji z otoczeniem. Poczucie mniejszej wartości, nieufność, wrogość otoczenia, deprywacja sensoryczna, daleko idąca izolacja, aż do wystąpienia zaburzeń psychotycznych nasuwają potrzebę wnikliwego traktowania i oceny wszelkich reaktywno-obronnych reakcji powstałych u tych osób. Opiniujący psycholog musi pamiętać o tym, że niepełnosprawność jest w pewnym sensie predezpozycją do tworzenia sytuacji problemowych (trudnych).

SYTUACJA PROBLEMOWA

U inwalidów sytuacja problemowa to z reguły taka, w której nie została zachowana odpowiedniość między warunkami zewnętrznymi a możliwościami jednostki. Środowisko społeczne jest zorganizowane niejako dla ludzi zdrowych: te osoby są brane pod uwagę przy formułowaniu ogólnych systemów wartości. Odwołując się do możliwości zdrowych osób opracowywane są kryteria ocen społecznych, pod ich adresem formułowane są wymagania.

Naturalne środowisko nie uwzględnia możliwości, jakimi dysponuje osoba niepełnosprawna. Staje ona więc przed dylematem: albo wyłączyć się całkowicie z życia

społecznego, albo uczestniczyć w nim, co będzie równoznaczne z dużym wysiłkiem fizycznym i psychicznym, ze stresem, z ciągłymi frustracjami itp. A zatem ani jedno, ani drugie rozwiązanie nie jest satysfakcjonujące.

Sytuacje, do których predysponuje niepełnosprawność, to szczególnego rodzaju sytuacje trudne, a co najważniejsze – wymagające rozwiązania. Rodzi to prawdopodobieństwo wejścia w sytuacje problemowe, których stopień i nasilenie będzie zależał od rodzaju inwalidztwa i zaistniałych dysfunkcji, wydolności psychicznej jednostki, jej właściwości osobowościowych, a także od warunków zewnętrznych, w których ona żyje. Znalazienie się w sytuacji problemowej jest faktem obiektywnym. Takim faktem będzie sytuacja niewidomego, który znalazł się na przebudowanej właśnie ulicy, inwalidy po amputacji kończyn dolnych, który chce pójść do urzędu i ma kłopoty z wejściem do budynku, dziecka z porażeniem mózgowym, które nie potrafi w szkole odwzorować poprawnie liter, pacjenta z uszkodzeniem rdzenia kręgowego, który nie potrafi zaspokoić potrzeby seksualnej itp. Wszystkie te sytuacje skłaniają osoby niepełnosprawne do zdefiniowania istoty trudności, a więc określenia problemu. Bardzo ważne jest w tym określeniu znalezienie odpowiedzi na pytanie: jakie są przyczyny zaistniałych trudności. Odpowiedzi na te pytania mogą być szczególnie trudne i zróżnicowane.

Należy pamiętać o tym, że sytuacja osoby niepełnosprawnej ma dwa wymiary: obiektywny i subiektywny. Pierwszy sprowadza się do działania jednostki niepełnosprawnej w środowisku. Drugi zaś odnosi się do jej przeżyć psychicznych oraz werbalizowania przez nią sytuacji problemowej. To rozróżnienie jest ważne z dwóch powodów. Umożliwia ono kategoryzację sytuacji problemowych, głównie w aspekcie oceny jej rozmiarów i stopnia jej odczuwania przez osobę niepełnosprawną. Nie tylko samo inwalidztwo, ale i psychologiczna na nie reakcja określają ważność i zakres sytuacji proble-

mowych, do których rozwiązania w różnym stopniu może być predysponowana jednostka niepełnosprawna. Wyniki na temat rozmiarów inwalidztwa a akceptacją kalektwa nie są jednoznaczne, choć niewątpliwie lepsze możliwości w uzyskaniu przystosowania mają te osoby, które wykazują wyższą samoocenę, a ich oczekiwania co do możliwości uzyskania usprawnienia i efektów rehabilitacji są realne [16, 28, 32].

