



Złożenie pracy online:
2025-02-07 09:46:57
Kod pracy:
22365/46403/CloudA

Mariusz Kopaczek-Styczeń

(nr albumu: 27236)

Praca magisterska

Zależność pomiędzy biblioterapią w modelu CBT a zdrowiem psychicznym w kontekście pracy i wsparcia społecznego polskich migrantek i migrantów w Norwegii

The Relationship Between Bibliotherapy in the CBT Model and Mental Health in the Context of Work and Social Support Among Polish Migrants in Norway

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia biznesu, psychologia kliniczna i osobowości, neuropsychologia

Promotor: dr Katarzyna Marchewka

Składam serdeczne podziękowania Pani Doktor Katarzynie Marchewce – za nieocenione wsparcie, akceptację mojego pomysłu oraz merytoryczną opiekę nad niniejszą pracą. Jej cenne wskazówki i zaangażowanie były dla mnie nieocenioną pomocą na każdym etapie realizacji tego projektu. Szczególne podziękowania kieruję również do Pana dr hab. Wacława Bąka, prof. KUL, za udostępnienie kwestionariusza STAXI-2. Chciałbym także wyrazić wdzięczność wszystkim osobom, które wspierały mnie w trakcie studiów oraz podczas procesu pisania tej pracy – zarówno mojej Rodzinie, Przyjaciołom, jak i Wykładowcom, których inspiracja i pomoc miały istotny wpływ na moje życie akademickie i osobisty rozwój.



Streszczenie

Praca koncentruje się na ocenie wpływu interwencji biblioterapeutycznej opartej na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej na zdrowie psychiczne osób polskiego pochodzenia mieszkających w Norwegii. Badania przeprowadzono łącząc analizę jakościową – opartą na częściowo ustrukturyzowanych wywiadach z uczestniczkami oraz obserwacjach w środowisku emigracyjnym – z podejściem ilościowym wykorzystującym standaryzowane testy psychometryczne (PSS-10, BDI-II, STAXI-2) w grupie badanej ($n = 5$) oraz kontrolnej ($n = 103$). Wyniki wskazują na możliwą tendencję do redukcji objawów depresyjnych po zastosowaniu interwencji, przy jednoczesnym wzroście świadomości emocjonalnej oraz poprawie zdolności do regulacji złości i obniżeniu stresu. Analiza jakościowa ujawniła, że biblioterapia umożliwiła uczestniczkom lepsze rozpoznanie i reinterpretację negatywnych schematów myślowych, co przełożyło się na wzrost poczucia własnej wartości i skuteczniejszą adaptację do warunków życia na emigracji. Wnioski z pracy sugerują, iż interwencja ta stanowi obiecujące narzędzie wsparcia samopomocowego w zakresie zdrowia psychicznego migrantów, jednakże dalsze badania na większych próbach są konieczne w celu pełnej weryfikacji uzyskanych efektów.

Słowa kluczowe

lęk, stres, złość, depresja, migracja, biblioterapia, CBT, Norwegia



Abstract

This work evaluates the impact of a bibliotherapeutic intervention based on cognitive – behavioral therapy principles on the mental health of Polish individuals residing in Norway. The research employed a mixed – methods approach combining qualitative analysis – through partially structured interviews with participants and observations within the emigrant environment – with quantitative measures using standardized psychometric tests (PSS – 10, BDI – II, STAXI – 2) administered to an experimental group (n = 5) and a control group (n = 103). Results indicate a potential reduction in depressive symptoms following the intervention, alongside increased emotional awareness, enhanced anger regulation, and decreased stress levels. Qualitative findings further revealed that bibliotherapy facilitated improved recognition and reinterpretation of negative thought patterns, contributing to an elevated sense of self – worth and more effective adaptation to life in emigration. These findings suggest that the intervention represents a promising self – help tool for supporting migrant mental health; however, further studies involving larger samples are necessary to fully validate the observed effects.

Keywords

anxiety, stress, anger, depression, migration, cognitive-behavioral therapy, bibliotherapy, Norway



Spis treści

Wstęp.....	6
1. Koncepcje teoretyczne i kontekst problematyki migracji	9
1.1 Lęk i zaburzenia lękowe	9
1.1.1 Ujęcie teoretyczne – wprowadzenie	10
1.1.2 Lęk – rozumienie poznawcze i behawioralne.....	10
1.1.3 Biologiczna interpretacja lęku	12
1.2 Stres – wybrane koncepcje	13
1.2.1 Podstawy teoretyczne stresu.....	13
1.2.2 Stres – podejście klasyczne	14
1.2.3 Mechanizmy biologiczne stresu	16
1.3 Depresja – wybrane koncepcje	17
1.3.1 Wielowymiarowy charakter depresji.....	18
1.3.2 Rozwój rozumienia podejść.....	19
1.3.3 Modele poznawcze depresji	19
1.3.4 Depresja – ujęcia trzeciej fali CBT.....	21
1.3.5 Modele alternatywne depresji.....	22
1.4 Złość – wybrane koncepcje	22
1.4.1 Definicje i zróżnicowanie pojęć, charakterystyka złości.....	23
1.4.2 Funkcje złości.....	24
1.4.3 Ekspresja i kontrola złości.....	25
1.4.4 Model emocji i złość Spielbergera	26
Złość jako stan.	26
Złość jako cecha.	26
1.4.5 Neurobiologiczne i fizjologiczne podstawy złości.....	27
1.4.6. Złość a stan psychofizyczny	28
1.5 Migracja – kontekst psychologiczny	29



1.5.1 Migracja, ujęcie psychologiczne	29
1.5.2 Kontekst społeczny migracji osób polskiego pochodzenia w Norwegii	30
1.5.3 Teoria akulturacji	32
1.5.4 Stres związany z migracją	33
1.5.5 Depresja w migracja	34
1.5.6 Migracje a złość	34
1.6 Model terapii poznawczo behawioralnej	35
1.6.1 Terapia behawioralna	35
1.6.2 Druga fala	36
1.6.3 Trzecia fala	37
1.6.4 Terapia poznawczo-behawioralna – wielowymiarowe analizy oddziaływania... 37	
Lęk.	38
Stres.	38
Złość.	38
Depresja.	39
Biblioterapia.	39
1.7 Biblioterapia	40
1.7.1 Biblioterapia, analiza tematu, definicja	40
1.7.2 Co działa w biblioterapii	42
1.7.3 Analiza skuteczności biblioterapii	43
1.7.4 Przegląd literatury do prowadzenia biblioterapii w nurcie CBT	44
1.7.5 Książka „Autoterapia” Magdaleny Staniek jako narzędzie biblioterapeutyczne 45	
1.8 Podsumowanie części teoretycznej	46
2. Metodologia badań własnych	48
2.1 Przedmiot pracy i zakres badania	48
2.2 Pytania badawcze i hipotezy badawcze	48
2.3 Charakterystyka grupy badanej i kontrolnej	50



2.3.1	Charakterystyka grupy badanej poddanej interwencji.....	50
2.3.2	Kryteria doboru uczestników	51
2.3.3	Kryteria włączenia i wyłączenia uczestników do/z badania	51
2.3.4	Procedury etyczne i zabezpieczenia dotyczące prywatności i dobrostanu uczestników51	
2.3.5	Charakterystyka grupy kontrolnej	51
2.4	Charakterystyka i opis użytych metod badawczych.....	52
2.4.1	Podejście jakościowe.....	52
	Wywiad.....	52
	Obserwacja.	53
2.4.2	Podejście ilościowe	53
	Kwestionariusz własny	53
	Testy psychometryczne.....	53
	Procedura badawcza	53
2.4.3	Wywiad częściowo ustrukturyzowany	54
2.4.4	QDA Miner.....	55
2.4.5	Konstrukcja ankiety dla kwestionariusza badania jakościowego dla obu grup... 56	
2.4.6	Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 S. Cohena, T. Kamarcka i R. Mermelsteina 57	
2.4.7	Inwentarz Depresji Becka BDI-II Aaron T. Beck.....	58
2.4.8	Kwestionariusz Stanu, Cechy, Ekspresji i Kontroli Złości STAXI-2 Charlesa D. Spielbergera.....	60
2.5	Materiał biblioterapeutyczny	63
2.6	Warsztaty i prezentacje	63
	Cykl warsztatów.	63
2.7	Testy statystyczne	65
2.8	Przebieg badania.....	65
2.8.1	Część dla grupy badanej.....	66



2.8.2 Część dla grupy kontrolnej.....	66
2.8.3 Struktura i chronologię badania.....	67
2.8.4 Podsumowanie części metodologicznej.	68
3. Wyniki i analiza badań własnych – część jakościowa.....	69
3.1 Charakterystyka grupy badanej względem skuteczności biblioterapii.....	69
3.2 Studium przypadku, część jakościowa	70
3.2.1 Studium przypadku: Barbara	71
3.2.2 Pre i post test: Barbara.....	88
3.3.1 Studium przypadku: Celina	90
3.3.2 Pre i post test: Celina	104
3.4.1 Studium przypadku: Katarzyna	105
3.4.2 Pre i post test: Katarzyna	119
3.5.1 Studium przypadku: Łucja.....	120
3.5.2 Pre i post test: Łucja	132
3.6.1 Studium przypadku: Wiesława	134
3.6.2 Pre i post test: Wiesława.....	146
3.7 Analiza wyników na podstawie treści wywiadów.....	147
3.7.1 Lęk.....	148
3.7.2 Podobieństwo obserwacji	150
3.7.3 Barbara analiza badania.....	151
3.7.4 Celina analiza badania	153
3.7.5 Katarzyna analiza badania	154
3.7.6 Łucja analiza badania	155
3.7.7 Wiesława analiza badania.....	156
4. Wyniki i analiza badań ilościowych	157
4.1 Grupa badana poddana biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów	157

157



4.1.1 Opis wyników badania grupy badanej poddanej biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów	158
4.1.2 Analiza statystyczna wyników badania grupy badanej poddanej biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów	160
4.1.3 Podsumowanie wyników i analizy statystycznej	161
4.2 Badania ilościowe w badanej grupy kontrolnej osób polskiego pochodzenia a mieszkających w Norwegii ($n = 106$)	162
4.2.1 Opis wyników badania grupy kontrolnej osób polskiego pochodzenia a mieszkających w Norwegii ($n = 106$)	162
4.2.2 Opis wyników testu PSS10 dla grupy kontrolnej	166
4.2.3 Opis wyników testu BDI-II dla grupy kontrolnej	167
4.2.4 Opis wyników testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej	169
4.2.5 Analiza statystyczna dla wyników badania grupy kontrolnej	173
4.2.6 Wyniki uzyskane w pytaniu otwartym	177
4.3 Wnioskowanie statystyczne – grupa badana a grupa kontrolna	178
5. Dyskusja wyników	180
5.1 Weryfikacja głównych hipotez badawczych	180
5.2 Weryfikacja szczegółowych hipotez badawczych	183
5.3 Analiza jakościowa i jej implikacje	186
Zakończenie	189
Bibliografia	192
Spis tabel	225
Spis rysunków	227
Spis załączników	228



Wstęp

Migracja stanowi trwały element współczesnego świata, a jej skala systematycznie rośnie¹. Zjawisko to wiąże się z rosnącą mobilnością społeczną oraz nowymi zagrożeniami w różnych regionach świata (Szymańska, 2023). Pomimo zmienności kierunków migracji, jej skutki niezmiennie dotyczą jednostek i całych rodzin, także w Norwegii. Osoby polskiego pochodzenia stanowiły od lat największą grupę imigrantów w Norwegii (SSB, 2024a), dlatego istotnym było i jest dla wszystkich stron aby procesy migracyjne przebiegały bez zakłóceń (Hofstad, 2024; Spilker i in., 2024). Wśród wielu opisywanych zjawisk dotyczących niektórych grup migrującej polonii, zauważalna była zmiana jaka zachodziła w czasie pobytu na emigracji, a związana miała być z tzw. *efektem zdrowego migranta* (Cianciara i in., 2023; Pawlak-Kałużyńska, 2022a). W pracy tej podjęto próbę interwencji, która mogła zapobiegać lub zmniejszyć ten efekt w obrębie zdrowia psychicznego migrujących.

Celem niniejszego badania była analiza zależności pomiędzy interwencją w postaci biblioterapii opartej na założeniach terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive Behavioral Therapy* [CBT]) a zdrowiem psychicznym polskich migrantek i migrantów mieszkających w Norwegii. Badanie podjęto w odpowiedzi na zauważalną lukę w literaturze naukowej dotyczącą wsparcia samopomocowego dla przebywających na emigracji w Norwegii oraz szereg innych istniejących potrzeb związanych z pobytem na emigracji. Pomimo licznych opracowań poświęconych problemom zdrowia psychicznego wśród migrantów, niewiele z nich koncentrowało się bowiem na wykorzystaniu biblioterapii jako dostępnej formy wsparcia. Do głównych czynników wymienionych w tej pracy a wpływających negatywnie na tę grupę zaliczono czynniki takie jak: stres związany z migracją, izolację społeczną, dyskryminacje, traumatyczne doświadczenia sprzed migracji oraz złe warunki ekonomiczne, dlatego zwrócono na nie szczególną uwagę. Największa grupa imigrancka w Norwegii, stawała więc przed wieloma trudnościami, wskazano też, że problemy te dotyczyły szczególnie kobiet², częstość występowania problemów zdrowotnych korelowała bowiem istotnie z wiekiem i płcią (Abebe i in., 2012). We wcześniejszych badaniach wśród osób Polskiego pochodzenia około 92% badanych zadeklarowało, że byłoby gotowe zaryzykować swoje zdrowie, aby zapewnić dobrobyt rodzinie, co mogłoby sugerować przekonania jakimi kierowały się badane osoby (Czapka, 2010). Dane literaturowe wskazały na stosunkowo niski poziom korzystania z usług zdrowotnych i prozdrowotnych przez Polki i Polaków, mimo

¹ W ciągu ostatnich 20 lat migracje międzynarodowe wzrosły i w 2020 roku obejmowały około 272 milionów ludzi, czyli 3,5% światowej populacji (Laue i in., 2023).

² Lub są u nich częściej zgłaszane lub diagnozowane.



zgłaszania przez nich wyższego poziomu problemów psychicznych w porównaniu do innych grup migrantów (Bhargava i in., 2024; Hofstad, 2024; Kale i Hjelde, 2017). Pojawiły się więc różnorodne wyzwania, osoby te, bowiem często nie korzystały z profesjonalnej pomocy zdrowotnej wskazując na różne bariery, komunikacyjne, kulturowe, finansowe lub z powodu ograniczonego zaufania do norweskiego systemu zdrowia (Anczyk i in., 2020; Spilker i in., 2024). Według wniosków z badań wynikało to też z braku własnych kompetencji zdrowotnych, oraz ograniczonego dostępu do informacji o możliwościach terapeutycznych lub ze stosunku do norweskiej służby zdrowia jaki był deklarowany (Anczyk i in., 2020). W badaniach potwierdzono, iż pomimo tak dużej imigracji z Polski brakuje danych i badań na ten temat (Anczyk i in., 2020; Laue i in., 2023). W raporcie norweskiego Instytutu Zdrowia Publicznego (*Folkehelseinstituttet* [FHI]), w którym omówiono szeroko to zagadnienie (Spilker i in., 2024), opisano też inne negatywnie postrzegane zjawiska, które sygnalizowane były wcześniej wśród osób polskiego pochodzenia mieszkających w Norwegii (Tomczyk-Maryon, 2021). Było to zbieżne z danymi wskazujący na istotną potrzebę wprowadzenia interwencji, ukierunkowanych na kompetencje zdrowotne³, oraz wzmocnienie umiejętności w zakresie przetwarzania informacji o leczeniu, kompetencji cyfrowych czy komunikacji z pracownikami służby zdrowia (Le i in., 2021). Oprócz wymienionych wcześniej istotnych problemów a motywujących dla autora podjęcie tego tematu wynikło też z osobistych i zawodowych doświadczeń badacza, który od ponad 15 lat mieszka, a od 10 lat pracuje w norweskiej bibliotece publicznej, mając na co dzień kontakt z osobami na emigracji. Badacz ukończył polski kurs biblioterapii oraz norweski certyfikowany kurs *Shared reading*⁴, będący jedną z form biblioterapii praktykowanych w Norwegii. W trakcie nauki w szkole psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym, badacz przeprowadził rozmowy z terapeutami pracującymi w tym podejściu, związane z tym tematem. Terapeuci ci wskazywali, że oprócz tego że istnieją podręczniki dla pacjenta, czasem zalecają też swoim klientom inne lektury, które mają wspierać zrozumienie terapii i jej procesów (Chatzipentidis, 2014; Wojtas i Jakuszkowiak-Wojten, 2010). W szkole psychoterapii badacz miał okazję też uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez magister Magdalenę Staniek, autorkę książki, która została wybrana jako materiał biblioterapeutyczny (Staniek, 2015).

W badaniu tym założono, że zastosowanie interwencji opartej na biblioterapii wspartej warsztatami może przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego osób migrujących,

³ Rozumianych jako: promocja zdrowia, profilaktyka chorób i opieka zdrowotna.

⁴ Jest to forma kreatywna biblioterapia w postaci grupowego czytania wybranego tekstu, wyrażania emocji i swobodnego wypowiedzania myśli związanych z tym dziełem (Larsen, 2023).



wzmacniając ich zdolność do radzenia sobie ze stresem oraz wyzwaniem życia zawodowego i społecznego. W dłuższej perspektywie samopomocowe umiejętności rozwijane dzięki tej metodzie mogłyby przyczynić się do opracowania praktycznych narzędzi wspierających zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne osób migrujących. Metoda ta mogłaby mieć również potencjał, by być dostępną dla osób na migracji, które z różnych powodów nie mogą korzystać z tradycyjnych form psychoterapii. Możliwym i oczekiwanym skutkiem byłoby też opracowanie po zakończeniu tego badania narzędzia opartego o CBT w postaci sprawdzonej lektury, uzupełnionej o warsztaty i prezentacje. W celu udzielenia odpowiedzi na ten problem przebadano grupę 111 osób, które deklarowały swój pobyt na migracji w Norwegii. Grupy liczyły – 5 osób (grupa badana, która została poddana interwencji i uczestnicząca w warsztatach, metoda studium przypadku) oraz 106 osób (grupa kontrolna, mieszkająca w Norwegii). W obu grupach zastosowano kwestionariusz ankiety jako narzędzie badawcze, a analiza wyników została przeprowadzona przy wykorzystaniu metod jakościowych.

Praca ta składa się z pięciu części, w pierwszej części *Koncepcje teoretyczne i kontekst problematyki migracji* zaprezentowano wprowadzenie w wybrane koncepcje związane z lękiem, stresem, depresją i złością, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji migracyjnej oraz podejściem poznawczo-behawioralnego w interwencjach samopomocowych. Następnie w tym rozdziale przedstawiono ideę biblioterapii, wybrane ujęcia definicyjne, podziały i części dotychczasowych zastosowań. W części drugiej metodologicznej, *Metodologia badań własnych* opisano grupy badane (grupę, która została poddana interwencji oraz grupę kontrolną), zastosowane metody, techniki i narzędzia, a także procedury i ograniczenia w zbieraniu i analizie danych. W trzeciej części pracy *Wyniki i analiza badań własnych część jakościowa* zaprezentowano jako pierwsze zebrane wyniki w postaci 5-krotnego studium przypadku, a następnie w drugiej zestawiono je z danymi z badania psychometrycznego, podejmując na końcu próbę ich analizy statystycznej. Kontynuując prezentowanie wyników z badania w części czwartej *Wyniki i analiza badań ilościowych*, przedstawiono najpierw wyniki zebrane w grupie kontrolnej podejmując się w pierwszej części ich prezentacji a następnie analizie, by w końcowej części podjąć się analizy statycznej dla grupy kontrolnej a w końcowym etapie by podjąć analizę statyczną dla obydwu badanych grup. W piątej części tej pracy *Dyskusja wyników* podjęto się próby dyskusji dotyczącej połączonych wyników i analiz z obu poprzednich części pracy, aby w końcu podjąć próbę podsumowania całego projektu przedstawiając implikacje oraz podsumowanie wraz z wybranymi rekomendacjami. W projekcie tym, oparto się w większości na zebranych materiale z badań obejmującym



ostatnie 10 lat. Ze względu na obszerność zagadnień, wybrana część została przedstawiona w sposób skrótowy, był to jednak zabieg celowy związany z formą tego projektu. Wszystkie rysunki i tabele w pracy są autorstwa własnego, chyba że zaznaczono inaczej. Praca kończy się spisem literatury, tabel i rysunków – materiały z warsztatów i dane zostały dołączone jako załączniki do pracy.

1. Koncepcje teoretyczne i kontekst problematyki migracji

Lęk, złość, stres i depresja uznawane były za najważniejsze wskaźniki psychicznego dobrostanu, które poddawano wielokrotnie dokładnej analizie, gdyż wydawały się także mieć istotne znaczenie w diagnozowaniu i ułatwiać terapię (Karaś, 2019; Spielberger i Reheiser, 2009). Wymienione emocje mogą być przeżywane intensywnie w czasie migracji, mogą prowadzić do rozwoju zaburzeń emocjonalnych (Karbowski, 2024). W rozdziale zaprezentowano wybrane teorie związane z omawianymi zagadnieniami, z naciskiem na tematy wyeksponowane w materiale biblioterapeutycznym i przedstawione podczas warsztatów, które posłużyły jako podstawa badań nad możliwym oddziaływaniem biblioterapii w nurcie CBT na osoby migrujące w Norwegii.

1.1 Lęk i zaburzenia lękowe

Emocja jaką jest lęk, jest naturalna, użyteczna oraz obecna stale w życiu człowieka. Umiejscowienie lęku normatywnego w rozwoju człowieka jest zaś charakterystyczne dla wieku (Popek, 2017). Z perspektywy ewolucji lęk pełnił funkcję adaptacyjną, wspierając przetrwanie osobnicze poprzez skłanianie jednostek do unikania niebezpiecznych miejsc i sytuacji (Crocq, 2015). Jednak pomimo jej uniwersalności podobnie jak złości, ludzkie rozumienie emocji ze względu na międzykulturowe różnice językowe może powodować trudności (Karbowski, 2024; Moscoso i Spielberger, 2011). Ogólny poziom lęku jak zaznaczono jest względnie stały jako cecha osobowości i element temperamentu (LeDoux, 2017). Być może z tego względu zaburzenia z nim związane są powszechne w cyklu ludzkiego życia w całej populacji. Wyniki badania EZOP wykazały, że w Polsce łączne rozpowszechnienie zaburzeń lękowych w populacji dorosłych Polaków wyniosło dla EZOP I⁵ około 12,6% (Kiejna i in., 2015), a EZOP II⁶ 16,07% (Wciórka i in., 2021), przy 14% udziale

⁵ EZOP I, Napady paniki – 6,2% populacji Zaburzenie paniczne – 0,3% Agorafobia z/bez lęku panicznego – 0,2% Fobie specyficzne – 3,4% Fobia społeczna – 1,4% Zaburzenie lękowe uogólnione (GAD) – 1,1%.