Bardziej istotniejszy wydaje się związek pomiędzy efektami terapii a uwarunkowaniami środowiskowymi. Skuteczność w rehabilitacji zależy zdaniem Roesslera i Baltona [25] od: dostępności do środków rehabilitacyjnych i stanowisk pracy, normalnych związków rodzinnych, zwłaszcza ze współmałżonkiem, specyficznych postaw najbliższego otoczenia wobec inwalidy (lęk, wrogość, niechęć), uzyskania wsparcia ze strony organizacji społecznych, zależności ekonomicznej i innych barier utrudniających normalne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Należy pamiętać, że sytuacja pozbawienia wolności może być trudną, zarówno obiektywnie jak i subiektywnie. Po zatrzymaniu może pojawić się zagubienie w zaistniałej sytuacji, brak dotychczasowej (specjalistycznej) opieki i pomocy. Niezadowolenie, niechęć, obniżenie nastroju, istotne utrudnienie w komunikacji, to też czynniki stymulujące pojawienie się reakcji obronnych o różnym stopniu nasilenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Adler A.: *The neurotic constitution*. New York 1927.
2. Allport G.W.: *Personality – A Psychological Interpretation*. Holt, New York 1937.
3. Allport G.W.: *Właściwości motywacji człowieka*. W: *Problemy osobowości w psychologii amerykańskiej*. PWN, Warszawa 1964.
4. Axer A.: *Niektóre cechy reakcji społecznej na chorobę psychiczną*. (Na marginesie teorii nazywania społecznego). *Studia Socjologiczne* 1980, 3, 67–86.
5. Becker H.: *Outsiders: Study in the Sociology of Deviance*. New York 1963.

6. Bender L.: Psychoses associated with somatic diseases that distort the body structure. *Arch. Neurol. Psychiatr.* 1934.
7. Cattell R.B.: Description and measurement of personality. Yonkers-Hudson, New York 1946.
8. Cygielska K.: Przegląd teorii. W: Podgórecki A. (red.): Zagadnienia patologii społecznej. PWN, Warszawa 1976.
9. Erickson E.: Notes on the sociology of deviance. W: Becker H. (red.): The other side. New York 1964.
10. Erikson E.H.: Identity, youth and crisis. Norton, New York 1968.
11. Falandysz L.: W kręgu kryminologii radykalnej. WP, Warszawa 1986.
12. Fromm E.: Ucieczka od wolności. PIW, Warszawa 1966.
13. Gerstman S.: Wybrane problemy poznawania osobowości. Ossolineum, Wrocław-Warszawa-Kraków 1968.
14. Goffman E.: Charakterystyka instytucji totalnych. W: Derczyński W., Jasińska-Kania A., Szacki J. (red.): Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej. PWN, Warszawa 1975.
15. Goffman E.: Człowiek w teatrze życia codziennego. PWN, Warszawa 1981.
16. Gray R.M., Reinhardt A.M., Ward J.: Psychosocial factors involved in the rehabilitation of persons with cardiovascular diseases. W: Stubbins J. (red.): Social and psychological aspects of disability. University Park Press, Baltimore 1977.
17. Hilgard E.R.: Wprowadzenie do psychologii. PWN, Warszawa 1967.
18. Jacobi J.: Psychologia C.G.Junga. Inst. Wyd. „PAX”, Warszawa 1968.
19. Kwaśniewski J.: Czy istnieje dewiacja społeczna? *Studia Socjologiczne* 1982, 3-4, 219-235.
20. Kojder A.: Co to jest teoria naznaczenia społecznego? *Studia Socjologiczne* 1980, 3, 205-213.
21. Lemert E.M.: Primary and secondary deviation. W: Rubington E., Weiberg M.S. (red.): Deviance. Macmillan, New York 1973.
22. Levine W.S.: The psychology of deafness. Techniques of appraisal for rehabilitation. New York 1960.
23. Lewin K.: A dynamic theory of personality. Selected papers. McGraw-Hill, New York 1935.
24. Łoś M.: Teoria społeczeństwa a koncepcja dewiacji. W: Podgórecki A. (red.): Zagadnienia patologii społecznej. PWN, Warszawa 1976.
25. Roessler R., Balton B.: Psychological adjustment to disability. University Park Press, Baltimore 1978.
26. Scheff T.J.: Schizophrenia as ideology. W: Scheff T.J. (red.): Labeling madness. New York 1975.
27. Schilder P.: The image and appearance of the human body. International University Press, New York 1950.
28. Shontz F.C.: Ciężkie choroby przewlekłe. W: Garrett J.F., Levine E.S. (red.): Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów. PZWL, Warszawa 1972.
29. Szewczuk W.: Psychologia. PZWS, Warszawa 1962.
30. Welcz Z.: Choroba jako dewiacja społeczna. Zastosowanie teorii naznaczenia społecznego w rozważaniach nad chorobą. *Studia Socjologiczne* 1979, 3, 151-166.
31. Wright B.A.: Psychologiczne aspekty fizycznego inwalidztwa. PWN, Warszawa 1965.
32. Wrochno-Stanke K.: Niepełnosprawni o swojej sytuacji życiowej. W: Sokołowska M., Rychard A. (red.): Studia z socjologii niepełnej sprawności. Ossolineum, Wrocław 1983.
33. Yuchtman M.R., Seashore S.E.: Efektywność organizacji w świetle zasobów systemu. W: Scott W.E., Cummings L.L. (red.): Zachowanie człowieka w organizacji. PWN, Warszawa 1983.

*Adres: Dr Zdzisław Majchrzyk, Klinika Psychiatrii Sądowej IPiN,
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*