⁶ EZOP II, Kiedykolwiek w życiu: Lęk napadowy (napady lęku/paniki): 7,04% Zaburzenie z napadami lęku: 1,19% Agorafobia: 0,27% Fobia społeczna: 1,65% Fobie swoiste: 4,89% Lęk uogólniony: 1,16% Lęk separacyjny: 0,48%.



w populacji w UE⁷, częściej dotykając kobiet niż mężczyzn. W Norwegii określono je na poziomie 21,7% (Bonsaksen i in., 2019). W Polsce zaburzenia lękowe zajmowały też drugą pozycję wśród najczęściej diagnozowanych problemów psychicznych (Spielman i in., 2022). Łącznie na świecie stosując wskaźniki DALY około 4,05% światowej populacji, czyli 301 milionów osób, zmagало się z zaburzeniami lękowymi (Javaid i in., 2023).

1.1.1 Ujęcie teoretyczne – wprowadzenie

Pojęcie lęku związane było od początku z inną emocją a mianowicie strachem, obie te emocje przedstawiono najczęściej razem (Rachman i Kowalczevska, 2005). Dopiero po długim okresie od starożytności myślenie o lęku jako różnym od strachu pojawiło się w pracach Roberta Burtona, który omawiał w nich fobię społeczną odróżniając ją od strachu (Burton i Tabaczyński, 2020; Crocq, 2015). Jednak koncepcyjnie tematyką lęku zajął się ponownie dopiero Zygmunt Freud jako mechanizmem obronnym powstającym w wyniku konfliktu wewnętrznego między *Id*, *Ego* i *Superego*. Z perspektywy klasycznej psychologii psychoanalitycznej, lęk pełnił więc funkcję ochronną, ostrzegając przed nieświadomymi zagrożeniami (Klein, 2002). Freud rozróżniał: lęk realny (obiektywny), jako reakcja na rzeczywiste, zewnętrzne zagrożenie, lęk neurotyczny związany z wewnętrznymi konfliktami psychicznymi, często o niejasnym źródle oraz lęk moralny wynikający z poczucia winy i sprzeczności z wewnętrznymi normami superego (Samochowicz i in., 2004). Mimo że z czasem podejście Freuda ulegało zmianom, zbliżając się do paradygmatu teorii uczenia się, przez dłuższy okres wyznaczało główne ramy interpretacyjne lęku (Klein, 2002). Zbliżone podejście przyjęła jego uczennica Karen Horney, dla której lęk miał korzenie w poczuciu bezradności wynikającym z relacji społecznych i kulturowych, a dotyczącym potencjalnego zagrożenia. Rozróżniała lęk podstawowy, związany z poczuciem opuszczenia i nieważności, lęk jawny, podobny do freudowskiego lęku realnego (Mielimąka i in., 2017; Rachman i Kowalczevska, 2005). Charles D. Spielberger twórca kwestionariusza STAI, rozróżniał lęk jako stan, oraz lęk jako stałą cechę. Cechą charakterystyczną lęku-stanu była zmienność, ponieważ był on ściśle zależny od sytuacyjnych czynników zagrożenia. Lęk jako cechę rozumiał zaś jako nabytą dyspozycję behawioralną, która sprawiała, że jednostka była bardziej skłonna do postrzegania sytuacji jako zagrażających oraz do reagowania na nie stanami lęku (Spielberger i in., 2011).

1.1.2 Lęk – rozumienie poznawcze i behawioralne

⁷ Przy użyciu kwestionariusza *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).



Rozwój poznawczej koncepcji lęku jest związany z badaniem szczególnej podatności wynikającej z wcześniejszych doświadczeń jednostki oraz aktywacji dysfunkcyjnych schematów poznawczych (Clark i in., 2018; Rachman i Kowalczevska, 2005). Podkreśla się, że nie istnieje jedna uniwersalna teoria dotycząca tego zagadnienia, a raczej różnorodne modele wyjaśniające mechanizmy powstawania i utrzymywania się lęku (Wells i Andruszko, 2010). David H. Barlow rozumie lęk jako przyszłościowo ukierunkowany stan emocjonalny związany z poczuciem braku kontroli nad potencjalnie negatywnymi wydarzeniami (Barlow i in., 2020). Rozróżniając go od strachu, który pojawiał się jak ewolucyjnie pierwszy jako stan obserwowany w reakcji na pojawiające się niebezpieczeństwo w tej, obecnej chwili prowadząc do intensywnej aktywacji całego organizmu wraz z wyzwoleniem działania ochronnego. W jego teorii potrójnej podatności lęk rozwija się na skutek interakcji trzech czynników: biologicznej podatności genetycznej, ogólnej psychologicznej podatności wynikającej z wczesnych doświadczeń prowadzących do poczucia niekontrolowalności oraz specyficznej psychologicznej podatności, w której lęk zostaje skupiony na konkretnych sytuacjach lub bodźcach (Barlow i in., 2020; Wojtas i Jakuszkowiak-Wojten, 2010). D. Barlow podkreśla, że przewlekły lęk często wynika z unikania stanu niepewności oraz nieskutecznych strategii radzenia sobie. Poczucie kontroli odgrywa kluczową rolę w mechanizmach powstawania i utrzymywania się lęku, brak kontroli, wzmacnia ich podatność na chroniczny lęk (Barlow, 2003). Aaron T. Beck i David M. Clark uważali, że strach i lęk różnią się naturą i czasem zagrożenia. Strach to automatyczna reakcja na bezpośrednie, aktualne zagrożenie, charakteryzująca się silnym pobudzeniem i gotowością do walki lub ucieczki (Clark i Beck, 2011; Rachman i Kowalczevska, 2005). Z kolei lęk jako emocja zorientowana na przyszłość, wynika z postrzegania niekontrolowalności i nieprzewidywalności potencjalnych negatywnych zdarzeń. Jest ona złożonym systemem reakcji poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych w obliczu przewidywanego zagrożenia, dla celów lub potrzeb jednostki (Clark i Beck, 2011). Z perspektywy adaptacyjnej, umiarkowany lęk bywał korzystny, ponieważ wspomagał przetrwanie i umożliwiał skuteczne przystosowanie do otoczenia. Jednakże w zaburzeniach lękowych poziom niepokoju stawał się tak wysoki, że zakłócał codzienne funkcjonowanie jednostki przynosząc znaczące cierpienie lub dyskomfort. Tego rodzaju nadmierna, przewlekła obawa przed przyszłym zagrożeniem ma złożony wymiar poznawczo-emocjonalny i behawioralny, prowadząc do dezorganizacji zachowania i pogorszenia jakości życia (Barlow i in., 2020; Popiel i in., 2022). Z kolei, ludzkie umiejętności językowe mogą powodować wzrost możliwości doświadczenia



wyobrażonego niebezpieczeństwa z aktywacją myślową, prowadzą do nadmiernego lęku a to z kolei do rozwinięcia się zaburzeń lękowych (Barlow i in., 2020; Chojak, 2022).

1.1.3 Biologiczna interpretacja lęku

Współcześnie coraz większą uwagę poświęca się neuronaukowemu podejściu do lęku oraz biologicznym mechanizmom leżącym u jego podstaw. W szczególności podkreśla się rolę ciała migdałowatego jako centralnego elementu w sieci neuronalnej odpowiedzialnej za strach i lęk. Stanowi to kontrast wobec wcześniej dominujących teorii, takich jak hipoteza serotoninowa czy koncepcja zaburzeń strukturalnych w obrębie jąder podstawy (Rachman i Kowalczevska, 2005). Współczesny, dwusystemowy model lęku i strachu zaproponowany przez Josepha E. LeDoux i Daniela S. Pine opiera się na rozróżnieniu dwóch komplementarnych mechanizmów przetwarzania informacji w mózgu. Pierwszy z nich, system świadomego przeżywania emocji, związany jest z obszarami korowymi mózgu i odpowiada za świadome odczuwanie emocji, takich jak strach i lęk. Drugi, system reakcji obronnych, kontroluje behawioralne i fizjologiczne reakcje na zagrożenie, funkcjonując głównie w strukturach podkorowych, takich jak ciało migdałowate (LeDoux i Pine, 2016; Murawiec i Danel, 2023). Model ten podkreślał, że ciało migdałowate nie jest samodzielnie odpowiedzialne za odczuwanie lęku, a jego funkcja ogranicza się do wykrywania zagrożeń i organizowania reakcji obronnych. Subiektywne uczucie lęku powstaje dopiero w wyniku aktywności obszarów korowych wyższego rzędu, odpowiedzialnych za procesy poznawcze, takie jak uwaga czy uczenie się. LeDoux zwróca uwagę, że mechanizm reakcji na zagrożenie ma charakter pierwotny i ewolucyjnie ugruntowany, jednak ludzka zdolność do refleksji w połączeniu z umiejętnościami językowymi i interpretacji tych reakcji nadaje im unikalny wymiar poznawczy (LeDoux i Pine, 2016). Ciało migdałowate pełni więc funkcję detektora zagrożeń i organizatora reakcji obronnych, ale nie odpowiada samodzielnie za subiektywne odczuwanie lęku. Proces ten wymaga bowiem aktywności obszarów korowych wyższego rzędu, które przetwarzają informacje poznawcze, takie jak uwaga czy pamięć, nadając reakjom na zagrożenie bardziej świadomy i refleksyjny charakter. W terapii zwraca uwagę konieczność integracji obu systemów, zarówno automatycznych reakcji obronnych, jak i świadomego przetwarzania emocji. Zignorowanie jednego z tych aspektów ma prowadzić do ograniczenia skuteczności terapeutycznej (LeDoux, 2017).

Podsumowując, lęk należy do naturalnych i powszechnie doświadczanych emocji o znaczeniu adaptacyjnym, jednak jego nadmierny poziom może prowadzić do początku zaburzeń lękowych. W ujęciu historycznym, psychodynamicznym (m.in. w koncepcjach



Freuda) podkreślano rolę wewnętrznych konfliktów, w których lęk pełnił funkcję obronną, sygnalizując potencjalne zagrożenie dla równowagi psychicznej. Z kolei w ramach nurtu poznawczo-behawioralnego (np. koncepcje Barlowa i Becka) uwagę zwracano na sposób spostrzegania i interpretowania sytuacji przez osobę, co przyczynia się do utrzymywania się objawów lęku. Istotną rolę obecnie przypisuje się też podejściom neuronaukowym, wskazując na powstawanie i regulację lęku rolę przez ciało migdałowate. Lęk w warunkach migracji, oprócz czynników biologicznych i psychologicznych, łączy się też ze specyficznymi stresorami obecnymi w czasie migracji. Ze względu na to uwzględniono go w tej pracy wyodrębniając spośród innych tematów ujętych w analizie jakościowej. W ramach warsztatów zagadnienie to zaprezentowano podczas spotkania pierwszego i prezentacji numer 2, a w materiale biblioterapeutycznym, ujęto w rozdziale 3. *Pokonywanie lęku i zamartwiania się* (Staniek, 2015).

1.2 Stres – wybrane koncepcje

W rozdziale tym omówiono wybrane koncepcje teoretyczne związane ze stresem, prezentujące adaptację i rozwój tego pojęcia oraz współczesne jego rozumienie w psychologii. Zaprezentowano też rozwój jego rozumienia do współczesnych ujęć, aby na koniec uzupełnić o tematykę stresu adaptacyjnego i podejście biologiczne do tej tematyki. Wśród wielu czynników ryzyka, takich jak niski status społeczny, nadużywanie alkoholu, stres jest wymieniany jako jeden z najczęściej odpowiedzialnych za rozwój chorób psychicznych (Liu i in., 2024) w tym depresji (Gałęcki i Talarowska, 2017). Z tego powodu stres najczęściej przedstawiany jest w kontekście negatywnych skutków, jakie może powodować.

1.2.1 Podstawy teoretyczne stresu

Wskazuje się, że pewien poziom stresu jest niezbędny dla prawidłowego funkcjonowania – określany jest on wtedy jako *eustres*. W przeciwieństwie do tego, nadmierne i długotrwałe natężenie stresu staje się zagrażające i może wywoływać negatywne skutki psychofizyczne, co zostało nazwane *dystresem* (Dziętkarz i Wójcik, 2022; Selye i in., 1977). Różnica między tymi stanami opiera się na poziomie wymagań – umiarkowanych w przypadku eustresu oraz zbyt niskich lub zbyt wysokich przy dystresie – a także na stopniu kontroli nad sytuacją stresową i indywidualnej ocenie poznawczej wydarzenia. Koncepcja ta, mająca swoje źródła w psychologii pozytywnej i zachowaniach organizacyjnych, została przedstawiona przez Hansa Selye w latach 50. XX wieku (Łosiak, 2007a; Selye i in., 1960).



Selye zaadaptował wtedy do psychologii biologiczne pojęcie stresu, wprowadził termin *stresora* oraz podkreślił, że stres jest niespecyficzną odpowiedzią organizmu na potencjalne zakłócenie homeostazy. Organizm reaguje na takie wyzwania szeregiem działań fizjologicznych i behawioralnych, których nadrzędnym celem jest przystosowanie się do stresora (Grygorczuk, 2008; Łosiak, 2007a). Współcześnie podejście to spotkało się zarówno z krytyką – wskazującą, że reakcja adaptacyjna organizmu na stres nie jest sama w sobie ani dobra, ani zła, oraz że eustres pozostaje mało zbadany – jak i z próbami pomiaru oraz walidacji wskaźników eustresu (Bienertova-Vasku i in., 2020; Pluut i in., 2022).

1.2.2 Stres – podejście klasyczne

W rozróżnieniu w którym identyfikowanie były rodzaje stresu, wskazywano na rozróżnienie między stresem fizjologicznym, biologicznym (koncepcja homeostazy), organizacyjnym⁸ i psychologicznym (Łosiak, 2007a; Terelak, 2008). W psychologii można ogólnie stwierdzić, że dominuje podejście interakcyjno-transakcyjne, w którym stres rozumiany jest w perspektywie trzech nurtów: jako *reakcja* (stan wywołany stresorem), *bodziec* (stresor), oraz *transakcja* (interakcja środowisko – osoba). Nurty te nie wykluczają się wzajemnie, a w niektórych ujęciach mogą być traktowane jako komplementarne (Grzegorzewska, 2019; Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Klasyczne podejście rozumienia stresu jako **reakcji**, oparte było na koncepcji Waltera Cannon (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012) opisującego stres jako zaburzenie równowagi. To podejście uzupełnił Selye, jego rozumienie wynikało z obserwacji iż organizm w odpowiedzi na stresor przechodzi przez trzy stadia: reakcję alarmową, stadium odporności i stadium wyczerpania, związaną z koncepcją Ogólnego zespołu adaptacyjnego (*General Adaptation Syndrome* [GAS]). (Szabo i in., 2017). Na tej podstawie opisał on stres jako nieswoistą reakcję organizmu na działanie bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych, prowadzących do mobilizacji zasobów fizycznych i psychicznych (Falewicz, 2021; Terelak, 2008). Późniejsze badania wykazały jednak, że różne stresory wywołują różne wzorce odpowiedzi neuroendokrynnej, co podważało koncepcję GAS jako jednolitego syndromu stresu (Pacak i in., 1998). Obecne badania w psychologii i naukach biomedycznych rozwijają i uzupełniają teorię Selyego, uważa się ją też za jedną z głównych, uznawanych w naukach biomedycznych (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Podkreśla się obecnie, złożoność reakcji stresowej, uwzględniając nie tylko aspekty fizjologiczne, ale także psychologiczne i behawioralne (Tan i Yip, 2018). W przypadku stresu

⁸ Jak okazało się w studium przypadku obecność stresu i stresorów oddziaływało w negatywny sposób na osoby badane poprzez zmianę w poczuciu bezpieczeństwa (Jurgilewicz, 2017).



rozumianego jako **bodziec**, stres oznaczał sytuację lub wydarzenie występujące w zewnętrznym środowisku, co wywoływało u jednostki negatywne emocje oraz intensywnie przeżywany stan napięcia (Curyło-Sikora i Kaczmarska, 2016) lub uniemożliwiało jej normalne funkcjonowanie (Grygorczuk, 2008). Przykłady 43 takich bodźców, sytuacji określanych jako stresujące wydarzenia życiowe można znaleźć w Liście Stresujących Zdarzeń Życiowych Thomas H. Holmes i Richard H. Rahe, w której podjęto także próbę wskazań natężenia siły stresu identyfikowanego z danym bodźcem, lista ta została uaktualniona i dostosowana do współcześnie występujących sytuacji (Falewicz, 2021; Wallace i in., 2023). Nie zostały nigdzie jednak ustalone wspólne cechy tych zdarzeń, a sama lista oparta jest o pewien rodzaj konsensusu, że umieszczone na liście stresory, co do których większości wpływu została potwierdzona badaniami, mogą pozwolić na przewidywanie ryzyka depresji (Cohen i in., 2019; Falewicz, 2021). W Polsce lista została poddana adaptacji i obecna jest jako Kwestionariusz Zmian Życiowych, KZZ (Sobolewski i in., 1999). Stresory z listy jak i tzw. wczesne stresujące wydarzenia życiowe (Radziwiłłowicz, 2018) mogą wyzwoić objawy psychopatologicznie prowadząc do depresji (Rajewska-Rager i Rybakowski, 2008). Inne rozumienie, **transakcyjne** zaproponowali Richard S. Lazarus i Susan K. Folkman w ramach modelu oceny poznawczej i koncepcji fenomenologiczno-poznawczej, wskazując że stres wynika z dynamicznej relacji (transakcji) pomiędzy jednostką a środowiskiem (Łosiak, 2007a). W tym ujęciu kluczową rolę odgrywała subiektywna pierwotna ocena sytuacji, czyli proces poznawczy polegający na analizie tego, czy dane zdarzenie stanowi zagrożenie, wyzwanie lub stratę oraz ocena wtórna dotycząca oceny czy jednostka dysponuje odpowiednimi zasobami, aby sobie z nim poradzić (Obbarius i in., 2021). Stres był więc subiektywnym doświadczeniem, a jego źródło leżało nie tylko w obiektywnym charakterze sytuacji, ale w indywidualnej interpretacji jednostki, istotą tego podejścia była więc indywidualna subiektywna ocena (Dziektarz i Wójcik, 2022). W koncepcji transakcyjnej radzenie sobie ze stresem (*coping*) oparte było na regulacji emocji (koncentracja na emocjach) lub na rozwiązaniu problemu (koncentracja na problemie). Było to oparte na założeniu, że nie tylko otoczenie wpływa na osobę, ale również osoba oddziałuje na otoczenie, tworząc dynamiczną transakcję (Falewicz, 2021). Zgodnie z tą teorią stresu, jego redukcję można uzyskać między innymi poprzez modyfikację sposobu myślenia, co uważanie jest za jeden z głównych obszarów pracy CBT (Grygorczuk, 2008).

Podejście oparte na zasobach w Teorii Ochrony Zasobów (*Conservation of Resources Theory* [COR]). zaproponował Stevan E. Hobfoll, w której wyjaśniał, w jaki sposób ludzie



dążą do ochrony i budowania zasobów w celu radzenia sobie ze stresem i promowania dobrostanu (Grygorczuk, 2008). Głównym założeniem tej teorii jest przekonanie, że podstawowym celem większości działań człowieka jest posiadanie, utrzymanie oraz ochrona zasobów, które są dla niego wartościowe (Bielawska-Batorowicz i Dudek, 2012). Zasoby te mogą przybierać różnorodne formy, obejmując zarówno rzeczy materialne, jak i cechy osobowości, warunki życia czy pokłady energii (Modrzyński, 2018). Podczas analizy wspomnianej już Listy Stresujących Zdarzeń Życiowych Holmesa Rahe zauważył on, że cechą wspólną, jest zaistnienie nagłej sytuacji braku zasobów, co ujął w postaci podstawowego założenia swojej teorii, że brak tych podstawowych zasobów jest zagrażający dla dobrostanu człowieka. Rozróżnił on w swojej teorii cztery główne domeny zasobów: zasoby materialne, stanu, podmiotowe (osobiste), energii (Modrzyński, 2018). Implikacją praktyczną tej teorii jest, że interwencje promujące budowanie i ochronę zasobów (wsparcie społeczne, poczucie własnej wartości, stabilność emocjonalna) mogą poprawić dobrostan i zapobiegać stresowi (Alvaro i in., 2010). Interwencje te powinny koncentrować się na zachowaniu kluczowych zasobów oraz przerwaniu spirali strat w sytuacjach stresowych (Falewicz, 2021; Holmgren i in., 2017).

Odnosząc się do sposobów jak powstaje stres w ujęciu ewolucyjnym wyróżniono cztery drogi jego uruchamiania, uwzględniając różne mechanizmy jego powstawania. Droga biologiczna odnosi się do automatycznych, wrodzonych reakcji organizmu na bodźce zagrażające, takie jak ograniczenie ruchu czy widok drapieżnika. Droga warunkowa opiera się na procesach uczenia się, w których neutralne bodźce zostają skojarzone z sytuacjami stresowymi i zaczynają wywoływać reakcję stresową. Droga frustracyjna dotyczy sytuacji, w których realizacja celów lub potrzeb jednostki zostaje zablokowana lub utrudniona, co prowadzi do postrzegania sytuacji jako niekorzystnej. Droga poznawcza związana jest z subiektywną oceną i interpretacją zdarzeń jako negatywnych, na przykład w przypadku utraty bliskiej osoby lub negatywnego bilansu życiowego. To podejście tłumaczyło adaptacyjną rolę stresu jako mechanizmu przystosowawczego w obliczu różnorodnych czynników zagrażających (Grygorczuk, 2008; Łosiak, 2007a).

1.2.3 Mechanizmy biologiczne stresu

Uzupełniając koncepcje psychologiczne i nawiązując jednocześnie do depresji, należy wskazać na tzw. oś stresu, czyli oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, PPN, która jak się uważa jest kluczowym mechanizmem odpowiedzi organizmu na stresory fizyczne i psychologiczne, stabilizując i przywracając homeostazę w organizmie (Leistner i Menke,



2020). Sam stresor w tym przypadku nie jest bezpośrednim zagrożeniem. W sytuacji, gdy stresor działa przez dłuższy czas, może dojść do zaburzenia mechanizmu sprzężeń zwrotnych, czego rezultatem może być przewlekły stres związany z utrzymującą się aktywacją układu autonomicznego lub dysregulacja osi PPN⁹ (Falewicz, 2021; Gołyszny, 2018). Zjawisko takiej chronicznej aktywacji osi stresu odzwierciedla mechanizmy obserwowane w zaburzeniach depresyjnych do których nawiązano w części dotyczącej depresji (Gałecki i Talarowska, 2017).

Podsumowując, stres jest stałym elementem życia człowieka, pełniącym zarówno funkcję adaptacyjną poprzez eustres, jak i destrukcyjną w postaci dystresu, który może prowadzić do poważnych konsekwencji psychofizycznych przy długotrwałym nasileniu. Klasyczne teorie stresu, takie jak model ogólnego zespołu adaptacyjnego Selye'a, zostały rozwinięte przez podejścia transakcyjne Lazarusa i Folkman oraz teorię ochrony zasobów Hobfoll, które podkreślały subiektywną ocenę sytuacji i interakcję między jednostką a środowiskiem a jej zasobami. W kontekście migracji, to stres wynikający z adaptacji do nowego środowiska i innych (Łosiak, 2023). Istotnym wydało się więc aby wspierać zdrowie psychiczne migrantów i minimalizować negatywne skutki stresu. W ramach warsztatów zagadnienie to zaprezentowano podczas spotkania drugiego i prezentacji numer 4, w materiale biblioterapeutycznym, ujęty był w rozdziale 6. *Ograniczenie stresu w życiu* (Staniek, 2015). W tej pracy jako narzędzia użyto testu Skala spostrzeganego stresu (*Perceived Stress Scale* [PSS10]), w którym, stres rozumiano w ujęciu transakcyjnym (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

1.3 Depresja – wybrane koncepcje

W niniejszym rozdziale omówiono wybrane teoretyczne koncepcje depresji. Przedstawiono dane dotyczące rozpowszechnienia tego zaburzenia oraz omówiono podstawowe rozumienie depresji z perspektywy psychodynamicznej, stopniowo przechodząc do modeli poznawczych i innych podejść alternatywnych. Ponadto uwzględniono kontekst migracyjny oraz współczesne zjawiska społeczne, które mogą stanowić tło dla występowania depresji.

⁹ Zaobserwowane różnice wyraźne różnice płciowe w regulacji osi PPN w odpowiedzi na stres, u płci żeńskiej oś ta jest aktywowana szybciej i produkuje większą ilość hormonów stresu niż u męskiej. Różnice te mogą częściowo wyjaśniać większą częstość występowania zaburzeń związanych ze stresem u kobiet, takich jak depresja czy zespół stresu pourazowego (Leistner i Menke, 2020)



1.3.1 Wielowymiarowy charakter depresji

Depresja jest jednym z najpowszechniejszych i najbardziej złożonych zaburzeń psychicznych, które istotnie wpływają na jakość życia jednostek i funkcjonowanie społeczeństw (Liu i in., 2024; Pużyński, 2009). Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* [WHO]) szacuje się, że częstość występowania dużej depresji (*Major Depressive Disorder* [MDD]) w ciągu życia wynosi od 2% do 20%, a w krajach o wysokim dochodzie do 2030 roku może stać się główną przyczyną obciążenia chorobowego (Czerwińska i Pawłowski, 2020; Ribeiro i in., 2017). Obciążenie zdrowotne związane z depresją jest znacząco większe niż w przypadku wielu innych chorób przewlekłych, a ponad 60% osób z tym zaburzeniem doświadcza poważnych ograniczeń w codziennym funkcjonowaniu, które mogą prowadzić do trwałej niepełnosprawności (Santomauro i in., 2021). Charakteryzuje się ona obniżonym lub drażliwym nastrojem, któremu towarzyszą zmiany somatyczne i poznawcze, takie jak trudności z koncentracją, utrata motywacji, anhedonia czy zaburzenia snu, jako element zaburzeń emocji oraz procesów poznawczych (Czerwińska i Pawłowski, 2020; Gałęcki i Talarowska, 2017; Pużyński, 2009). Te objawy nie tylko wpływają na zdolność jednostki do codziennego życia, ale także wiążą się z istotnym ryzykiem wystąpienia chorób współistniejących oraz zwiększoną śmiertelnością. Pandemia COVID-19 uwydatniła skalę problemu związanego z zaburzeniami psychicznymi, w tym depresją. W 2020 roku globalna częstość występowania MDD wzrosła o 27,6%, co oznacza dodatkowe 53,2 miliona przypadków na całym świecie. Największy wzrost dotyczył kobiet oraz osób młodych, na co wpływ miały czynniki takie jak ograniczona mobilność, utrata pracy, izolacja społeczna i trudności związane z edukacją (Santomauro i in., 2021).

Migracja stanowi dodatkowy czynnik sprzyjający występowaniu depresji, zarówno w kontekście migracji dobrowolnej, jak i przymusowej (Łosiak, 2023). W warunkach pandemii COVID-19 oraz konfliktu zbrojnego na Ukrainie migranci stali się jedną z grup szczególnie narażonych na rozwój zaburzeń depresyjnych. W literaturze wskazano, że czynniki takie jak ograniczona mobilność i brak możliwości swobodnego przemieszczania się były silnie powiązane ze wzrostem częstości występowania depresji, szczególnie w populacjach dotkniętych wojną, wykluczeniem społecznym i ekonomicznym (Karbowski, 2024; Santomauro i in., 2021). Depresja, ze względu na swój wielowymiarowy charakter i wpływ globalne wyzwania, określana była jako jeden z kluczowych problemów dla współczesnej psychologii klinicznej i medycyny.



1.3.2 *Rozwój rozumienia podejść*

Teorie rozwijane przez Freuda i jego następców, zakładały, że depresja wynika z nieświadomych konfliktów, szczególnie związanych z uczuciem straty i relacji z wczesnymi obiektami np. rodzicami (Hammen i Trzebiatowska, 2004; Musiał, 2007; Ribeiro i in., 2017). Utrata kluczowej osoby, takiej jak rodzic lub inny pierwotny obiekt miłości, we wczesnym dzieciństwie miał zwiększać ryzyko wystąpienia MDD w późniejszym życiu (Musiał, 2007). Taka strata często skutkuje bowiem trudnościami w budowaniu zdrowych modeli relacji, co z kolei może modyfikować sposób, w jaki jednostka radzi sobie z kolejnymi stratami. (Hammen i Trzebiatowska, 2004; Ribeiro i in., 2017). Późniejszym etapem rozumienia depresji istotnym dla tej pracy a wywodzącym się z opozycji wobec podejścia psychoanalitycznego, było rozwinięcie modeli poznawczych. Teorii Becka, Teorii Wyuczonej bezradności Seligmana oraz Teorii podatności George W. Brown i Tirril O. Harris. Założenia tych teorii pozostają aktualne i stanowią stały element współczesnej praktyki terapeutycznej. Zostały one również przedstawione w niniejszej pracy, zarówno poprzez materiał biblioterapeutyczny, jak i podczas warsztatów (Golonka i in., 2024; Jarema, 2017; Musiał, 2007).

1.3.3 *Modele poznawcze depresji*

Na podstawie taksonomii poznawczej, modele depresji zostały podzielone na trzy główne oparte na podejściach: przetwarzaniu informacji, poznaniu społecznym oraz modelu poznawczo-behawioralnym i tak zostaną zaprezentowane. Każde z tych podejść koncentrowało się na różnych aspektach konstruktów poznawczych, takich jak struktura systemu poznawczego, operacje poznawcze czy wytwory poznawcze (Popiel i in., 2022; Pużyński, 2009). Poznawcza teoria depresji wyłoniła się z krytyki ujęcia psychoanalitycznego. Beck odszedł od koncepcji głębokiego konfliktu nieświadomego na rzecz systematycznej analizy myśli automatycznych i zniekształceń poznawczych. W teorii, którą sformułował przedstawił trzy subteorie: pierwszą, **teorię triady depresyjnej**, w której założył, że osoby cierpiące na nią charakteryzują się w myśleniu zniekształconymi, negatywnymi schematami poznawczymi dotyczącymi siebie, świata i przyszłości, jak na przykład: jeśli nie osiągnę sukcesu, jestem nieudacznikiem (Clark i Beck, 2010; Golonka i in., 2024). Zniekształcenia te w schematach poznawczych sprawiają, że jednostki tworzą interpretacje rzeczywistości zgodne z objawami psychopatologicznymi. Druga subteoria oparta była o wyjaśnienie skąd biorą się negatywne treści obecne w triadzie depresyjnej, czyli **negatywne schematy poznawcze** (Clark i Beck, 2010; Golonka i in., 2024). Według tej



teorii, to wczesne negatywne doświadczenia mogą prowadzić do ukształtowania trwałych, dysfunkcyjnych przekonań i schematów poznawczych, które zwiększają podatność jednostek na wystąpienie depresji (Popiel i in., 2022; Radziwiłłowicz, 2018). Te schematy stanowią filtr przez który jednostka interpretuje napływające informacje, co prowadzi do selektywnego przetwarzania bodźców zgodnych z negatywnymi przekonaniami, poprzez wyhamowanie pozytywnych przekonań że samo myślenie podlega zakłóceniu pod wpływem tych negatywnych zniekształceń (Kwak i in., 2016). Istotnymi elementami na które zaczęto zwracać uwagę stała się alternatywna ścieżka do depresji poprzez podatność poznawczą w depresji, która wskazywała, że u osób, które takową wykazują częściej popadają w epizody depresji, oraz że zdarzenia, które je wywołują są o coraz mniejszym, natężeniu. Pierwszy epizod może być wywołany przez poważne wydarzenie życiowe, ale kolejne epizody mogą być wyzwalane przez coraz mniej znaczące stresory, co związane jest z efektem *kindlingu*, rozpalania (Beck, 2008; Rajewska-Rager i Rybakowski, 2008; Stach, 2011). Trzecia subteoria zakładała obecność zaburzeń myślenia w postaci **błędów myślenia**, które były wspierane przez dwie pierwsze subteorie. Beck wymienił 6 charakterystycznych błędów w przetwarzaniu informacji u osób z depresją: myślenie dychotomiczne (czarno-białe), nadmierna generalizacja, selektywna abstrakcja (skupianie się tylko na negatywnych aspektach), personalizacja, katastrofizacja oraz arbitralny wniosek (Golonka i in., 2024).

Seligman i Steven F. Maier w latach 60. XX wieku zaproponowali Teorię wyuczonej bezradności, która pierwotnie została opracowana w badaniach na zwierzętach i stopniowo adaptowana do analizy ludzkiej depresji. Założono, że wyuczona bezradność może stanowić laboratoryjny model klinicznej depresji. Ich badania wykazały, że depresja rozwijać się może w wyniku powtarzających się doświadczeń i poczucia braku kontroli nad negatywnymi zdarzeniami, co może prowadzić do rezygnacji z prób zmiany sytuacji (Maier i Seligman, 2016). Podstawą więc, do jej powstania jest w jaki sposób osoba zinterpretuje przyczyny doświadczanych ją niepowodzeń. Jednocześnie doświadczenie kontroli w przeszłości może działać ochronnie wobec przyszłych stresorów, zapobiegając depresji poprzez tzw. *efekt immunizacji*. Efekt ten polega na zmniejszeniu reaktywności na późniejsze niekontrolowalne stresory, co jest wynikiem adaptacyjnych mechanizmów układu nerwowego (Maier i Seligman, 2016). Zwracano również uwagę, podobnie jak w podejściu Freuda, na znaczenie wczesnych doświadczeń w kształtowaniu zdolności radzenia sobie z trudnościami, przy czym współczesne badania kładą większy nacisk na dynamiczny charakter odporności psychicznej i możliwość jej rozwijania w późniejszym życiu (Maier i Seligman, 2016). Teoria ta została



zaktualizowana i rozwinięta w ramach Atrybucyjnego modelu bezradności i depresji, opracowanego przez Lyn Abramson, Seligmana i Johna Teasdale'a (Ciżkowicz, 2017; Sweeney i in., 1986). Model ten koncentrował się na istotności sposobu myślenia, wskazując, że gdy jednostka postrzega niepowodzenia jako trwałe, stosując określenia typu *zawsze* lub *nigdy*, ujawnia pesymistyczny styl atrybucji, który zwiększa jej podatność na wyuczoną bezradność (Rubenstein i in., 2016). Podatność poznawcza na depresję wyznaczana była przez tendencję do przypisywania negatywnych wydarzeń przyczynom o charakterze globalnym, co szczególnie zwiększało ryzyko wystąpienia depresji (Kwak i in., 2016). W dalszym rozwinięciu tej teorii, znanym jako teoria beznadziejności, wskazano, że w obliczu negatywnych wydarzeń życiowych, depresogenny styl atrybucji działa jako diateza, wzmacniając wpływ tych wydarzeń na rozwój objawów depresyjnych (Abramson i in., 1989; Rubenstein i in., 2016). W teorii podatności G.W. Brown i T. Harris położono nacisk na związek między indywidualnymi czynnikami wrażliwości a zdarzeniami wyzwalającymi, wyniki te zostały potwierdzone w późniejszych badaniach (Campbell i in., 1983; Patten, 1991). Do najważniejszego założenia należało po pierwsze istotność kontekstu społeczno-środowiskowego, Po drugie ważność czynników ryzyka¹⁰ i czynników chroniących¹¹. Ostatnim elementem była interakcyjność stresu i podatności co oznaczało, że osoby o wysokiej podatności (np. zmagające się z ubóstwem, brakiem wsparcia lub wcześniejszymi urazami psychicznymi) mogą reagować depresją nawet na stresory o względnie niższym natężeniu w porównaniu do osób o mniejszej podatności (Jarema, 2017; Pużyński, 2009). W podejściu tym depresja była efektem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi i psychicznymi a szeroko rozumianym kontekstem społecznym i rodzinnym.

1.3.4 Depresja – ujęcia trzeciej fali CBT

W ujęciach tzw. trzeciej fali np. w terapii uważności model poznawczy depresji A. Becka został rozszerzony o pracę z akceptacją i uważnością w MBCT (Holas i Żołnierczyk-Zreda, 2018), elastycznością poznawczą poprzez zmniejszenie defuzji poznawczej i pracę z wartościami w ACT (Østergaard i in., 2020) a w terapii schematów poprzez pracę z głębokimi wzorcami powstałymi we wczesnych etapach rozwoju tzw. schematami (Finogenow, 2021). Współcześnie teoria poznawcza depresji została rozwinięta i rozszerzona uwzględniając wyniki najnowszych badań w dziedzinie farmakologii, neuroobrazowania, neuropoznania (model depresji S.G. Disner) oraz genetyki np. model oparty na podatności genetycznej

¹⁰ Wzmacniają one prawdopodobieństwo rozwoju depresji w reakcji na stresujące wydarzenia życiowe.

¹¹ Zmniejszają ryzyko zachorowania na depresję mimo występowania negatywnych okoliczności – mogą to być silne np. obecność sieci wsparcia społecznego.



(Golonka i in., 2024). Zintegrowane podejścia sugerują, że dysfunkcja układów neuroprzebieżnikowych może prowadzić do zaburzeń w oddolnym przetwarzaniu bodźców emocjonalnych, co w konsekwencji skutkuje negatywnym postrzeganiem rzeczywistości podczas epizodów MDD. Co więcej, takie negatywne uprzedzenia oraz utrwalone schematy myślowe mogą inicjować odgórne procesy przetwarzania informacji, przejawiające się w formie pesymistycznych oczekiwań. Te zaś, poprzez wzmacnianie i utrwalanie istniejących negatywnych schematów poznawczych, tworzą samonapędzający się mechanizm utrzymujący objawy depresji (Kwak i in., 2016).

1.3.5 Modele alternatywne depresji

Podejście interpersonalne, które można uznać za rozwinięcie modelu poznawczego opracowanego przez M. Weissman i G. Klermana, podkreśla znaczenie konfliktów interpersonalnych, deficytów w relacjach oraz braku wsparcia społecznego jako istotnych czynników przyczyniających się do rozwoju depresji (Weissman, 2006). Niezależnie jednak od etiologii zaburzenia, relacje międzyludzkie oraz obecność sieci wsparcia społecznego odgrywają znaczącą rolę w zmniejszaniu nasilenia i częstotliwości objawów depresyjnych. Oznacza to, że epizod depresyjny, niezależnie od przyczyny, zawsze zachodzi w kontekście relacji społecznych i często wiąże się z utratą ważnych więzi oraz pełnionych ról społecznych, co szczególnie uwidacznia się w sytuacjach migracyjnych. W związku z tym istotnym elementem terapii jest skupienie się na poprawie aktualnego funkcjonowania społecznego, co może prowadzić do złagodzenia objawów depresji (Markowitz i Weissman, 2012).

Depresja jest złożonym i powszechnie występującym zaburzeniem psychicznym, które było przedmiotem licznych teoretycznych analiz. Omówiono wybrane modele wyjaśniające mechanizmy powstawania depresji, w tym teorie psychodynamiczne, podejścia poznawczo-behawioralne oraz alternatywne koncepcje, przedstawiające fragment wielowymiarowego rozumienia tego zaburzenia. W kontekście migracji ryzyko wystąpienia depresji może znacząco wzrastać w wyniku kumulacji obciążających i traumatycznych doświadczeń, które mogą prowadzić do wykształcenia się objawów. Temat ten został omówiony podczas drugiego spotkania warsztatowego oraz prezentacji nr 3, a także ujęty w materiale biblioterapeutycznym w rozdziale 4. *Pokonywanie depresji* (Staniek, 2015).

1.4 Złość – wybrane koncepcje



Rozdział ten poświęcono przedstawieniu emocji złości, jej znaczenia w kontekście ogólnego rozumienia emocji oraz funkcji, jaką pełni. Odniesiono się do wielowymiarowości złości i sposobów jej pomiaru w ujęciu współczesnych teorii psychologicznych i neurobiologicznych. Zwrócono uwagę że emocje takie jak złość pojawiają się w ludzkim życiu jako efekt narażenia na ekstremalne warunki, niesprawiedliwe traktowanie, czy odrzucenia społecznego np. w czasie migracji (Karbowski, 2024; Richard i in., 2023; Spielberger i Reheiser, 2009).

1.4.1 Definicje i różnicowanie pojęć, charakterystyka złości

Złość jest uznawana powszechnie za jedną z podstawowych emocji, niezbędną w prawidłowym funkcjonowaniu, odnoszone są do niej wszelkie charakterystyki związane ze innymi emocjami opracowane przez Paula Ekmana (Ekman, 2016) czy Roberta Plutchika (Czuma i Cwalina, 2012; R. Williams, 2017). Podstawowy model emocji Ekmana zapoczątkował nowoczesne badania nad emocjami i ich percepcją. Natomiast w nurcie badawczym Plutchik kwestionuje pogląd, że emocje, w tym złość, można rozpatrywać jedynie w kategoriach podstawowych, proponując ich ujęcie w wielowymiarowej taksonomii koła emocji (*wheel of emotions*). Jego teoria podkreśla, że emocje są bardziej złożone i pozostają ze sobą w dynamicznych zależnościach, co wynikać ma z ich bliskości i wzajemnych oddziaływań. (Cowen i in., 2019). Uwidoczniło się to w odniesieniu do identyfikacji złości jako gniewu i irytacji (Mason i Capitanio, 2012; R. Williams, 2017). W trzecim, choć nie ostatnim, podejściu emocje są postrzegane jako rezultat procesów mózgowych zachodzących w różnych kontekstach społecznych (Barrett, 2006).

Złość, gniew, irytacja są często rozpatrywane łącznie, a w literaturze naukowej ich nazwy bywają stosowane wręcz zamiennie. W języku angielskim pojęcia te są ujmowane często pod wspólnym terminem *anger*, co może prowadzić do różnorodnej interpretacji (Szorc, 2016). Takie rozumienie powoduje że złość rozumiana bywa również jako gniew (o różnej intensywności, od łagodnego rozdrażnienia po silną wściekłość), rozróżniając je od wrogości jako od postawy (często związana z cynizmem i nieufnością) i agresji jako zachowania wyrażaną behawioralnie (mające na celu wyrządzenie szkody innym osobom lub przedmiotom) (Bąk, 2016a). W literaturze powiązania złość – wrogość – agresja identyfikuje się jako wspólny kompleks złość – wrogość – agresja (*Anger – Hostility – Aggression [AHA]*) (Berkout i in., 2019). Zakłada się, że osoby z wysokim poziomem jednego z tych elementów często wykazują również podwyższone poziomy pozostałych dwóch (Sluyter i in., 2000). Złości, podobnie jak innym emocjom przypisuje się: znak emocji, jej walencję,



wartościowość (przy czym dla złości jest on negatywna, ponieważ odbierana jest jako emocja przykra), natężenie emocji (najczęściej dla złości z przebiegające z dużą intensywnością, użyte w skali S-ANG¹² w kwestionariuszu STAXI-2¹³ jako badana w danym momencie), które wpływa na zachowanie poprzez aktywację myśli, oraz treść emocji identyfikującą znaczenie pobudzenia przez bodziec, ukierunkowującego do podjęcia lub zaprzestania aktywności (w przypadku złości ma charakter mobilizujący, aktywizujący) (Bąk, 2016b; Spielberger i Reheiser, 2009).

1.4.2 Funkcje złości

Mobilizacyjna funkcja złości stanowi mechanizm adaptacyjny o znaczeniu ewolucyjnym, ułatwiający reakcję w sytuacjach rywalizacji i zagrożenia. Cecha ta kwalifikuje złość jako element *systemu zbliżeniowego*, który sprzyja aktywnemu radzeniu sobie z przeszkodami i zagrożeniami. W przeciwieństwie do lęku i smutku, które wspierają *system unikania*, złość pełni funkcję adaptacyjną, mobilizując jednostkę do działania i konfrontacji (Carver i Harmon-Jones, 2009). Złość klasyfikowana jest więc jako *emocja stenicza*, charakteryzująca się zdolnością do mobilizacji do podjęcia działania, oraz jako reakcja emocjonalna często powiązana z rywalizacją i sytuacjami wymagającymi konfrontacji, można tutaj odróżnić ją od gniewu, który wiązany jest z elementem rywalizacyjnym (Żemojtel-Piotrowska i Piotrowski, 2012). Złość jest jedną z najczęściej negatywnie ocenianych reakcji emocjonalnych, występujących w odpowiedzi na sytuacje stresowe postrzegane jako zagrożenie, frustracja lub wyrządzenie szkody. Zgodnie z badaniami, emocjonalne pobudzenie o wysokim natężeniu, wywołane przez stresory, często prowadzi do wyrażania złości w formie agresywnych zachowań. Co więcej, lęk w tym kontekście może nasilać reakcje agresywne, co znajduje potwierdzenie w badaniach wskazujących na współwystępowanie gniewu i lęku jako czynników sprzyjających destrukcyjnym strategiom radzenia sobie z konfliktami (Borecka-Biernat, 2020; Segel-Karpas, 2024).

Złość odgrywa społecznie istotną rolę w budowaniu osobowości (złość jako cecha T-ANG w STAXI-2) i samym funkcjonowaniu społecznym (R. Williams, 2017). Jest związana z dążeniem do dominacji społecznej i może być reakcją na naruszenie granic osobistych lub poczucie niesprawiedliwości (TenHouten, 2018). Ewolucyjna skuteczność złości w sytuacjach społecznych pozwala też na łatwe odczytanie jej jako stanu u innych bez względu na krąg

¹² Złość w wymiarze chwilowym, jako stan poprzez skłonność o odczuwania złości w sytuacjach krytyki lub niesprawiedliwego traktowania (Bąk, 2016a).

¹³ Kwestionariusz i interpretacja przedstawionych skal została zaprezentowana w części dotyczącej metodyki.



kulturowy, ze względu na uniwersalną ekspresję mimiczną, bez możliwości jednak predykcji jej w zachowaniu danej osoby. Jej intensywność i ekspresja są regulowane przez socjalizację i wpływy kulturowe, które kształtują zarówno sposoby jej wyrażania, jak i tłumienia. Nieodpowiednie reakcje wychowawcze, takie jak nadopiekuńczość, agresja lub surowe kary, mogą prowadzić do problemów z kontrolą złości w dorosłości (Dominiak-Kochanek i Konopka, 2018).

1.4.3 Ekspresja i kontrola złości

Rozpoznawanie i kontrolowanie złości odgrywają istotną rolę w psychoterapii, zwłaszcza w podejściu poznawczo-behawioralnym, które pomaga identyfikować negatywne automatyczne myśli, wpływać na przekonania podstawowe oraz redukować impulsy prowadzące do powstawania złości (Czuma i Cwalina, 2012). W badaniach zauważono, że na ekspresję i kontrolę emocji, w tym złości, istotny wpływ mają czynniki kulturowe, sytuacyjne, płeć (Park i in., 2013), a także kontekst społeczny, który kształtuje zarówno sposoby wyrażania, jak i regulowania tej emocji (Chaplin, 2015; Fischer i Evers, 2011; Spielberger i Reheiser, 2009).

Jednym z przejawów trudności w kontroli złości jest jej skierowanie przeciwko samemu sobie. Złość kierowana przeciwko samemu sobie (zatrzymywana wewnątrz, badana za pomocą wskaźników AX-I i AC-I w STAXI-2) może prowadzić do niepożądanych objawów psychosomatycznych (Bąk, 2016a). Tego rodzaju złość ma złożoną strukturę emocjonalną, ponieważ łączy w sobie elementy wstydu, poczucia winy, zażenowania, żalu, rozczarowania i smutku. W efekcie jest ona bardziej powiązana z tymi emocjami niż z klasycznym gniewem. Badania wskazują, że osoby odczuwające wstyd i poczucie winy często jednocześnie doświadczają złości skierowanej przeciwko sobie, co potwierdza wielowymiarowy charakter tej emocji (Suchańska, 2012). W sytuacji chronicznego doświadczania złości na siebie emocja ta przyjmuje destrukcyjny i dezadaptacyjny charakter, prowadząc do negatywnych konsekwencji zdrowotnych i psychologicznych (Richard i in., 2023; Spielberger i Reheiser, 2009). Z kolei złość skierowana na zewnątrz, wyrażana w zachowaniach, które mogą eskalować do form agresywnych (badana poprzez wskaźniki AX-O i AC-O w STAXI-2), jest często postrzegana jako jedna z najbardziej niechcianych emocji (Bąk, 2016a). Wiąże się z przekonaniem, że zostały złamane istotne normy lub zasady moralne, przy jednoczesnym postrzeganiu własnych wartości jako ważniejszych od wartości osoby, która dokonała naruszenia (Suchańska, 2012). Tego rodzaju złość pełni funkcję komunikacyjną, sygnalizując potrzebę zmiany zachowania drugiej osoby, jednak w przypadku



braku kontroli może prowadzić do eskalacji konfliktów i naruszenia relacji społecznych. Predyktorami złości w badaniach okazały się neurotyzm i ugodowość, które wpływają na intensywność oraz sposób jej wyrażania, bardziej specyficznych cech, takich jak nieśmiałość i samoocena, które odgrywać mają istotną rolę w tłumieniu oraz kontroli złości, indywidualne różnice osobowościowe kształtują zarówno mechanizmy wyrażania złości, jak i strategie jej regulacji (Bak, 2016).

1.4.4 Model emocji i złość Spielbergera

Model emocji złości opracowany przez Charlesa D. Spielbergera rozróżniał dwa główne aspekty tej emocji: złość jako stan (S-ANG) oraz złość jako cechę (T-ANG). Podział ten pozwalał na zrozumienie złości zarówno jako chwilowego przeżycia, jak i trwałej cechy osobowości, które różnią się pod względem natury i dynamiki (Bąk, 2016a; Deffenbacher, 1996; Spielberger i Reheiser, 2009). W swoich pracach Spielberg zestawiał też w analizie lęk, złość i depresję, zwracając uwagę na uważność w interpretacji międzykulturowej (Moscoso i Spielberg, 2011).

Złość jako stan. Złość jako stan jest zdefiniowana jako przejściowy stan emocjonalny, pojawiający się w odpowiedzi na konkretne bodźce. Najczęściej w towarzystwie subiektywnego odczucia irytacji, frustracji lub wściekłości, a także fizjologicznej pobudzenia, takiego jak wzrost napięcia mięśniowego, przyspieszonego bicia serca czy podwyższonego ciśnienia krwi. Złość jako stan ma charakter tymczasowy, jej natężenie zmienia się w czasie i zależy od nasilenia bodźca wywołującego emocję (Spielberger i Reheiser, 2009; Veenstra i in., 2018). Według Spielbergera, intensywność tego stanu może być różnorodna, od łagodnego rozdrażnienia po silny gniew i wściekłość. Złość jako stan jest mierzona w czasie rzeczywistym i odnosi się do chwilowych doświadczeń emocjonalnych, takich jak reakcja na niesprawiedliwe traktowanie, naruszenie granic osobistych czy inne prowokacje (Bąk, 2016a; Czuma i Cwalina, 2012). Narzędzie diagnostyczne STAXI-2 umożliwia ocenę natężenia stanu złości w danym momencie poprzez skalę intensywności tego stanu (S-ANG) (Bąk, 2016a).

Złość jako cecha. Złość jako cecha odnosi się do trwałej dyspozycji osobowościowej, która predysponuje jednostkę do częstszego i bardziej intensywnego doświadczania stanów złości. Jest to względnie stabilna tendencja do interpretowania sytuacji jako frustrujących lub prowokacyjnych oraz do reagowania na nie emocjonalnie. Osoby o wysokim poziomie cechy złości są bardziej podatne na prowokacje i częściej odczuwają złość w codziennych sytuacjach (Bąk, 2016a). W modelu Spielbergera cecha ta determinuje zarówno częstotliwość,



jak i intensywność stanów złości u danej osoby. Wysoki poziom cechy złości wiąże się również z większym ryzykiem występowania negatywnych konsekwencji emocjonalnych i społecznych, takich jak trudności w relacjach interpersonalnych czy problemy zdrowotne, w tym choroby układu krążenia (Bąk, 2016a). Cecha złości jest mierzona w STAXI-2 za pomocą skali (T-ANG), która ocenia ogólną skłonność do reagowania złością w różnych sytuacjach życiowych. W modelu tym zwrócono również uwagę na uchwycenie zarówno dynamicznych, chwilowych aspektów emocji złości, jak i stabilnych predyspozycji osobowościowych do reagowania złością oraz na strategie radzenia sobie ze złością, takie jak tłumienie (AX-I), wyrażanie (AX-O) i kontrola złości (AC-O i AC-I), co znalazło wyraz w STAXI-2, jednak jak zauważają autorzy nie można jednak ich łącznie rozumieć jako wymiarów złości (Bąk, 2016a).

1.4.5 Neurobiologiczne i fizjologiczne podstawy złości

Pierwsze oznaki tej emocji, przejawiające się w postaci zwiększonego ogólnego pobudzenia fizjologicznego oraz aktywności ruchowej, można zaobserwować pomiędzy 1. a 4. miesiąca życia, co sugeruje, że emocja ta jest głęboko zakorzeniona w mechanizmach biologicznych (Moscoso i Spielberger, 2011; Spielberger i Reheiser, 2009; Suchańska, 2012). Złość w niemowlęctwie pełni funkcję adaptacyjną, umożliwiającą reakcję na frustrację spowodowaną zablokowaniem celu, przejawiając się w formie intensyfikacji działań mających na celu odzyskanie kontroli (Lewis i in., 2015). Na poziomie poznawczym wykazano, że złość wiąże się z intensywnym skupieniem uwagi na bodźcach wywołujących złość oraz z tendencją do impulsywnego działania (Richard i in., 2023). Na poziomie neuronalnym w przypadku nadmiernej złości na wskazuje się na dysfunkcje ciała migdałowatego oraz brzuszno-przyśrodkowej części kory przedczołowej. Ciało migdałowate aktywuje reakcje alarmowe poprzez swoje połączenia z innymi strukturami mózgu, w tym z podwzgórzem oraz korą przedczołową (Richard i in., 2023). Aktywność osi PPN odgrywa równie istotną rolę w fizjologicznych przejawach złości. W odpowiedzi na bodźce wywołujące złość, podwzgórze inicjuje wydzielanie kortykoliberyny, co prowadzi do aktywacji przysadki mózgowej i uwolnienia adrenokortykotropiny (ACTH). W kontekście tej pracy warto dodać, że wielu autorów łączy emocje lęku, złości oraz stres, co może wynikać z tego, że są ze sobą ściśle powiązane na poziomie neuronalnym. Dodatkowo aktywacja ciała migdałowatego w odpowiedzi na bodźce lękowe może jednocześnie prowadzić do wywołania złości i potencjalnie agresywnych zachowań, modulowanych stresem (Ressler, 2010). Badania neuroobrazowe wykazały, że złość, mimo że tradycyjnie klasyfikowana jako emocja



negatywna, posiada specyficzne cechy związane z motywacją zbliżeniową co zgodne jest z przypisaniem jej do systemu zbliżeniowego. Aktywacja lewej części kory przedczołowej w stanach złości wskazuje, że emocja ta, podobnie jak niektóre emocje stereotypowo postrzegane jako pozytywne, sprzyja mobilizacji i podejmowaniu działań ukierunkowanych na rozwiązanie sytuacji problematycznych lub konfrontacyjnych (Bąk, 2016a; Harmon-Jones i Sigelman, 2001; Stewart i in., 2008).

1.4.6. Złość a stan psychofizyczny

Tłumiona złość, szczególnie kierowana do wewnątrz, jest łączona z podwyższonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Badania wykazały, że tłumienie złości, np. w kontekście niesprawiedliwego traktowania w pracy, może prowadzić do zwiększonego ryzyka zawału serca oraz innych chorób sercowo-naczyniowych (Leineweber i in., 2011). Mechanizmy te opierają się na chronicznej aktywacji osi PPN oraz układu współczulnego, co skutkować ma podwyższonym poziomem kortyzolu i innych hormonów stresu, zwiększając ryzyko powikłań zdrowotnych. Chroniczne tłumienie złości, wpływa na zwiększenie aktywności ciała migdałowatego oraz osłabienie funkcji kory przedczołowej, co dodatkowo utrudnia efektywną regulację emocji i zwiększa podatność na stres (Ressler, 2010). Jednak niekontrolowane epizody złości mogą zaburzyć zdolność naczyń krwionośnych do prawidłowego rozszerzania się, co może prowadzić do zwiększonego ryzyka zachorowań i zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych (Nesic i in., 2023; Shimbo i in., 2024; Titova i in., 2022). Nieumiejętność ujawnienia złości w sposób konstruktywny (gotowanie się w sobie) wiąże się z utrzymującym się fizjologicznym napięciem, które sprzyja rozwojowi przewlekłych problemów zdrowotnych, takich jak nadciśnienie tętnicze (Leineweber i in., 2011). Uważa się, że złość to istotny predyktor lęku i depresji, badania wykazały też silną dodatnią korelację między złością a objawami psychopatologicznymi w postaci nasilonych objawów lękowych (Segel-Karpas, 2024). Wczesne nieadaptacyjne schematy odgrywać mają rolę mediatora w relacji między cechą złości a występowaniem tych objawów, co sugeruje, że tłumienie złości może prowadzić do pogorszenia zdrowia psychicznego i fizycznego (Özmen, 2023).

Złość charakteryzuje się wielowymiarową naturą, obejmującą różne formy i poziomy, takie jak gniew czy irytacja, oraz posiadającą zarówno adaptacyjne, mobilizacyjne funkcje, jak i potencjalnie destrukcyjne konsekwencje. W modelu Spielbergera złość rozróżniana jest na stan (S-ANG) i cechę (T-ANG), narzędzia takie jak STAXI-2 wspomagają ocenę różnych aspektów tej emocji. Neurobiologiczne podstawy złości wskazują na jej zależność od innych



emocji i stanów, co wpływa na regulację emocjonalną i fizjologiczną. Chroniczne wyrażanie złości wiąże się z negatywnymi skutkami zdrowotnymi oraz zwiększonym ryzykiem zaburzeń psychicznych. Wydaje się, że poziom złości można uznać też za wskaźnik stanu adaptacji w kraju przyjmującym. W ramach warsztatów zagadnienia związane ze złością to zaprezentowano podczas spotkania drugiego i prezentacji numer 4, w materiale biblioterapeutycznym, temat ujęty został w rozdziale 5. *Radzenie sobie ze złością i niepowodzeniami* (Staniek, 2015).

1.5 Migracja – kontekst psychologiczny

W tej części podjęto próbę przedstawiania kontekstu migracji osób polskiego pochodzenia, próba ta jest tylko formą zasygnalizowania tego tematu i sytuacji w jakiej znajdowały się osoby badane niż kompleksową analizą tej tematyki. Wymagana też jest ostrożność i wrażliwość dla różnorodności jaka związana jest z tym zagadnieniem.

1.5.1 Migracja, ujęcie psychologiczne

Migracja stanowiła fundamentalny element ludzkiego społeczeństwa, związanego z przemieszczaniem się oraz wędrownymi. Proces ten trwa niezależnie od czasu i okoliczności, a zmianie ulegają jedynie zasięg i techniki przemieszczania się. Co więcej, migracja obejmuje nie tylko samą osobę migrującą, lecz także całą jej rodzinę i otoczenie (Kaczmarczyk, 2015; Karbowski, 2024; Kramkowska, 2016). Migracja daje nadzieję, ale równocześnie zawsze wiąże się z pewnym ryzykiem (Kubitsky, 2012). Pojawiało się więc pytanie, czy istnieje specyficzny psychologiczny profil osoby migrującej. Louwrens Menges, opisywał osoby skutecznie radzące sobie w czasie migracji jako potrafiące radzić sobie z tęsknotą (tęsknota wywołuje depresję i osłabia) i wykazujące wyższy poziom zaradności życiowej (co jest niezbędne na obczyźnie) (Kubitsky, 2012). Rozwinięciem jego rozumienia było rozróżnienie psychoanalityczne zaproponowane przez Michael Balinta, który rozróżnił osoby *oknofiliczne* (niepodejmujące zmian) oraz *filobatyczne* (w myśl zasady *żyjesz, to znaczy ryzykujesz*) (Kubitsky, 2012). Podejście zakładające istotność relacji między osobą a obiektem pozostało żywe także we współczesnej terapii psychoanalitycznej osób migrujących (Utari-Witt i in., 2021). Wspomniana tęsknota łączona była z dojrzałością jednostki oraz umiejętnością radzenia sobie z rozłąką. W szczególności obejmowało to lęk przed porzuceniem, który pojawiał się we wczesnym dzieciństwie, kiedy rozstanie z matką zakłócało homeostazę dziecka. Takie zaburzenie mogło wpłynąć następnie na rozwój systemu korowo-limbicznego,



odpowiedzialnego za kontrolę i regulację emocji, w tym złości wynikającej z powstałego konfliktu¹⁴ (Bowlby, 2024; Bowlby i Polaszewska-Nicke, 2021; Karbowski, 2024). Virginia Satir szczególnie podkreślała znaczenie więzi rodzinnych, jasnych zasad oraz wyraźnych granic w rodzinie. Czynniki te sprzyjają stabilności emocjonalnej i mogą zapobiegać problemom w relacjach, także w kontekście funkcjonowania poza granicami kraju (Kubitsky, 2012). We współczesnych podejściach dodano do profilu osoby migrującej niski poziom neurotyzmu i sumienności z istotnym udziałem wsparcia społecznego (Trąbka, 2016). Te i wiele innych podejść stało się punktem wyjścia do współczesnych podejść podejmujących tematykę migracji, zarówno bowiem profil osobowościowy osoby migrującej, lęk, stres wywołany migracją, umiejętność regulacji emocji złości są predyktorami zdrowia oraz dobrostanu w grupie badanej.

1.5.2 Kontekst społeczny migracji osób polskiego pochodzenia w Norwegii

Według Norweskiego Centralnego Urzędu Statystycznego (SSB) Norwegię zamieszkiwało w 2024 roku 5 571 634 mieszkańców (SSB, 2024c) z czego 931 081 (16,71%) byli to imigranci (SSB, 2024b), zaś samych osób polskiego pochodzenia 111 074 (1,99% mieszkańców Norwegii) (SSB, 2024a) stanowiąc około 11,93% wszystkich imigrantów w Norwegii. Polska mniejszość jest uznawana za największą grupę imigrancką w Norwegii (Gmaj, 2020). Typowy profilem osoby migrującej z Polski do Norwegii, była osoba migrująca zarobkowo, a najistotniejszej dla niej było podjęcie pracy i jej utrzymanie (Gmaj, 2018). Badania koncentrowały się na życiu osób migrujących, przy czym dostęp do nich był częściowo determinowany stanem zdrowia, co implikuje, że optymalnym profilem migrującego jest osoba o dobrym stanie zdrowia. W wielu pracach zwrócono uwagę za zaistnienie efektu zdrowego migranta (*Healthy Migrant Effect* [HME]), który przybywał w pełni sił, a po pewnym czasie ulegał zamianie w migranta chorego. Efekt ten wyjaśniany był jako efekt pozytywnej selekcji migracyjnej, co miało oznaczać, że osoby, które migrują, zazwyczaj są w lepszym stanie zdrowia niż osoby, które pozostają w kraju pochodzenia. Sam proces migracji wymagał bowiem pewnych zasobów fizycznych, psychicznych i finansowych, co miało prowadzić do tego, że migranci są *zdrowszą* częścią populacji kraju pochodzenia (Elshahat i in., 2022; Trąbka, 2016). Dla polskich imigrantów w Norwegii, którzy migrują głównie z powodów ekonomicznych, mogło to oznaczać, że byli bardziej zdrowi niż przeciętna populacja w Polsce (Haugrud, 2022). Pandemia COVID-19 i jej reperkusje w obszarach pracy oraz zdrowia mogły w ostatnich latach odegrać istotną rolę w

¹⁴ Takie rozumienie stanowi fundament teorii przywiązania Johna Bowlby'ego.



kształtowaniu stanu zdrowia osób pochodzenia polskiego. W czasie pandemii COVID-19, 26% osób polskiego pochodzenia w Norwegii zostało zwolnione lub skrócono im godziny pracy (Ødegård i Andersen, 2024). Wyraźnie uwydatniło się też krytyczne postrzeganie migrantów w szczególności z Polski jako zagrożenia, zarówno w mediach tradycyjnych jak i w komentarzach. Może to sugerować postrzeganie migrantów jako zagrożenia poprzez identyfikację ich z importem zakażeń, wzbudzając złość i lęk u mieszkańców w kraju przyjmującym (Isaksen i Fallmyr, 2021). Środowisko polskie było w tym czasie porównywane do tykającej bomby zegarowej w odniesieniu do wzrastającej liczby zakażeń (Stylo, 2020b). Sami Polacy nazwali siebie kozłami ofiarnymi zarazy (Stylo, 2020a). Wiele osób nie wróciło już z Polski do Norwegii, a wiele obecnie rozważa powrót do Polski, także z innych względów, min. ze względów finansowych (Rivrud i in., 2023). Dygresja ta związana jest z faktem, że kontekst pandemii uwidocznił się w studium przypadku, w których osoby badane opisywały swoje doświadczenia lokalizując je w tym czasie, jako trwające, rozpoczynające lub nasilające problemy. W ostatnim czasie ukazała się w druku, zarówno w Norwegii (Ekle, 2022) jak i w Polsce, książka *Nie jestem twoim Polakiem. Reportaż z Norwegii* (Sapieżyńska i Wiśniewska-Weiss, 2023). Autorka przedstawiała tam swoje rozumienie norweskiego stosunku do osób migrujących z Polski do Norwegii, słowo *pollak*, zostało przedstawione z negatywnym, jednostronnym podejściem i przedstawianiem Polek i Polaków w Norwegii, nie tylko w kontekście pandemii (Sapieżyńska, 2023). Można uznać, że w książce tej przedstawiono jeden z fragmentów rzeczywistości w Norwegii doświadczane przez osoby badane w ostatnim czasie. Innym ujęciem, które może dać obraz jest uzyskany w projekcie TRANSFAM (Gmaj, 2018, 2020), czy istnienie polskich organizacji imigranckich w Norwegii (Bell, 2019). Lub badaniu dotyczącym polskiej migracji dotyczącej zdrowia, w którym mowa o kulturze paracetamolu, czy leczeniu skórkami od bananów w Norwegii (Anczyk i in., b.d.; Pawlak-Kałuźńska, 2022b). W grudniu 2024 ukazał się artykuł na łamach publicznych mediów norweskich: *Jesteśmy czymś więcej niż tylko pomocą w praniu i sprzątaniu*, w którym padają stwierdzenia iż uprzedzenia wobec Polaków się nie zmieniły, a wiele osób doświadcza stygmatyzacji, dyskryminacji i wykluczenia społecznego oraz jest narażone na mikro-agresje (Khalouf, 2024). Powyżej przedstawiony został wąski wycinek szerszego kontekstu społecznego polskiej migracji, ze względu jednak że takie opinie i przekaz medialny pojawił się w ogólnokrajowych państwowych publicznych norweskich mediach, zostały przedstawione również jako kontekst zjawiska polskiej imigracji w Norwegii.



1.5.3 Teoria akulturacji

Migracja jest procesem wielopoziomowym i wieloetapowym, dlatego przedstawione tutaj pojęcie akulturacji wykracza daleko poza psychologię, a tutaj przedstawiono tylko aspekty psychologiczne. Modelowa osoba¹⁵, migrująca do innej społeczności, przeżywać ma cztery główne fazy, faza miesiąca miodowego (z wysokim nastrojem), szoku kulturowego (z załamaniem nastroju), akulturacji oraz stabilnego przystosowania (Grzymała-Moszczyńska, 2014). Migracja pociąga więc za sobą konieczność odnalezienia się jednostki w warunkach odmiennego systemu społecznego, kulturowego, językowego (Boski, 2022). Proces ten, będący jedną z wymienianych faz określany jest mianem akulturacji, wiąże się z nabywaniem oraz łączeniem elementów kultury kraju pochodzenia z kulturą kraju przyjmującego (Żaliński, 2022). W koncepcji Johna Berry'ego, akulturacja oznacza dwukierunkową wymianę między osobą migrującą a społecznością w kraju przyjmującym, w której obie strony dokonują pewnych przystosowań (Żaliński, 2022). Model ten odnosi się zarówno do decyzji osoby będącej w procesie akulturacji (osoby migrującej), jak i grupy dominującej (społeczeństwa przyjmującego). Można to ująć odnosząc się też do zmian psychologicznych wynikających z kontaktu z innymi kulturami, co podkreślił Berry, który definiował akulturację jako zmiany w funkcjonowaniu psychologicznym jednostki w odpowiedzi na długotrwały i intensywny kontakt z inną kulturą¹⁶ (Boski, 2022). W swoim modelu przedstawił istnienie czterech podstawowych strategii akulturacyjnych, które są wybierane przez osoby migrujące, które oparte są o relacje do kultury kraju z którego się pochodzi, oraz do kultury kraju przyjmującego (Boski, 2022; Trąbka, 2016). Pierwsza z nich to integracja – łączenie elementów własnej kultury z kulturą przyjmującą, asymilacja – poprzez odrzucenie własnej kultury na rzecz przyjęcia obcej, separacja – unikanie wpływów obcej kultury przy zachowaniu swojej oraz czwarta marginalizacja – odrzucenie zarówno własnej, jak i obcej kultury (Boski, 2022). Z czasem podjęto próby rozbudowy tego podejścia tworząc model ABC(D) Collen Ward¹⁷, a później model RAEM (Navas i in., 2005; Trąbka, 2016). W tej pracy oparto się na modelu Berry'ego, konstruując pytania w wywiadzie oraz w analizie jakościowej wyodrębniające kategorie i kody, biorąc również pod uwagę możliwość integracji z teorią ochrony zasobów Hobfolla. Integracja bowiem tych dwóch teorii pozwoliła na próbę szerszego zrozumienia procesów akulturacyjnych. Teoria ochrony zasobów dostarczyła ram

¹⁵ W ujęciu antropologicznym Kalevero Oberga (Grzymała-Moszczyńska, 2014).

¹⁶ Przy możliwym również założeniu, że do akulturacji nie jest potrzebna migracja, gdyż może dotyczyć grup osiadłych, jednak tutaj skupiono się na elemencie akulturacji i migracji (Boski, 2022).

¹⁷ Teoria kontaktu kulturowego (Grzymała-Moszczyńska, 2014).



do analizy, jak migranci zarządzają swoimi zasobami (materialnymi, społecznymi, personalnymi i energetycznymi) w trakcie akulturacji, zaś model akulturacji Berry'ego pozwolił na opis strategii, które migranci wybierają w zależności od ich relacji do kultury pochodzenia i przyjmującej (Lau i Shaffer, 2023).

1.5.4 Stres związany z migracją

Odnosząc się do teorii akulturacji jednym z jej elementów jaki się pojawia jest szok kulturowy. Wybór konkretnej strategii akulturacyjnej bywa determinowany czynnikami osobistymi (m.in. wiek, wykształcenie, plany rodzinne) oraz społecznymi (m.in. nastawienie Norwegów do imigrantów, dostęp do pracy i mieszkania, system wsparcia społecznego). Wybór jej podstawą do wyjścia, często przebiegając w formie szoku kulturowego¹⁸ będącego jedną z faz adaptacji po fazie miesiąca miodowego a w którym przedłużony kontakt z odmiennym i nieznanym kontekstem kulturowym prowadzi do narastającego stresu. Stres zaś może dezintegrować układ odniesienia migrujących, zostało to ujęte w ICD-10 w kategorii F43 związanych ze stresem a dokładnie w F43.2 identyfikując jako Wstrząs kulturowy (Trąbka, 2016). Z perspektywy psychodynamicznej migracja może być postrzegana jako proces żałoby, w którym jednostka oddala się od rodziny i bliskich, swojego języka, kultury, kraju, statusu społecznego i kontaktów z grupami przynależnymi, co prowadzi do możliwego poczucia niepewności (Bustamante i in., 2017). Podjęcie się pracy poniżej kwalifikacji jest elementem zjawiska *marnotrawienia mózgow* i deprecjacji kwalifikacji, niskie umiejętności językowe a co za tym idzie niska znajomość norm utrudnia integrację, stając się przewlekłymi stresorami (Baranowska, 2017). Największym kosztem psychologicznym i jedną z jego cech jest tęsknota, w szczególności pozostawienia dzieci w kraju pochodzenia, co może być też uważane za największy stresor (Baranowska, 2017; Grzymała-Moszczyńska, 2014). Joseba Achotegui związał migrację z przeżywaniem żałoby wyróżniając jej różne rodzaje, w tym prostą, złożoną oraz ekstremalną, która, nieprzepracowana, może prowadzić do tzw. *syndromu Ulissesa*, czyli chronicznego stresu związanego z migracją, manifestującego się w postaci depresji, lęku, somatyzacji i deficytach poznawczych (Achotegui, 2022; Pawlak-Kałużyńska, 2022b; Roberts i in., 2022). Stres związany z migracją jest więc złożonym i wielowymiarowym zjawiskiem, na które składają się zarówno indywidualne, jak i społeczne czynniki ryzyka, wydaje się więc, że podjęcie tego tematu w odniesieniu do migracji jest uzasadnione.

¹⁸ Wymieniane są jeszcze: szok językowy, szok związany z rolą, szok kulturowy czy zmęczenie kulturą (Grzymała-Moszczyńska, 2014), pisze się też o powrotnym (odwrotny) szoku kulturowym, związanym z readaptacją (Grzymała-Moszczyńska i in., 2015).



1.5.5 Depresja w migracja

W kontekście niniejszej pracy, badano możliwości redukcji objawów depresyjnych u osób migrujących, akulturacja w wielu badaniach stała się istotnym czynnikiem wpływającym na zachorowalność na depresję w różnych krajach¹⁹ (Essayagh i in., 2023). Migranci często doświadczają opisywanych wyzwań psychologicznych wynikających z utraty wsparcia społecznego, izolacji kulturowej, dyskryminacji, a także barier językowych i ekonomicznych. W kontekście modeli psychodynamicznych oraz teorii poznawczych depresji, migracja może być rozumiana jako specyficzna sytuacja życiowa, w której jednostka zmagą się z poczuciem straty oraz brakiem kontroli nad nowym środowiskiem. Zjawiska te mogą prowadzić do rozwinięcia depresyjnego stylu atrybucji, wskazanego w modelu beznadziejności. Podobnie jak w teorii wyuczonej bezradności Seligman i Maier, migranci często postrzegają swoje niepowodzenia jako trwałe i globalne, co może zwiększać ich podatność na rozwój depresji. Mechanizmy te można tłumaczyć w świetle modelu poznawczo-behawioralnego Becka, gdzie przewlekły dystres i negatywne przekonania utrwalają schematy depresyjne (Gkiouleka i in., 2018). W większości badań podkreśla się potrzebę kulturowo dostosowanych interwencji w zakresie zdrowia psychicznego oraz rozbudowy systemów wsparcia dla populacji migrantów, tak, aby skutecznie sprostać ich unikalnym wyzwaniom psychologicznym (Zabłocka-Żytka i Lavdas, 2023).

1.5.6 Migracje a złość

Problemy z regulacją emocji, pojawiające się z efekcie wczesnodziecięcych rozstań z matką jak już wspomniano przy próbie opisu profilu osoby migrującej mogą przejawiać nadmierną ekspresję i brakiem kontroli złości. Pojawia się ona bowiem w skutek różnorodnych sytuacji, w tym na skutek izolacji społecznej i ograniczeń, jak podczas pandemii COVID-19 (Abadi i in., 2021), stanowiącej tło opisywanych wydarzeń przez osoby uczestniczące w wywiadach. Takie sytuacje można też ekstrapolować na sytuację migracyjną, zarówno w rodzinie migracyjnej (Doiczman-Łoboda, 2020) jaki w kraju przyjmującym gdzie przyjmujący odczuwają złość w stosunku do migrantów (Skrabacz, 2020). Złość pozwala na zrozumienie jak postrzegamy daną sytuację społeczną i która jej aspekty są dla nas istotne poprzez mobilizację do dbania o swoje potrzeby i ochronę swoich granic (Czuma i Cwalina, 2012).

¹⁹ Zwłaszcza w przypadku migracji przymusowych.



Proces migracyjny związany jest licznymi wyzwaniami psychologicznymi wymienionymi w tym rozdziale. Wyzwania te wpływają w różny sposób na zdrowie psychofizyczne i w zależności od stanu danej osoby, mogą zwiększać ryzyko występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych oraz problemów z regulacją emocji. Każda z tych osób ma swój unikalny profil, który warunkuje stopień jej końcowego przystosowania w kraju przyjmującym. Ta unikalność sprawia, że pomoc jakiej można by udzielić będzie wrażliwa na te wymagania.

1.6 Model terapii poznawczo behawioralnej

Terapia poznawczo-behawioralna jest jednym z najbardziej znanych i szeroko stosowanych podejść terapeutycznych w obszarze psychologii klinicznej oparte na dowodach (Kowalski i in., 2024). Jej rozwój był efektem interdyscyplinarnych badań w dziedzinach takich jak psychologia, psychopatologia i psychiatria, które połączyły teorię uczenia się z założeniami poznawczymi (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). CBT charakteryzuje się zarówno naukową rzetelnością, jak i efektywnością terapeutyczną, skutecznie wspomagając leczenie różnorodnych zaburzeń psychicznych – od lękowych po depresję – poprzez łączenie elementów podejścia poznawczego i behawioralnego. W niniejszym rozdziale przybliżono wybrane etapy rozwoju tego modelu, a następnie przedstawiono naukowe dane dotyczące jego zastosowania w zaburzeniach związanych z podejmowaną w pracy tematyką. Omówiono m.in. podstawowe obszary pracy terapeutycznej, sposoby pomiaru efektów oraz odniesienie do alternatywnych form leczenia. Rozdział uzupełniono o zagadnienia wynikające z kontekstu migracyjnego oraz rolę interwencji biblioterapeutycznych, wskazując, w jakich przypadkach CBT może być leczeniem z wyboru. Do głównych powodów, dla których CBT jest powszechnie stosowana, należą jej naukowo potwierdzona skuteczność i skoncentrowanie na celu. W licznych metaanalizach potwierdzono wysoką efektywność CBT w pracy z zaburzeniami związanymi z lękiem, stresem, złością oraz depresją (Farley i in., 2022; Gaudiano, 2008).

1.6.1 Terapia behawioralna

Rozwój terapii poznawczo-behawioralnej rozpoczął się od nurtu stricte behawioralnego, w którym zasadnicze znaczenie przypisywano zjawiskom uczenia się i analizie obserwowalnych zachowań. W myśli behawioralnej przyjęto, że większość zachowań, w tym także nieprzystosowawczych, powstaje na drodze warunkowania



klasycznego oraz instrumentalnego. Model ten zakładał, że zaburzone lub dysfunkcyjne wzorce postępowania dają się modyfikować poprzez odpowiednie zastosowanie tych samych mechanizmów, które pierwotnie doprowadziły do ich wykształcenia. W terapii behawioralnej punktem wyjścia jest konceptualizacja pełniąca funkcję obserwacji kontekstu zachowania: bodźców poprzedzających (okoliczności wyzwających), samych reakcji oraz ich konsekwencji (wzmocnień) (J. Beck i in., 2005; Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). W podejściu tym koncentrowano się na wygaszaniu niepożądanych reakcji, hamowaniu zachowań dysfunkcyjnych, modelowaniu zachowań pożądanych i ekspozycji. Podkreślano też, że fundamentem skuteczności terapii behawioralnej jest oparcie interwencji na empirycznie potwierdzonych mechanizmach psychopatologii i zmian (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009).

W dalszych etapach rozwoju terapii poznawczo-behawioralnej nurt behawioralny zintegrował się z założeniami poznawczymi, prowadząc do powstania tzw. *drugiej fali* CBT, a następnie wypracowania podejść *trzeciej fali*. Niemniej jednak podstawy behawioralne, skoncentrowane na obserwacji, weryfikacji empirycznej i modyfikacji wzorców zachowania, wciąż stanowiły fundament praktyki terapeutycznej. Było to szczególnie istotne, gdy celem było przeciwdziałanie niepożądanym schematom reagowania oraz adaptacja w nowych kontekstach kulturowo-społecznych.

1.6.2 Druga fala

Kolejnym etapem rozwoju modelu terapii poznawczo-behawioralnej było zwrócenie uwagi na procesy nadawania znaczenia bodźcom, zapoczątkowane przede wszystkim przez Becka i Ellisa (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). Założenie to, definiujące tzw. *drugą falę* CBT, opierało się na spostrzeżeniu, że odbiór i interpretacja informacji z otoczenia w znacznym stopniu warunkują emocje oraz zachowania jednostki. Człowiek tym samym postrzegany był jako aktywny konstruktor swojej rzeczywistości – wybiera, porządkuje i interpretuje docierające do niego bodźce w oparciu o indywidualne schematy poznawcze, będące wynikiem dotychczasowych doświadczeń oraz wrodzonych predyspozycji. W myśleniu poznawczym zakłada się, że zniekształcenia poznawcze, takie jak nadmierne uogólnianie czy katastrofizacja, pełnią istotną rolę w rozwoju i podtrzymywaniu zaburzeń psychicznych (J. Beck i in., 2005). W efekcie niewłaściwych interpretacji dana osoba przejawia nieadaptacyjne reakcje emocjonalne (lęk, smutek, złość), co może przekładać się na dysfunkcyjne zachowania. Stąd centralnym elementem terapii poznawczej stała się restrukturyzacja poznawcza, czyli zmiana nieprzystosowanych myśli, założeń i przekonań



na bardziej elastyczne lub realistyczne (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). W praktyce klinicznej uwzględnienie poznawczych mechanizmów mediujących w powstawaniu zaburzeń psychicznych pozwoliło na opracowanie ustrukturyzowanych modeli poznawczych, ukierunkowanych m.in. na leczenie depresji, zaburzeń lękowych czy zespołu stresu pourazowego. Schematy te stanowią punkt odniesienia do doboru technik terapeutycznych, koncentrujących się na testowaniu i modyfikowaniu nieadekwatnych przekonań pacjenta (J. S. Beck i in., 2012). W kontekście procesów migracyjnych zasady terapii poznawczej zyskują dodatkowe znaczenie, ponieważ mogą pomóc zrozumieć i przeformułować pojawiające się w nowym środowisku interpretacje zdarzeń, których efektem są często nasilone reakcje lękowe bądź stres akulturacyjny.

1.6.3 Trzecia fala

Terapia poznawcza, wniosła do praktyki klinicznej przekonanie, że wpływając na procesy myślenia, wpływamy na emocje i zachowania. W kolejnych latach ewolucja tej perspektywy doprowadziła do powstania nurtów określanych mianem „trzeciej fali”, łączących elementy zarówno poznawcze, jak i behawioralne z innymi koncepcjami teoretycznymi, a jednocześnie zachowujących centralne założenie o aktywnym i podatnym na zmiany systemie przetwarzania informacji (J. S. Beck i in., 2012; Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). Powstały one na bazie tradycyjnych założeń terapii behawioralnej i poznawczej, wzbogacając je o elementy akceptacji, uważności oraz bardziej holistyczne spojrzenie na funkcjonowanie człowieka (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). Niezależnie od perspektywy teoretycznej, badacze i praktycy *trzeciej fali* podkreślali znaczenie poznawczo-behawioralnej konceptualizacji problemu jako punktu wyjścia w projektowaniu planu terapeutycznego (Popiel i in., 2022; Popiel i Pragłowska, 2009). Takie podejście pozwalało skuteczniej dopasować interwencje do konkretnej osoby, jej doświadczeń życiowych oraz uwarunkowań biologiczno-psychologicznych. Metody te zyskują na popularności, zwłaszcza w obszarach wymagających większej elastyczności w pracy z pacjentem, w tym także u osób doświadczających migracji i adaptujących się do nowego środowiska społeczno-kulturowego.

1.6.4 Terapia poznawczo-behawioralna – wielowymiarowe analizy oddziaływania

W tej części rozdziału przedstawiono przegląd wyników badań dotyczące omawianego podejścia w odniesieniu do poruszanej tematyki lęku, stresu, złości i depresji. Odniesiono się też do skuteczności wykorzystania biblioterapii z wykorzystaniem modelu.



Lęk. W pracy z lękiem wymienia się takie zaburzenia jak zaburzenie lękowe uogólnione (GAD), zaburzenie paniczne czy fobia społeczna. W metaanalizach wielkość efektu wyniosła nawet $g = 0,76$ dla Zespołu lęku uogólnionego (Generalized Anxiety Disorder [GAD]), co wskazuje na dużą skuteczność CBT w porównaniu z innymi metodami leczenia (w tym farmakoterapią) (Farley i in., 2022). W oparciu o przeglądy badań CBT stanowi leczenie z wyboru w przypadku wielu zaburzeń lękowych, zwłaszcza że cechuje się porównywalną (bądź wyższą) efektywnością niż standardowe procedury medyczne i psychologiczne bez efektów ubocznych (Farley i in., 2022; Fordham i in., 2021; Kowalski i in., 2024)..

Stres. W pracy ze stresem wymieniane są takie zaburzenia jak zaburzenie stresowe pourazowe (PTSD), w którym w metaanalizach (np. Lewis i in., 2020) wielkość efektu dla CBT sięgała nawet $g = -1,32$, co wskazuje na wysoką skuteczność tej formy terapii. W porównaniu z innymi metodami leczenia (w tym farmakoterapią czy terapią wspierającą) CBT okazywała się bardziej efektywna w dłuższej perspektywie, a liczne badania wskazywały, że stanowi leczenie z wyboru w kontekście pracy ze stresem pourazowym, jest alternatywą dla EMDR, w którym osiągnięto podobne rezultaty (Farley i in., 2022; Fordham i in., 2021).

Złość. W pracy ze złością wymienia się między innymi zaburzenia osobowości cechujące się trudnościami w regulacji emocji, w tym zaburzenie borderline, gdzie istotnym problemem bywa agresja oraz impulsywne reakcje związane ze złością. Metaanalizy wskazują, że wielkość efektu CBT w obniżaniu nasilenia złości i poprawie funkcjonowania psychospołecznego jest umiarkowana do wysokiej ($g \sim 0.4$). W porównaniu z innymi metodami leczenia (np. standardowymi terapiami wspierającymi) CBT okazywała się skuteczniejsza w dłuższym utrzymywaniu zmian w ekspresji złości i lepszym radzeniu sobie z impulsami agresywnymi. Dla porównania, praktykowanie metod wyładowania złości, okazało się nieskuteczne²⁰ i mogące prowadzić do zwiększenia agresji (Lohr i in., 2007). Z tego względu CBT stanowi jedno z najczęściej zalecanych podejść w terapii problemów związanych z nadmierną złością, zwłaszcza w kontekście zaburzeń współwystępujących z agresywnymi reakcjami lub deficytami w kontroli emocjonalnej (Farley i in., 2022; Fordham i in., 2021).

²⁰ Nie redukuje negatywnych emocji, a wręcz może je nasilać.

Depresja. W pracy z depresją wymienia się zarówno epizody depresyjne o nasileniu łagodnym, jak i umiarkowanym czy ciężkim, a także zaburzenia współwystępujące – np. zaburzenia lękowe czy zaburzenia adaptacyjne. W metaanalizach wielkość efektu dla CBT w redukcji objawów depresji wyniosła $g = 0,54-1,11$, zaś u pacjentów z chorobami przewlekłymi wielkość efektu wynosi $g = 0,72$, co wskazuje na jej wysoką skuteczność (Farley i in., 2022; Fordham i in., 2021; Kowalski i in., 2024). W porównaniu z innymi metodami leczenia (np. wyłącznie farmakoterapią czy standardową opieką medyczną) CBT okazywało się co najmniej równoważne lub w dłuższej perspektywie bardziej efektywne w zapobieganiu nawrotom. Z tego względu stanowi leczenie z wyboru w wielu protokołach dedykowanych depresji (Farley i in., 2022; Fordham i in., 2021)..

Biblioterapia. Łączenie terapii poznawczo-behawioralnej z biblioterapią zalecane było szczególnie w przypadku takich zaburzeń jak bezsenność, zaburzenia lękowe i depresja, gdzie samodzielna lektura odpowiednio dobranych treści miała zwiększać wgląd pacjenta, wspomagać psychoedukację i utrzymywać efekty terapii. Na przykład, wielkość efektu biblioterapii wynosiła $g = 0,77$ dla depresji w analizach porównawczych z grupami kontrolnymi, co wskazuje, że biblioterapia oparta na CBT jest bardzo skuteczna, szczególnie w przypadku osób z łagodnymi i umiarkowanymi objawami depresyjnymi (Gregory i in., 2004; Kowalski i in., 2024). W badaniach nad młodzieżą z objawami depresji stwierdzono, że biblioterapia²¹ prowadziła do znaczącej redukcji objawów w ciągu pierwszych sześciu miesięcy (Rohde i in., 2015). W analizach porównawczych z książkami spoza modelu CBT nie odnotowano podobnej redukcji dla objawów depresyjnych i lękowych (Yasar, 2024). Wykazano również skuteczność biblioterapii w kontekście migracji (Muto i in., 2011). W przypadku osób z lękiem o zdrowie, bulimią, napadowym objadaniem się oraz bezsennością (ze wsparciem) zaleca się biblioterapię opartą na terapii poznawczo-behawioralnej jako uzupełnienie leczenia lub samodzielną formę terapii, co pozwala na rozwijanie strategii poznawczych i behawioralnych w bezpiecznym środowisku (Kowalski i in., 2024; Okajima i in., 2011).

Podsumowanie. Przedstawione dane potwierdziły zróżnicowaną i wysoką skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu szerokiej gamy zaburzeń, takich jak lęk (GAD, fobie, zaburzenia paniczne), stres pourazowy (PTSD), złość (zaburzenia osobowości z trudnościami w regulacji emocji) oraz depresja (o różnym nasileniu). Metaanalizy wskazały na znaczące efekty w obniżaniu objawów i utrzymywaniu zmian w

²¹ Z użyciem książki *Feeling Good* (Burns, 1980).



perspektywie długoterminowej, co potwierdza status CBT jako leczenia z wyboru w wielu terapiach. Dodatkowe włączenie biblioterapii wspierało psychoedukację i wzmacniało długoterminowe efekty terapii, zwłaszcza w przypadkach łagodnych i umiarkowanych objawów depresyjnych, lęku oraz bezsenności.

1.7 Biblioterapia

W tej części podjęto próbę zarysowania tematyki biblioterapii oraz przedstawienie wybranego materiału biblioterapeutycznego.

1.7.1 Biblioterapia, analiza tematu, definicja

Termin biblioterapia w szerokim rozumieniu odnoszony był do różnych podejść i interwencji związanych z metodą wykorzystaniem wybranej literatury lub w rozszerzonej wersji: programów komputerowych, nagrań audio lub filmów²², w dziedzinach związanych z medycyną innymi dziedzinami oraz poradnictwem, w celu uzyskania pozytywnego wpływu terapeutycznego poprzez kierowanie czytaniem lub oddziaływanie terapeutyczne słowem (H. Czernianin i in., 2017; Redman i in., 2024). Najistotniejszym elementem jest indywidualna relacja osoby z treścią książek, poezji lub innych form pisanych, traktowanych jako narzędzie terapeutyczne. Biblioterapię zalicza się do arteterapii, a częściowo wiąże się ją także z terapią poprzez pisanie oraz pisanie kreatywne (Szulc, 2011). Przyjmuje się, że w skład procesu biblioterapeutycznego wchodzi trzy niezbędne elementy: materiał do czytania (materiał biblioterapeutyczny), cel terapeutyczny (osiągany poprzez lekturę) oraz problem, na który to oddziaływanie jest skierowane (Monroy-Fraustro i in., 2021). Wśród zalet biblioterapii wymieniane są: udowodniona naukowo skuteczność, niskie koszty, powszechną dostępność i zastosowanie bez ograniczeń oraz potencjał wykorzystania dla grup wykluczonych lub bez możliwości wsparcia (H. Czernianin i in., 2017; Lin, 2024; Lyneham i Rapee, 2006; Marrs, 1995; Monroy-Fraustro i in., 2021). Może umożliwiać też bardziej indywidualizowany proces leczenia, zwiększając samoświadomość uczestników oraz zachęcając ich do aktywnego podejmowania odpowiedzialności za rozwiązywanie własnych problemów. Innymi słowy, uczestnicy mają możliwość samodzielnego regulowania tempa terapii, dostosowując je do swojej aktualnej sytuacji życiowej (Lin, 2024; Lyneham i Rapee, 2006; Pehrsson, 2006).

²² Trwają dyskusje nad rozszerzeniem się pojęcia jakim jest czytanie, ze względu na rozszerzenie złożoności czytania, łączenia metod i typów danych na cyfrowych nośnikach, urządzeniach czy serwisach oferujących dostęp online. Mowa wtedy o czytaniu rozszerzonym za pomocą technologii i narzędzi, takich jak papier i ekrany w różnych przejawach (Erstad i in., 2023).



Istnieje wiele klasyfikacji biblioterapii, jednym z nich jest podział zaproponowany przez Caroline Shrodes, który rozróżniał biblioterapię wychowawczą (rozwojową, czytelniczną) oraz kliniczną (Szulc, 2011). Podstawą tego rozróżnienia były dwa kryteria: osoba prowadząca (stosująca) biblioterapię oraz cel podejmowanego oddziaływania. W biblioterapii klinicznej (poznawczej) głównymi realizatorami są specjaliści w dziedzinie zdrowia psychicznego, a głównym celem jest praca z osobami cierpiącymi na choroby i zaburzenia psychiczne w kontekście klinicznym. W takim ujęciu wyjątkowy charakter relacji biblioterapeutycznej polega na trójstronnej interakcji między terapeutą, tekstem a pacjentem (Rottenberg, 2022). Natomiast w biblioterapii wychowawczej działania podejmują najczęściej pedagodzy i terapeuci. Ich celem jest wsparcie bądź leczenie osób z chorobami somatycznymi, niepełnosprawnościami lub innych grup, w których występuje niewłaściwe rozumienie siebie, sytuacji życiowej bądź własnej choroby. Biblioterapia wychowawcza może być także stosowana w praktyce pedagogicznej (H. Czernianin i in., 2017). Inną klasyfikacją, która jest używana, to podział na biblioterapię kreatywną i samopomocową. W biblioterapii opartej na samopomocy wykorzystuje się poradnik oparte na literaturze faktu, które często rekomendowane są przez specjalistów, stanowiąc istotny element wsparcia praktycznego dla osób zmagających się z problemami zdrowia psychicznego, lub będą jego głównym i jednym elementem (Redman i in., 2024). W biblioterapii kreatywnej wykorzystuje się beletrystykę i poezję przy uczestnictwie lidera w pracy z jednostkami i grupami w celu promowania lepszego zdrowia psychicznego. W przypadku biblioterapii kreatywnej badania sugerują, że każdy użyty kreatywny tekst dawał okazję do identyfikacji niepomocnych przekonań i zachowań, kwestionowania ich znaczenia i rozwoju nowych przekonań i zachowań (Redman i in., 2024). Rozróżnia się też w pracach pomiędzy biblioterapią a autoterapią.

Tabela 1

Różnice pomiędzy biblioterapią a autoterapią

Cecha	Biblioterapia	Autoterapia
Główne narzędzie	Książki i teksty	Różnorodne metody
Udział specjalisty	Często zalecana	Zazwyczaj samodzielna
Zakres zastosowania	Głównie problemy psychologiczne, klinicznie	Różne problemy zdrowotne
Struktura	Zazwyczaj ustrukturyzowana	Może być mniej formalna



W ramach niniejszej pracy połączono oba podejścia, samopomocowe i kreatywne, wykorzystując książkę *Autoterapia* (Staniek, 2015), jako główne narzędzie biblioterapeutyczne. Dodatkowo zastosowano warsztaty, które umożliwiły głębsze zrozumienie treści i ich praktyczne wykorzystanie tworząc zintegrowany sposób oddziaływania.

1.7.2 Co działa w biblioterapii

Biblioterapia to niefarmaceutyczna forma terapii, opierająca się na wykorzystaniu materiałów pisemnych lub multimedialnych. W połączeniu z CBT bywa stosowana jako narzędzie wspomagające proces terapeutyczny. Skuteczność biblioterapii wynika z integracji procesów poznawczych, emocjonalnych oraz behawioralnych, co pozwala na głęboką refleksję, rozwój osobisty i rozwiązywanie problemów życiowych (H. Czernianin i in., 2017). Sześciostopniowy model biblioterapii, opracowany przez Margaret E. Monroe, stanowi podstawę wielu programów w tym obszarze (Monroe i Rubin, 1975; Szulc, 2011). Pierwszy etap obejmuje diagnozę oraz ocenę zdolności czytelnicych i preferencji, co umożliwia dobór literatury dostosowanej do potrzeb uczestnika. Kolejny etap polega na identyfikacji z bohaterami literackimi, wzmacniając empatię i zaangażowanie emocjonalne. Następnie, podczas tzw. doświadczenia pośredniego, uczestnicy symbolicznie przeżywają alternatywne scenariusze życia, co sprzyja reinterpretacji własnych doświadczeń w kontekście fabuły. Na tym podłożu zachodzi proces katharsis, czyli uwolnienia emocji poprzez utożsamienie się z bohaterami; stanowi on jeden z kluczowych mechanizmów poprawy dobrostanu psychicznego (H. Czernianin i in., 2017). Dalszy etap, wgląd, umożliwia głębsze zrozumienie trudności oraz odkrycie nowych perspektyw na własne problemy. Ostatnim elementem modelu jest wspólna refleksja nad wnioskami płynącymi z lektury, która pomaga w praktycznym zastosowaniu nowo nabytej wiedzy (Lin, 2024; Szulc, 2011). Mechanizm rezonansu emocjonalnego, charakterystyczny dla biblioterapii, wspiera procesy refleksji i identyfikacji. Czytelnicy, angażując wyobraźnię, łączą zawartość dzieła literackiego z własnym doświadczeniem, dzięki czemu literatura może wpływać na transformację poznawczą i zwiększać otwartość na alternatywne sposoby postrzegania rzeczywistości (Lin, 2024). Szczególne znaczenie ma tu mieć katharsis, analogiczne do uwolnienia emocji w psychoterapii, pozwalające na rozładowanie napięcia i poprawę ogólnego samopoczucia (W. Czernianin i Czernianin, 2011; Lin, 2024). Ponadto, aspekt estetyczny literatury dodatkowo



wspierać ma rozwój poznawczy, wzmacniając zdolności intelektualne i oferując czytelnikom ukojenie oraz pogłębione doświadczenie emocjonalne (Lin, 2024).

1.7.3 Analiza skuteczności biblioterapii

Według analiz, gdy metodologia terapii biblioterapeutycznej jest stosowana w sposób staranny, można zaobserwować pozytywne efekty niezależnie od rodzaju schorzeń. Podkreśla się też, że terapie biblioterapeutyczne promują wartości jako dodatkowy zysk (Gualano i in., 2017; Monroy-Fraustro i in., 2021). W przypadku zaburzeń związanych z lękiem i depresją, autoterapia została wskazana jako bardziej efektywna w porównaniu do sytuacji, w których pacjenci oczekują na leczenie lub nie podlegają żadnej formie interwencji terapeutycznej (Gualano i in., 2017; Monroy-Fraustro i in., 2021). Analiza stu najbardziej wpływowych artykułów naukowych w dziedzinie biblioterapii wykazała, że najczęściej wykorzystywana jest ona w terapii depresji, lęku, zaburzeń panicznych, problemów ze snem oraz afazji (Xu i in., 2023). Zauważa się też, że samo czytanie nie jest wystarczające, aby ten rodzaj terapii przyniósł trwałe i pozytywne efekty, lecz wymagane jest też spełnienie zasad biblioterapeutycznych. Zaobserwowano także że im okres biblioterapii jest dłuższy tym skuteczniejsza ona jest. W badaniach porównawczych zauważono, że sama terapia, pomimo znaczącej redukcji objawów, rzadziej prowadziła do pełnej remisji u pacjentów z poważnymi zaburzeniami (Den Boer i in., 2004). Stwierdzono że zachowania pomocowe są skuteczne w przypadku leczenia depresji bez lub z dostępem do terapeuty, w porównaniu ze standardowym leczeniem, w tym przypadku kwalifikowano pacjentów z użyciem Inwentarza depresji Becka (*Beck Depression Inventory* [BDI-II]) i wsparciem 4 sesjami twarzą w twarz (Anderson i in., 2005; C. Williams i in., 2013). Badania te są zgodne z inną metaanalizą opisującą co sprawia, że interwencje samopomocowe są skuteczne w leczeniu objawów depresyjnych i dla *Shared Reading* jako alternatywa dla długoterminowej terapii dla osób odczuwające przewlekły ból (Billington i in., 2017; Gellatly i in., 2007). Podsumowując przeanalizowane badania wykazały, iż biblioterapia stanowi terapię integracyjną i multidyscyplinarną, łączącą elementy psychologii, medycyny, nauk humanistycznych oraz literatury. Tym samym biblioterapia może mieć potencjał zastosowania w szerszej populacji, w tym także wśród osób migrujących, a jej wdrożenie mogłoby znacząco przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego.



1.7.4 Przegląd literatury do prowadzenia biblioterapii w nurcie CBT

Opierając się na przeglądzie materiałów dotyczących biblioterapii w powiązaniu z CBT, można stwierdzić, że zyskuje coraz większą rozpoznawalność, co potwierdza systematyczny wzrost liczby publikacji w czasopiśmie naukowych. Bibliometryczna analiza wyników wykazała, że łączna liczba prac stale rośnie a biblioterapia jest częścią interwencji terapeutycznych, szczególnie w obszarze CBT (w tytułach łączona najczęściej z *Behavior Therapy*), gdzie skutecznie wspiera proces leczenia zaburzeń emocjonalnych i społecznych (Chatzipentidis, 2016). Wynika to min. z tego że w ramach biblioterapii klinicznej w pracy własnej pacjenta w terapii poznawczo behawioralnej włączana jest praca z poradnikiem pacjenta, który często jest częścią zestawu, podręcznika dla terapeuty i poradnika dla pacjenta, np. *Zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne*. Poradniki terapeuty i pacjenta, *Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych*. Poradniki terapeuty i pacjenta, *Przewlekły ból*. *Terapia poznawczo-behawioralna*, poradniki terapeuty i pacjenta, *Przedłużona ekspozycja w terapii PTSD*, poradniki terapeuty i pacjenta i wiele innych. W tych przykładach uczestnictwo osoby poddanej terapii poprzez czytanie poradnika, korzystanie z niego jest formą biblioterapii. Do polecanych poradników do terapii samodzielnej a dostępnych na polskim rynku a wykorzystujący nurt CBT, należą min.: *Radość życia, czyli jak zwyciężyć depresję*. *Terapia zaburzeń nastroju*²³ autorstwa Davida D. Burns (Burns, 2022). Właśnie ta książka wydana w 1980 roku, wielokrotnie wznawiana i tłumaczona jako pierwsza spełniła kryterium prawdopodobnie skutecznej terapii CBT *Probably Efficacious Treatment*. Doczekała się ona też wielokrotnych badań potwierdzających jej skuteczność w leczeniu objawów depresji. W tym mierząc jej skuteczność poziomem objawów różnymi wersjami BDI-II (Moldovan i in., 2013; Naylor i in., 2010; Rohde i in., 2015; Scogin, 1990; Smith i Floyd, 1997; Stice i in., 2008). Poradnik autorstwa Magdaleny Staniek (Staniek, 2015), który został w tym badaniu wybrany, zbliżony jest w układzie właśnie do tego podręcznika, z tą różnicą że *Radość życia* (Burns, 2022), została poświęcona wyłącznie pracy z objawami depresji. Kolejnym przykładem polecanego poradnika jest: *Umysł ponad nastrojem*. *Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia*. (Padesky i in., 2017). Po zapoznaniu z podanymi przykładami można stwierdzić, że książki te oparte na modelu CBT zawierają podobne treści dotyczące zbliżonej tematyki, aczkolwiek

²³ Wydana w oryginale jako *Feeling Good: The New Mood Therapy* z pierwszym wydaniem w 1980 roku (Burns, 1980).



różnią się stylem podejścia do stosowania i proponowanych technik. Pierwszym wyborem, była książka, przystosowana w najlepszy sposób dla odbiorcy polskojęzycznego.

1.7.5 Książka „Autoterapia” Magdaleny Staniek jako narzędzie biblioterapeutyczne

Autorką książki wybranej jako główny materiał biblioterapeutyczny w niniejszej pracy jest mgr Magdalena Staniek – absolwentka psychologii oraz filologii polskiej na Uniwersytecie Śląskim w Katowicach, a zarazem certyfikowana psychoterapeutka poznawczo-behawioralna i terapeutka schematów. W jej dorobku zawodowym znajdują się długoletnie doświadczenia kliniczne (m.in. w poradniach zdrowia psychicznego, centrach interwencji kryzysowej oraz gabinetach psychoterapeutycznych), a także współpraca z różnymi organizacjami pozarządowymi w tym norweskiemi, w których udziela wsparcia osobom doświadczonym traumą i przemocą (Napora, 2024). Autorka jest również aktywna naukowo i popularyzatorsko: opublikowała szereg artykułów o charakterze psychoedukacyjnym w czasopismach branżowych (m.in. „Charaktery”) oraz poradniki psychologiczne związane z wykorzystaniem CBT, w tym: *Nieśmiałość. Zmień myślenie i odważ się być sobą* (Staniek, 2013), *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęki* (Staniek, 2015), *Pokonaj problemy i lęki. Terapia poznawczo-behawioralna w praktyce* (Staniek, 2020). Książka *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęki* jest praktycznym poradnikiem skierowanym do osób pragnących samodzielnie pracować nad poprawą swojego zdrowia psychicznego. Struktura książki jest przejrzysta, uporządkowana, co ułatwia poruszanie się po poszczególnych zagadnieniach (Staniek, 2015). Do istotnych cechy książki, które zdecydowały o jej wyborze można zaliczyć: przystępny język, autorka użyła jasnego i zrozumiałego języka polskiego, unikając skomplikowanej terminologii i unikając psychologizowania, struktura dydaktyczna, książka została podzielona na rozdziały tematyczne, każdy z nich zawiera teoretyczne wprowadzenie, praktyczne ćwiczenia i podsumowanie, ćwiczenia praktyczne, duża ilość praktycznych ćwiczeń może pozwolić na zaangażowanie się w proces samoleczenia, przykłady z życia, realistyczne scenariusze odnoszące się do polskich realiów mogą pomóc w zrozumieniu i zastosowaniu technik w codziennym życiu. W książce zintegrowane zostały techniki i zasady terapii poznawczo-behawioralnej, umożliwiając czytelnikowi samodzielną pracę nad zmianą nieadaptacyjnych wzorców myślenia i zachowania. Można zaliczyć do nich takiej jak: identyfikacja myśli automatycznych, osoba czytająca uczy się jak rozpoznawać negatywne myśli pojawiające się w odpowiedzi na różne sytuacje lub restrukturyzacja poznawcza. W książce omówiono również metody kwestionowania negatywnych myśli oraz podstawowe zasady pracy z



dysfunkcyjnymi przekonaniem. Przedstawiono także techniki behawioralne, które mają na celu zachęcenie do podejmowania działań przeciwdziałających unikaniu oraz wzmacniających poczucie własnej skuteczności. Podsumowując, w niniejszej pracy książka *Autoterapia* (Staniek, 2015) została wybrana jako podstawowy materiał biblioterapeutyczny ze względu na jej strukturyzowaną formułę, zgodność z koncepcją CBT, oraz praktyczne ćwiczenia wspomagające radzenie sobie z lękiem, złością, stresem i depresją oraz łatwo przyswajalny użyty język. Jest to jednocześnie narzędzie wpisujące się w założenia biblioterapii samopomocowej, które pozwala uczestnikom na samodzielne regulowanie tempa pracy oraz dostosowywanie kolejnych etapów procesu terapeutycznego do ich bieżącej sytuacji życiowej. Warsztaty i prezentacje oparte na treściach omawianej książki wzmacniały efekt biblioterapii poprzez możliwość wymiany doświadczeń oraz uzyskanie wsparcia od pozostałych uczestników. Podejście takie miało uwzględnić specyfikę realiów migracyjnych oraz lokalne uwarunkowania funkcjonowania w nowym środowisku.

1.8 Podsumowanie części teoretycznej

Analiza przedstawiona w niniejszym rozdziale powinna pozwolić ukazać, jakie znaczenie dla zdrowia psychicznego migrantów odgrywają cztery obszary: lęk, stres, złość oraz depresja. Zarysowane modele i teorie przedstawiły złożone mechanizmy powstawania trudności emocjonalnych, w których istotną rolę pełniły zarówno wczesne doświadczenia jednostki, jak i bieżące strategie radzenia sobie z wyzwaniami środowiskowymi, w tym migracyjnymi. Fragmentaryczne przedstawienie teorii dotyczących badanych zjawisk było zamierzone i wynikało zarówno z rozpiętości analizowanych aspektów, jak i specyfiki projektu badawczego, który wymagał uwzględnienia interdyscyplinarnego podejścia przy jednoczesnym skupieniu się na kluczowych wątkach związanych z migracją i zdrowiem psychicznym. Ten kontekst wprowadza w studium przypadku, w którym teorie odnoszone są bezpośrednio do akulturacji, szoku kulturowego oraz różnorodnych stresorów, a także metod wypracowanych w celu zachowania lub osiągnięcia dobrostanu. W świetle przywołanych badań, podejście poznawczo-behawioralne to metoda o potwierdzonej skuteczności w pracy z objawami lęku, depresji, stresu, a także nadmiernej złości. Fundamentem tego podejścia są techniki umożliwiające restrukturyzację dysfunkcyjnych przekonań, budowanie elastyczniejszych wzorców zachowania oraz rozwijanie zasobów niezbędnych do adekwatnego radzenia sobie ze stresem. Włączenie tych technik w biblioterapię oraz warsztatach powinno dodatkowo wzmacniać proces terapeutyczny poprzez utrwalenie wiedzy i rozwijanie praktycznych umiejętności. W dalszych częściach pracy odniesiono się do



zaprezentowanych teorii w kontekście badań własnych, podejmując próbę weryfikacji efektywności biblioterapii opartej na nurcie poznawczo-behawioralnym. Analiza ta miała na celu ocenę skuteczności tego podejścia w wspieraniu zdrowia psychicznego polskich migrantek i migrantów w Norwegii.



2. Metodologia badań własnych

W niniejszym rozdziale przedstawiono metodologiczne aspekty zrealizowanego projektu badawczego. W pierwszej części omówiono przedmiot i zakres pracy, określone przez problem badawczy, który stanowił podstawę do sformułowania pytań badawczych. Następnie wskazano, w jaki sposób wpłynęło to na dobór zastosowanych metod i technik badawczych. Kolejno zaprezentowano hipotezy badawcze, których weryfikacja została przeprowadzona w kolejnych dwóch rozdziałach. Przedstawiono również charakterystykę grup badanych oraz opis zastosowanych metod badawczych, uwzględniając poszczególne etapy realizacji procedur, w tym przeprowadzenie interwencji i badań.

2.1 Przedmiot pracy i zakres badania

Głównym problemem badawczym podjętym w pracy była ocena skuteczności samopomocowej metody terapeutycznej, jaką jest biblioterapia w modelu CBT, w połączeniu z warsztatami²⁴, w grupie migrantek i migrantów polskiego pochodzenia mieszkających w Norwegii. Główne pytanie badawcze dotyczyło możliwego efektu interwencji na wybrane zmienne, tj. poziom stresu, depresji oraz złości. Przeprowadzono badanie podłużne, obejmujące pomiar pre-testowy na początku interwencji, aby ustalić bazowy poziom zmiennych w grupie badanej, oraz porównanie tych wyników z pomiarami w grupie kontrolnej. Badanie ilościowe zostało uzupełnione o analizę jakościową w postaci wielokrotnego studium przypadku, opartego na serii wywiadów, które pozwoliły na stworzenie szczegółowego obrazu grupy badanej. Po zakończeniu cyklu warsztatowego przeprowadzono post-testy w celu oceny efektów interwencji samopomocowej. Dzięki temu możliwe było podjęcie próby oceny skuteczności zastosowanej metody terapeutycznej w analizowanej grupie. Celem tych działań była analiza zmian zachodzących w badanych zmiennych w trakcie procesu terapeutycznego oraz ocena efektu biblioterapii i warsztatów na dobrostan uczestników.

2.2 Pytania badawcze i hipotezy badawcze

Aby podjąć temat przygotowano następujące pytania i hipotezy:

Pytanie problemowe w badaniach ilościowych (pre-post + porównanie z grupą kontrolną):

²⁴ Prezentacje z warsztatów dołączone zostały do pracy jako załącznik.



PP1. Czy istnieją powiązania między interwencją w postaci biblioterapii a poziomem stresu, depresji i złości u polskich migrantek i migrantów w Norwegii?

PP2. Czy grupa badana różni się istotnie od grupy kontrolnej pod względem poziomu stresu, depresji i złości przed i po przeprowadzonej interwencji?

Pytanie problemowe w analizie jakościowej:

PP3. Jaka jest zależność między postrzeganym lękiem a doświadczeniami migracyjnymi oraz strategiami adaptacyjnymi polskich migrantek i migrantów w Norwegii?

Po przygotowaniu głównych pytań badawczych zadano pytania szczegółowe w badaniach ilościowych (pre-post + porównanie z grupą kontrolną):

PS1. Czy i jakie występują różnice w poziomie badanych cech w grupie badanej w pre i post teście?

Oraz zadano pytania szczegółowe w analizie jakościowej:

PS2. Czy lęk odgrywa istotną rolę w doświadczeniach migracyjnych wpływając na podejmowane strategie adaptacyjne?

PS3. W jaki sposób wsparcie społeczne i czynniki związane z pracą są powiązane z doświadczeniami polskich migrantek i migrantów uczestniczących w biblioterapii w modelu CBT w Norwegii?

Hipotezy badawcze testowane w badaniach ilościowych (pre-post + porównanie z grupą kontrolną):

H01. Poziom stresu, depresji i złości w grupie badanej polskich migrantów w Norwegii nie różni się istotnie przed i po zastosowaniu biblioterapii opartej na podejściu CBT.

H11. Poziom stresu, depresji i złości w grupie badanej polskich migrantów w Norwegii różni się istotnie przed i po zastosowaniu biblioterapii opartej na podejściu CBT.

H02. Grupa kontrolna i badana grupa ilościowa nie różnią między sobą pod względem badanych czynników.

H12. Grupa kontrolna i badana grupa ilościowa różnią się między sobą pod względem badanych czynników.

Szczegółowe hipotezy badawcze sformułowano jako:

Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie poziomu stresu mierzonego Skalą Odczuwanego Stresu (*Perceived Stress Scale* [PSS-10]) przez po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie poziomu depresji mierzonego za pomocą Kwestionariusza Depresji Becka (*Beck Depression Inventory – Second Edition* [BDI II]) po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie się poziomu złości, mierzonego Kwestionariuszem Stanu, Cechy, Ekspresji i Kontroli Złości (*State-Trait Anger Expression Inventory 2* [STAXI-2]), po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

W badaniu jakościowym: Eksploracja związku między lękiem, wsparciem społecznym, migracją oraz czynnikami związanymi z pracą a doświadczeniami uczestników podczas biblioterapii.

2.3 Charakterystyka grupy badanej i kontrolnej

W tej części przedstawiono opis grupy badanej $N = 111$, a także kryteria jakimi posługiwano się przy rekrutacji oraz podjęte działania w celu uzyskania zgodności z przyjętymi kryteriami postępowania.

2.3.1 Charakterystyka grupy badanej poddanej interwencji

Grupa badana $n = 5$ składała się z polskich migrantek mieszkających w Norwegii, dobranych na podstawie kryteriów demograficznych, społeczno-kulturowych, psychologicznych i zdrowotnych. Uwzględniono takie aspekty, jak wiek, wykształcenie, długość pobytu na emigracji oraz status zawodowy. Pomimo podjętych starań, nie udało się włączyć do grupy badanej mężczyzn. Było to spowodowane ograniczonym zainteresowaniem udziałem w badaniu oraz trudnościami w nawiązaniu kontaktu z potencjalnymi uczestnikami spoza najbliższego otoczenia badacza. Lokalizacja, odizolowana od większych skupisk



polonijnych, dodatkowo utrudniła pozyskanie uczestników płci męskiej. To ograniczenie uwzględniono w analizie wyników i w dyskusji nad wnioskami.

2.3.2 Kryteria doboru uczestników

Uczestniczki zostały wybrane spośród osób, z którymi badacz miał kontakt osobisty i które wyraziły zainteresowanie badaniem. Opracowane kryteria doboru miały zapewnić jednorodność grupy oraz wyeliminować zmienne zakłócające.

2.3.3 Kryteria włączenia i wyłączenia uczestników do/z badania

Do badania włączono osoby pełnoletnie, polskiego pochodzenia, posługujące się językiem polskim, mieszkające w Norwegii od kilku lat, co pozwalało na analizę długoterminowych wyzwań migracyjnych. Wykluczono osoby objęte aktualnymi interwencjami psychoterapeutycznymi, szczególnie w nurcie CBT oraz osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi wymagającymi intensywnego leczenia. Włączono również kryterium etyczne, wykluczając osoby narażone na nadmierny stres związany z udziałem w badaniu.

2.3.4 Procedury etyczne i zabezpieczenia dotyczące prywatności i dobrostanu uczestników

Udział w badaniu był dobrowolny, a uczestniczki mogły w dowolnym momencie wycofać zgodę. Zapewniono anonimowość poprzez użycie pseudonimów oraz usunięcie danych umożliwiających identyfikację. Przed rozpoczęciem badania uczestniczki były dokładnie informowane o celu, procedurach, potencjalnych korzyściach i ryzykach, a także o swoich prawach, w tym możliwości wycofania się z badania. Dane osobowe zostały zanonimizowane, a zgoda na nagrywanie wywiadów była uzyskiwana przed rozpoczęciem rozmów. Po zakończeniu badania uczestniczki otrzymały ogólne wyniki, które mogły wspierać ich samoocenę zdrowia psychicznego.

2.3.5 Charakterystyka grupy kontrolnej

Grupa kontrolna $n = 106$, obejmowała osoby polskiego pochodzenia mieszkające w Norwegii, które nie uczestniczyły w interwencji terapeutycznej, w postaci biblioterapii i warsztatów. Celem badania było określenie poziomu zmiennych, takich jak stres, depresja i złość, oraz ich porównanie między grupą badaną poddaną interwencji a grupą kontrolną. Rekrutację przeprowadzono za pośrednictwem polonijnych grup na Facebooku oraz sieci znajomych, dane zbierano online za pomocą Microsoft Forms. Po weryfikacji uzyskano 106 odpowiedzi. Uczestnicy musieli spełniać kryteria takie jak: pełnoletniość, polskie



pochodzenie, znajomość języka polskiego i zamieszkanie w Norwegii przez co najmniej kilka lat. Inaczej niż w grupie kontrolnej nie różnicowano na osoby korzystające z CBT lub farmakoterapii ze względu na brak takich możliwości, co mogło stanowić zmienną zakłócającą badanie. Grupa była zróżnicowana pod względem wieku, wykształcenia i statusu zawodowego. Wyniki tej grupy stanowiły podstawę do porównań z uczestnikami interwencji, co w założeniu miało pozwolić na próbę oceny skuteczności badanej metody terapeutycznej. Ze względu na różnicę w sposobie zbierania danych (papier-ołówek vs. online) można uznać, że była to zmienna zakłócająca i może stanowić ograniczenie dla porównywalności rezultatów m.in. poprzez mniejszą kontrolę nad warunkami wypełniania testów w grupie kontrolnej.

2.4 Charakterystyka i opis użytych metod badawczych

W pracy zastosowano podejście mieszane (hybrydowe), łącząc zarówno metodologię jakościową, jak i ilościową. Zabieg taki podjęto, aby możliwe był uzyskanie pełniejszego obrazu badanych zjawisk poprzez integrację wyników ilościowych i jakościowych, oraz triangulację, która miała dać podstawy do dobrej jakości badania oraz zmniejszenia wpływu błędów pomiarowych. W założeniu przyjęto ograniczenie dotyczące siły metod statystycznych w odniesieniu do grupy $n = 5$. Samo badanie było badaniem eksploracyjnym z czego wynikały ograniczenia w ilości prób, czasu prowadzenia badań oraz długości i ilości warsztatów. Zidentyfikowano w ramach przygotowań iż alternatywne pochodzenie danych zebranych w badaniu może pozwolić na próbę ich projekcji na grupę migrantów oraz podjąć próbę uzyskania bezstronności, nie uniknięto pewnych ograniczeń związanych np. z płcią osób, które wzięły udział w badaniu (Tarka, 2017).

2.4.1 Podejście jakościowe

Wywiad. W części jakościowej badania głównym narzędziem był wywiad częściowo ustrukturyzowany, który został opracowany na podstawie literatury oraz z uwzględnieniem specyfiki badanej grupy. Struktura wywiadu obejmowała wcześniej przygotowane pytania dotyczące takich aspektów jak: strategie radzenia sobie ze stresem, lękiem, percepcja wsparcia społecznego, doświadczenia migracyjne oraz oddziaływanie migracji na zdrowie psychiczne i codzienne funkcjonowanie. Pytania w wywiadzie miały formę otwartą, z ukierunkowaniem na uzupełnianie i uzyskanie szczegółowych i osobistych odpowiedzi uczestniczek. Wywiady były nagrywane, transkrybowane, a następnie zanonimizowane, co miało zapewniać ochronę danych uczestniczek. Było to podstawą do przygotowania



indywidualnych studium przypadku. Analiza wywiadów odbywała się przy użyciu narzędzia w postaci oprogramowania QDA Miner. Proces kodowania obejmował: kodowanie dedukcyjne, oparte na wcześniej zdefiniowanych kategoriach wynikających z założeń teoretycznych i struktury wywiadu ²⁵, oraz kodowanie indukcyjne, które umożliwiło rozwój nowych kategorii i kodów na podstawie analizy zebranych danych w czasie analizy tekstu.

Obserwacja. W czasie badania metodą, która została użyta była również obserwacja, zarówno podczas prowadzenia wywiadu jak i podczas przeprowadzonych warsztatów. Wyniki obserwacji użyto jako elementu wprowadzającego i uzupełniającego studium przypadku.

2.4.2 Podejście ilościowe

Kwestionariusz własny. Miał na celu zebranie danych socjodemograficznych oraz uzupełnienie analizy ilościowej. Składał się głównie z pytań zamkniętych, dotyczących wieku, wykształcenia, stanu cywilnego oraz liczby dzieci. Kwestionariusz zawierał również jedno pytanie otwarte.

Testy psychometryczne. W części ilościowej badania, badaniu grupy poddanej oddziaływaniu terapeutycznemu pre, post oraz grupie kontrolnej wykorzystano testy psychometryczne do pomiaru poziomu stresu, depresji oraz złości. W badaniu zastosowano następujące standaryzowane narzędzia psychometryczne:

- Skala Odczuwanego Stresu (PSS-10).
- Inwentarz Depresji Becka (BDI-II).
- Kwestionariusz STAXI-2.

Analiza statystyczna danych ilościowych została przeprowadzona w programie JASP. Ze względu na brak normalności rozkładu danych zastosowano testy nieparametryczne:

- Test Wilcoxona – do analizy różnic wewnątrz grupy badanej,
- Test U Manna-Whitneya – do porównań między grupami,
- Korelacje Spearmana – do badania związków między zmiennymi ilościowymi.

Procedura badawcza

- Pre-testy: Przeprowadzono na początku interwencji w grupie badanej, w celu pomiaru bazowego poziomu stresu, depresji i złości.

²⁵ Książka kodowa zawierająca kody podstawowe dedukcyjne oraz rozbudowana w podejściu indukcyjnym została zamieszczona w załącznikach do pracy.



- Interwencja terapeutyczna: Głównym jej elementem była praca własna polegająca na czytaniu wybranego materiału biblioterapeutycznego, pobocznym elementem interwencji były 2 spotkania warsztatowe.
- Post-testy: Po zakończeniu interwencji przeprowadzono badania końcowe w celu oceny efektów zastosowanej metody terapeutycznej. Ze względu na czas trwania opracowania nie zastosowano follow-up kontrolnego wyników w dłuższym okresie.
- Badanie kontrolne: odbyło się poprzez zbieranie odpowiedzi w grupie kontrolnej do ustaleniu poziomu kontrolnego badanych stanów.

Podsumowując zastosowana metodologia badawcza, obejmująca wywiady częściowo ustrukturyzowane, testy psychometryczne oraz kwestionariusz własny, miała umożliwić według autora wielowymiarową próbę oceny skuteczności interwencji oraz triangulacji metod i danych, łącząc różne źródła danych i narzędzia w celu zbadania jednego zjawiska jakim była skuteczności biblioterapii w redukcji stresu, depresji i złości (Caillaud i in., 2019). W dalszej części pracy dotyczącej metodyki przedstawiono szczegółowo wybrane narzędzia i techniki.

2.4.3 Wywiad częściowo ustrukturyzowany

W części jakościowej w badaniu jako głównej metody użyto samodzielnie przygotowanego pogłębionego częściowo ustrukturyzowanego jawnego wywiadu psychologicznego z użyciem kwestionariusza wywiadu jako narzędzia²⁶. Użycie tej indywidualnej metody umożliwiło użycie też obserwacji jako metody (Krejtz i Stemplewska-Żakowicz, 2005). Pytania badawcze w wywiadzie zostały skonstruowane tak aby realizować wzór: teoria + obszar + wskaźniki + kategoria do oceny, dodano wskaźniki która miały pozwolić zidentyfikować najsilniejszą motywację, potrzebę lub poruszaną tematykę (Juszczak, 2014). Zastosowano wyłącznie pytania otwarte. Kontynuując, strukturę uzupełniono o kategorie do oceny przy analizie jakościowej przygotowane dedukcyjnie. Podczas opracowywania narzędzia badawczego uwzględniono kryteria badań jakościowych, takie jak obiektywność, rzetelność oraz istotność. Struktura wywiadu umożliwiała integrację wyników części jakościowej i interpretacyjnej, stanowiąc jednocześnie podstawę do analizy danych ilościowych (Yadav, 2022). Głównym wzorcem budowy kwestionariusza był spis treści książki użytej jako materiał biblioterapeutyczny, elementem wyłączającym było ograniczenie ilościowe dla pracy magisterskiej. Użyto struktury lejka, od pytań ogólnych a następnie przechodząc do pytań szczegółowych. W trakcie wywiadu na bieżąco

²⁶ Kwestionariusz wywiadu umieszczono w załączniku.

dopasowywano się do struktury wypowiedzi danej osoby, dlatego nie zawsze otrzymana struktura odpowiadała zaplanowanej, starano się jednak z wcześniej pozyskanych wskazówek do badań jakościowych (McGrath i in., 2019). Budowa kwestionariusza: wstęp, informacje o badaniu, wyraźną prośbę o wyrażenie zgody na badanie i nagrywanie oraz informacje o możliwości wycofania zgody, następnie pytania demograficzne, doświadczenie życiowe i zawodowe, następnie tematy główne: samopoczucie, biblioterapia, CBT, lęk i zamartwianie, stres, depresja, złość, poczucie własnej wartości, migracja, praca, wsparcie społeczne, pytania pogłębiające i uzupełniające oraz zakończenie. Dzięki temu, że zdefiniowano wstępnie kategorie, wydało się, że późniejsza analiza indukcyjna będzie łatwiejsza. Wskaźnikami były wzorce narracyjne, emocjonalne zabarwienie wypowiedzi, oraz przykłady sytuacyjne, podjęto też próbę wprowadzenia charakterystycznego dla CBT elementu skali oceny istotności danego obszaru w skali od 1 do 10. Łącznie więc użyta zostanie metoda hybrydowa łącząca te dwie metody. Wszystkie wywiady były nagrywane za zgodą uczestników, a następnie poddane transkrypcji i anonimizacji. W trakcie badania zostały zapewnione pożądane warunki dla prowadzenia badań psychologicznych (Brzeziński, 2019). Przeciętnie prowadzone badanie trwało około 1 godziny, dając około 9 tys. słów w transkrypcji wywiadu, z jednym wyjątkiem, gdzie rezultatem wywiadu było około 19 tys. słów z czasem wyraźnie dłuższym. W czasie wywiadu zidentyfikowano główne obszary poruszane przez osoby badane, z założenia nie podejmowano jednak ich próby eksploracji, aby nie narażać na nadmierny dyskomfort oraz ze względów etycznych oraz formalnych. Po zanonimizowaniu dane były analizowane za pomocą oprogramowania QDA Miner, poprzez organizację danych w kategorie i kody.

2.4.4 QDA Miner

Program QDA Miner to oprogramowanie do analizy danych jakościowych wspomaganą komputerowo *Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software* (CAQDAS) nazywanej też *Qualitative Data Analysis Software* (QDAS) (Clarke i in., 2021). Przy jego wyborze głównym kryterium była jego prostota oraz bezpłatna wersja QDA Miner Lite, dodatkowo przydatnymi okazały się istniejące poradniki oraz zbiory informacji na temat jego używania (Adu, 2023). Oferował on import i analizę różnorodnych typów danych, w tym tekstu, obrazów i danych liczbowych a następnie funkcje kodowania, agregacji, wyszukiwania i wizualizacji danych, co było szczególnie przydatne w uzupełnieniu i rozumieniu analizy jakościowej, dając w rezultacie metody mieszane (Niedbalski, 2013). Jako pierwszy krok po pozyskaniu danych z transkrypcji wywiadu i zanonimizowaniu go,



zaimportowano przygotowane dane tekstowe do programu, do jednego dokumentu zawierającego pięć obserwacji osobnej dla każdej osoby badanej. Następnie zbudowano przygotowane wcześniej kategorie o kody w rozumowaniu dedukcyjnym. Kolejnym etapem było systematyczne i wielokrotne czytanie każdej obserwacji z jednoczesnym kodowaniem tekstu i zaznaczeniem kodów w programie. Po uzyskaniu pewnego obrazu badanej osoby, podjęto się uzupełniania kodów i kategorii w sposób indukcyjny, łącząc wnioski z obserwacji w identyfikowaniu istotnych cytatów. Kolejnym krokiem była budowa studium przypadku w jego wersji pisanej z uwzględnieniem pozyskanych wcześniej wzorców. W efekcie dodatkowo pozyskano tablice z analizą ilościową kodów, kategorii oraz słów a także powiązań między nimi a także pomiędzy obserwacjami ze wskazaniem siły oddziaływań. Duża część z tych danych została pominięta w tej pracy ze względów formalnych dla tego rodzaju pracy, w pracy umieszczono zaś podstawowe wizualizacje chmur słów z ich częściową próbą analizy.

2.4.5 Konstrukcja ankiety dla kwestionariusza badania jakościowego dla obu grup

W części drugiej części analitycznej tej pracy zastosowano podejście ilościowe, aby podjąć się analizy przed i po interwencji a także korelacji, zbadano poziomu stresu, objawów depresji i sposób zarządzania złością wśród uczestników terapii. Do tego celu wykorzystany został jako narzędzie kwestionariusz ankiety własny w celu zebrania danych socjodemograficznych oraz wzmocnienia analizy ilościowej. Wypełniany był przez badane osoby na etapie wstępnym w pre teście oraz końcowym jako post test a także identyczny w grupie kontrolnej. Zawierał głównie pytania zamknięte, dotyczące kluczowych zmiennych, takich jak: płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, oraz rodzaj stanu zamieszkiwania w Norwegii (stały lub sezonowy)²⁷. Na początku badania zamieszczono pytanie o wyrażenie zgody na badanie, brak takiej zgody kończył badanie. Ankieta zbudowana została w oparciu o pytania zamknięte, zaś na końcu ankiety umieszczono jedno pytanie otwarte z możliwością zgłoszenia dodatkowych pytań, uwag. Ze względu na wybraną metodę mieszaną z przeprowadzonych łącznie badań jakościowych i ilościowych ze względu na ograniczenia pracy magisterskiej skupiono się na analizie jakościowej ograniczając budowę użytego kwestionariusza badawczego przez co badanie jakościowe uzupełniły całość.

²⁷ Kwestionariusz dostępny w załącznikach.



2.4.6 Skala Odczuwanego Stresu PSS-10 S. Cohena, T. Kamarcka i R. Mermelsteina

W celu badania poziomu odczuwanego stresu, osoby uczestniczące w badaniu zaproszono do uzupełnienia Skali Odczuwanego Stresu PSS-10 opracowaną przez Sheldona Cohena, Toma Kamarcka i Robina Mermelsteina w 1983 r., z polską adaptacją autorstwa Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik. Skala dostępna jest w wersjach: PSS-4, PSS-10, PSS-14. Ze względu na to, że PSS-10 osiąga najlepsze parametry psychometryczne jest też najczęściej stosowana, została też przetłumaczona na ponad 20 języków (She i in., 2021). W badaniu własnym nie odnaleziono przetłumaczonej i wystandaryzowanej wersji norweskiej, może wynikać to z problemów standaryzacyjnych jakie istnieją w norweskim systemie (Helmikstøl, 2021). W Polsce dostępna jest razem z baterią innych testów do pomiaru stresu w ramach NSPR czyli Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). PSS-10 jest to narzędzie proste w użyciu, pozwalające ocenić poziom stresu doświadczanego przez jednostkę w odniesieniu do jej percepcji kontroli, przewidywalności i przeciążenia sytuacji życiowych.

Test oparto na założeniu, iż stres w ujęciu transakcyjnym jest problemem w relacji, który wynika z zaburzeń jakie zachodzą w transakcji z otoczeniem. W szczególności dotyczy tego jak dana osoba ocenia dostępność swoich zasobów w tej relacji, uwzględniając jak poradzi sobie z tą sytuacją. Subiektywna ocena sytuacji (np. czy jest ona szkodliwa, zagrażająca lub stanowi wyzwanie) wpływa na reakcje emocjonalne i strategie radzenia sobie. Autorzy podręcznika, odwołując się do koncepcji Richarda Lazarusa i Suzan Folkman, podkreślają zasadnicze znaczenie tego procesu (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Szczególny wysiłek położony został w nim na metody radzenia sobie ze stresem a także na ich skuteczność. PSS-10 została zweryfikowana pod kątem zastosowania w różnych populacjach na całym świecie, uwzględniając różnice kulturowe oraz jej użyteczność w badaniach międzykulturowych (Sischka i in., 2024). Test składa się z 10 pytań o zabarwieniu zarówno negatywnym, jak i pozytywnym, które oceniają zdolność jednostki do radzenia sobie z wymaganiami otoczenia oraz poczucie przewidywalności sytuacji. Pytania 4, 5, 7 i 8 mają charakter pozytywny, natomiast pozostałe – negatywny, co umożliwia ocenę percepcji stresu. Budowa testu opiera się na pytaniach z odpowiedzią w formie wyboru w 5-stopniowej skali Likerta (od nigdy do bardzo często), a wyniki są sumowane, przy czym uwzględnia się odwrotność niektórych pytań.

Badanie przeprowadza się za pomocą ankiety, której wypełnienie zajmuje kilka minut. Wyniki oblicza się jako sumę punktów uzyskanych na wszystkich pytaniach – wyższa suma



wskazuje na wyższy poziom odczuwanego stresu. Narzędzie to stosowane jest w badaniach populacyjnych, klinicznych oraz międzykulturowych, przy czym nie stwierdzono istotnych różnic w wynikach ze względu na płeć ani wiek respondentów (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

PSS-10 charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz stabilnością pomiarową. Trafność skali potwierdzono korelacjami z innymi narzędziami oceny stresu i zmiennych pokrewnych, co czyni ją wiarygodnym instrumentem do pomiaru poziomu stresu w różnych populacjach. (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012).

Test ten jest narzędziem uniwersalnym, szeroko stosowanym w badaniach nad stresem oraz jego konsekwencjami. Jego prostota i wysokie parametry psychometryczne predysponują go do wykorzystania zarówno w badaniach przesiewowych i populacyjnych, jak i jako wskaźnik efektywności interwencji psychologicznych (Juczyński i Ogińska-Bulik, 2012). Wyniki zebrane przy jego pomocy stanowią podstawowy element analizy percepcji stresu w różnych grupach i pozwalają na opracowanie strategii redukcji stresu. Koncepcja stresu przyjęta w PSS-10 jest zgodna z tą przedstawioną w materiale biblioterapeutycznym oraz podczas warsztatów, w których stres definiowany jest jako relacja między dostępnymi zasobami a oczekiwaniami. Warto również zauważyć, że PSS-10 był wykorzystywany w innych badaniach opartych na modelu poznawczo-behawioralnym w biblioterapii, np. w badaniu REST (Weiner i in., 2020).

2.4.7 Inwentarz Depresji Becka BDI-II Aaron T. Beck

Kwestionariusz BDI-II użyty w badaniu to przesiewowe, powszechnie używane na całym świecie narzędzie standaryzowane do samooceny, pozwalające na mierzenie poziomu objawów i dynamiki zmian objawów depresji u młodzieży powyżej 13 roku życia oraz u dorosłych. Jest jednym z najczęściej używanych metod oceny stopnia objawów depresji (Erford i in., 2016), z zaznaczeniem że nie powinien on służyć jednak do diagnozowania depresji (A. T. Beck i in., 2019).

BDI-II, opublikowany w 1996 roku, jest zaktualizowaną wersją pierwotnej wersji BDI-I z 1961 roku. Aktualizacja uwzględniła zmiany w klasyfikacji zaburzeń depresyjnych zgodnie z DSM-IV. Polska charakterystyka psychometryczna kwestionariusza dostępna jest od 2009 roku (Zawadzki i in., 2009). Polska edycja podręcznika BDI-II została opublikowana w 2019 roku przez Pracownię Testów Psychologicznych PTP. W tym badaniu użyto



polskojęzycznej wersji. Norweska edycja²⁸, została opublikowana w 2005 roku, jest ona dostępna i powszechnie stosowana w badaniach w Norwegii (por. np. Siqueland i Kornør, 2011). Pierwotne badania walidacyjne BDI-II wykazały wysoką rzetelność i trafność współczynnik *alfa* Cronbacha ponad 0.80, potwierdzając jego użyteczność jako narzędzia przesiewowego i pomocniczego w ocenie nasilenia objawów w różnych populacjach (Zawadzki i in., 2009). Struktura testu oparta jest na 21 pozycjach, w których oceniane są różne aspekty objawów depresji, min. takie jak smutek, negatywne myślenie, objawy fizyczne, zaburzenia snu i apetytu. Każda pozycja jest oceniana na skali czteropunktowej od 0 do 3 punktów, gdzie wyższe wartości wskazują na większe nasilenie objawów. Struktura czynnikowa BDI-II została potwierdzona w badaniach psychometrycznych, które wykazały silne obciążenie poszczególnych czynników, co wskazuje na dobrą konstruktywną trafność skali (A. T. Beck i in., 2019).

Badanie przeprowadza się w formie samoopisowej ankiety, której wypełnienie zajmuje do 10 minut, z możliwością dłuższego czasu u osób, u których występuje nasilenie objawów. Warunki wymagane odpowiadają standardowym umożliwiającym koncentrację. Istnieje możliwość przeprowadzenia badania ustnie. Przy analizie, uwagę powinien zwrócić wybór tej samej odpowiedzi dla wszystkich pytań, ze względu na myślenie dychotomiczne występujące w nasileniu objawów badanych. Wyniki powinny być zsumowane z uwzględnieniem różnicowania w pytaniach o 16 i 18. Uzyskany wynik pozwala ogólnie szacować nasilenie objawów zwracając uwagę na analizę poszczególnych odpowiedzi (A. T. Beck i in., 2019).

Test zarówno w polskiej i norweskiej wersji językowej nie zmienił w znaczący sposób współczynnika mocy dyskryminacyjnej ani współczynnika *alfa* Cronbacha, ze względu na dostępność norweskiej standaryzacji zebrano je w tabeli do porównania (por. tab. 2). W badaniach BDI jest opisywane jako narzędzie o dobrej czułości w populacjach ogólnych, lecz jego użycie w specyficznych grupach klinicznych, takich jak osoby starsze lub z chorobami neurologicznymi, może prowadzić do nieprecyzyjnych wyników (Pękała i Sobow, 2023). Jednak w pracy tej, przy pomocy kryteriów wyboru wykluczono pracę z osobami z takich grup. Pomimo że jest często używany jako narzędzie do samooceny, także w różnych specjalizacjach medycznych, to zalecane jest, aby wyniki obliczane były przez

²⁸ Jedna z osób badanych w czasie wypełniania kwestionariusza, stwierdziła że wypełniała już taki test tylko po norwesku, otrzymała go od lekarza pierwszego kontaktu, *fastlegen*.



profesjonalistów. Różne wersje językowe formularza dostępne są w Internecie, co ma zachęcać do podjęcia samobadania (Zawadzki i in., 2009).

Tabela 2

Porównanie parametrów psychometrycznych BDI-II w wersji oryginalnej, norweskiej i polskiej

Wersja BDI II	Liczba osób w badaniu grupy	Moc dyskryminacyjna (grupa kontrolna)	Moc dyskryminacyjna (grupa kliniczna)	α Cronbacha (gr. kontrolna)	α Cronbacha (gr. kliniczna)
Oryginalna	500 + 120 (studenci)	0,27 – 0,74 ($M = 0,59$, $Me = 0,62$)	0,39 – 0,70 ($M = 0,58$, $Me = 0,59$)	0,93	0,92
Polska	456	0,48 – 0,70 ($M = 0,59$, $Me = 0,61$)	0,38 – 0,79 ($M = 0,66$, $Me = 0,69$)	0,93	0,95
Norweska	875 (ogólna) + 303 (studenci)	Brak danych	Brak danych	0,91 (ogólna) 0,86(studenci)	Brak danych

Źródło: Opracowanie własne na podstawie podręcznika BDI-II wersja polska (A. T. Beck i in., 2019) i norweska (Siqueland i Kornør, 2011).

Podsumowując, użycie polskiej, lub norweskiej adaptacji BDI-II w celu przeprowadzenia tego badania wydaje się, że byłoby uzasadnione. Polska i norweska adaptacje BDI-II wykazują wysokie wskaźniki rzetelności oraz moc dyskryminacyjną, co potwierdza ich użyteczność. W badaniu użyto tylko wersji polskiej. BDI-II jest narzędziem szeroko stosowanym w badaniach nad depresją w tym także z interwencjami biblioterapeutycznymi w modelu CBT, umożliwiającym ocenę nasilenia objawów depresyjnych w sposób ilościowy (Gualano i in., 2017)

2.4.8 Kwestionariusz Stanu, Cechy, Ekspresji i Kontroli Złości STAXI-2 Charlesa D. Spielbergera

Kwestionariusz Stanu, Cechy, Ekspresji i Kontroli Złości, (*State-Trait Anger Expression Inventory-2* [STAXI-2]) został opracowany przez zespół pod kierownictwem Charlesa D. Spielbergera, który jest również autorem innych znanych narzędzi badania emocji, takich jak np. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (*State-Trait Anxiety Inventory* [STAI]) (Wrześniewski, 2011). Idea wywodzi się z wcześniejszych badań nad emocjami, w szczególności nad złością i jej udziale w zdrowiu psychicznym oraz fizycznym. Pierwsza wersja STAXI-1 została zrewidowana w STAXI-2, co zaowocowało zwiększeniem liczby pozycji do 57 oraz wprowadzeniem nowych skal i podskal dotyczących kontroli i ekspresji



złości. Polska adaptacja, przeprowadzona przez dr hab. Wacława Bąk, prof. KUL w 2016 roku, została dokładnie zweryfikowana i przystosowana do polskich realiów (Bąk, 2016a). Kwestionariusz służy do samooceny i był wykorzystywany w badaniach potwierdzających jego trafność oraz użyteczność w analizach prowadzonych na różnych populacjach np. istotna korelacja z BDI-II ($r = 0,352, p < 0,01$) (Azevedo i in., 2010). Pomiarom poddane są: stan złości, cecha złości, ekspresja oraz kontrola tej emocji. Jest standaryzowanym narzędziem stosowanym zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej, pozwalającym na dokładną ocenę intensywności i częstotliwości doświadczania oraz wyrażania złości. Wskazuje się, że jest szczególnie przydatny do badania tej emocji w kontekście psychologicznym i medycznym, z uwzględnieniem wpływu złości na zdrowie psychiczne i fizyczne (Bąk, 2016a). Test składa się z 57 pozycji podzielonych na trzy główne części: w pierwszej badana jest złość jako stan, poddaje się w niej ocenie chwilowy stanu emocjonalnego złości. Druga bada, złość jako cechę, oceniając względnie stałą skłonności do doświadczania złości, oraz trzecia z badaniem ekspresja i kontrola złości poprzez analiza sposobów wyrażania i kontrolowania złości (por. tab. 3). Wyniki z poszczególnych podskal są sumowane zgodnie ze wzorcem, tworząc wyniki dla poszczególnych skal głównych.

Tabela 3

Struktura skal i podskal STAXI-2

Część metody	Skale	Podskale	Opis
Złość jako stan	S-ANG	S-ANG F (<i>Feeling Angry</i>)	<i>Uczucie.</i> Natężenie złości w danym momencie, obejmujące uczucie irytacji i wściekłości.
		S-ANG V (<i>Verbal Anger</i>)	<i>Werbalizacja.</i> Tendencja do werbalnego wyrażania złości, np. krzyczenie, używanie ostrych słów.
		S-ANG P (<i>Physical Anger</i>)	<i>Fizyczność.</i> Chęć fizycznego wyrażania złości, np. uderzanie, niszczenie przedmiotów.
		T-ANG T (<i>Temperament</i>)	<i>Temperament.</i> Stała predyspozycja do odczuwania złości niezależnie od sytuacji.
Złość cecha	T-ANG	T-ANG R (<i>Reaction</i>)	<i>Reakcja.</i> Tendencja do reagowania złością w odpowiedzi na krytykę lub niesprawiedliwe traktowanie.



	T-ANG	Komponent dodatkowy, integrujący wyniki dla temperamentu i reakcji z cechy złości.
Indeks ekspresji złości	AX-INDEX	Zintegrowany wskaźnik pomiaru relacji między ekspresją złości (AX-O i AX-I) a kontrolą złości (AC-O i AC-I)
	AX-O (<i>Anger-Out</i>)	<i>Ekspresja zewnętrzna.</i> Złość skierowana na zewnątrz, w postaci agresywnych działań werbalnych lub fizycznych.
Ekspresja złości	AX-I (<i>Anger-In</i>)	<i>Ekspresja wewnętrzna.</i> Złość kierowana do wewnątrz, charakteryzująca się tłumieniem emocji i ich powstrzymywaniem, co prowadzi do utrzymania ich wewnątrz.
	AC-O (<i>Control-Out</i>)	<i>Kontrola zewnętrzna.</i> Monitorowanie i ograniczanie zewnętrznych przejawów złości, np. zachowywanie spokoju w interakcjach.
Kontrola złości	AC-I (<i>Control-In</i>)	<i>Kontrola wewnętrzna.</i> Regulacja wewnętrznej złości poprzez techniki relaksacyjne i autoregulację.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (Bąk, 2016a) oraz (Lievaart i in., 2016).

Polską adaptację STAXI-2 przeprowadzono na grupie 625 osób w wieku od 17 do 30 lat, z czego 55% stanowiły kobiety. 90% badanych zaś to studenci reprezentujący różne kierunki studiów, a pozostałe 10% to osoby dorosłe. Analiza struktury czynnikowej została przeprowadzona za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej (CFA) z wykorzystaniem programu Amos 22. Dodatkowo, stabilność bezwzględna oceniono na grupie 45 osób, które wypełniły kwestionariusz dwukrotnie w odstępie od 14 do 31 dni. Badanie obejmowało także ocenę rzetelności wewnętrznej oraz trafności. Kwestionariusz przeznaczony jest do pracy z grupą powyżej 16 roku życia bez górnej granicy wiekowej, zarówno indywidualnie jak i w badaniu grupowym. Istnieje też wersja przeznaczona dla grupy wiekowej 9-18 lat STAXI-2 C/A²⁹, *State-Trait Anger Express Inventory-2 Child and Adolescent*. Wersje przetłumaczone, takie jak chińska STAXI-2 (Maxwell i in., 2009) czy farski (Khodayarifard i in., 2013), dowiodły skuteczności w pomiarze złości w różnorodnych kulturach. W Norwegii przetłumaczono i wystandaryzowano wersję kwestionariusza STAXI-1 (Håseth i in., 1996).

Kwestionariusz STAXI-2 charakteryzuje się wysoką rzetelnością wewnętrzną, z współczynnikami *alfa* Cronbacha powyżej 0.8 dla większości skal, co świadczy o dobrej spójności wewnętrznej narzędzia. Dla niektórych podskal, takich jak AX-O i AX-I,

²⁹ Pierwotnie była też wersja STAXI C/A (Del Barrio i in., 2004), warto dodać że wersja STAXI-2 C/A była używana w programach pracy CBT z zarządzania złością wśród adolescentów (Enkhbat i in., 2022).



współczynniki wynoszą około 0.78 do 0.84, co również jest akceptowalne w kontekście badań nad emocjami. Trafność konwergencyjna oraz trafność różnicowa zostały potwierdzone w badaniach przeprowadzonych na grupach o różnych profilach demograficznych i psychologicznych (Bąk, 2016a; Spielberger, 2006; Spielberger i Reheiser, 2009).

Podsumowując kwestionariusz STAXI-2 jest wszechstronnym i używanym na całym świecie narzędziem do oceny złości i jej różnych aspektów, takich jak stan, cecha, ekspresja oraz kontrola. Liczne badania potwierdziły jego zastosowanie w badaniach naukowych oraz diagnostyce klinicznej, szczególnie w kontekstach psychologicznych i medycznych. Wersja polska STAXI-2 została dobrze zaadaptowana i wykazuje wysokie wskaźniki rzetelności oraz moc dyskryminacyjną, co potwierdza jego przydatność w tym badaniu (Wrześniewski, 2011).

2.5 Materiał biblioterapeutyczny

W badaniu jako materiału biblioterapeutycznego do autoterapii użyto książki pt. *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęki* autorstwa Magdaleny Staniek (2015). Aby dopełnić formalności uzyskano odpowiednie pozwolenia: po kontakcie za pomocą poczty elektronicznej, od autorki książki oraz osobno od wydawnictwa Edgard uzyskano zgodę na wykorzystanie książki w badaniu oraz użycie fragmentów w prezentacjach. Poradnik *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęki* był bazowym elementem interwencji, na którym oparto pracę własną w grupie badanej. Był on dostępny w formie elektronicznej w Internecie na platformie Legimi, zaproponowano też skorzystanie z dostarczonych egzemplarzy w formie książkowej. Książka została przedstawiona i zaprezentowana każdej osobie po przeprowadzeniu wywiadu. Osoby badane zostały też kilkakrotnie zachęcane do przeczytania jej po zakończeniu wywiadu oraz podczas trwania warsztatów.

2.6 Warsztaty i prezentacje

Cykl warsztatów. W początkowej fazie projektowania warsztatów założono, że odbędą się cztery spotkania z osobami z grupy badanej, jednak w trakcie prowadzenia wywiadów i podjętych prób ustalenia terminów spotkań warsztatowych zdecydowano, że ze względu na bardzo ograniczoną dostępność czasową osób badanych, związaną głównie z różnorodną specyfiką pracy, odbędą się dwa spotkania warsztatowe. Mogło to kształtować efektywność podjętej interwencji, jednakże nie pełniło roli głównego mechanizmu terapeutycznego, a jedynie funkcji pomocniczej, przez co uznano, że zmiana ta nie będzie znacząca. Struktura spotkania warsztatowego składała się z: pytania o postępy w czytaniu oraz dwuczęściowej prezentacji, a także części teoretycznej i praktycznej. W części



teoretycznej omawiano z pomocą prezentacji zagadnienia teoretyczne. Prezentacje oparte zostały na książce zaproponowanej jako materiał biblioterapeutyczny a ich głównym celem miała być psychoedukacja oraz poszerzenie informacji poprzez dodatkowe wyjaśnienie pytań i wątpliwości oraz pracę własną podczas warsztatów. Głównymi wskaźnikami sukcesu było pogłębienie i zaangażowanie w pracę warsztatową – w czasie warsztatów uczestniczki aktywnie współpracowały oraz dochodziło do intensywnego przeżywania swoich emocji. Wśród uczestniczek, które bardziej się angażowały i intensywniejsze przeżywały emocje, zaobserwowano większą dynamikę zmiany w post-testach. W drugiej praktycznej części warsztatów podjęto próbę pracy w różnych obszarach, korzystając z technik charakterystycznych dla pracy w CBT, np. zachęcano do prowadzenia dzienników, wśród badanych budziły one duże wątpliwości ze względu na większą konieczność zaangażowania się. Padło też pytanie skierowane do prowadzonego czy sam prowadził taki dziennik i czy identyfikował i zapisywał swoje myśli. Kontekst migracyjny został uwzględniony w przykładach do ćwiczeń, np. w pracy z identyfikacją negatywnych myśli związanych z nauką norweskiego. W ramach prezentacji opracowano i zaprezentowano dodatkowe wizualizacje i schematy tłumaczące wybrane obszary. Materiał ten stanowił bazę do realizacji zajęć oraz wsparcia uczestniczek w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z trudnymi emocjami i sytuacjami. Struktura i tematyka z cyklu warsztatów³⁰: spotkanie 1.1 z 2: *Wprowadzenie do autoterapii i identyfikacja źródeł stresu*. Uczestniczki uczyły się rozpoznawać swoje zasoby i wyzwania, a także prowadzić dziennik pozytywnych zdarzeń. Spotkanie 1.2 z 2: *Psychoedukacja oraz identyfikacja objawów depresji*. Obejmowało omówienie negatywnej triady w myśleniu oraz identyfikację negatywnych myśli automatycznych i zachętę do ich przeformułowanie. Spotkanie 2.1 z 2: *Radzenie sobie ze złością, dyskutowano o znaczeniu złości, jej destrukcyjnych i konstruktywnych aspektach oraz technikach wyrażania emocji w zdrowy sposób*. Spotkanie 2.2 z 2: *Zarządzanie stresem, dotyczyło praca nad rozpoznawaniem stresorów, zarządzaniem oczekiwaniami oraz rozwijaniem stylu zadaniowego w radzeniu sobie ze stresem*. Warsztaty zostały dostosowane do potrzeb grupy badanej i uwzględniały aspekty migracyjne oraz adaptacyjne, pozwoliły też zwrócić uwagę na dodatkowe aspekty podczas pracy ze studium przypadku a wynikające z obserwacji. Po zakończeniu warsztatów podziękowano i wyrażono wdzięczność za chęć udziału, następnie zapytano osobno każdą osobę o jej ocenę, wszystkie uczestniczki wyraziły zadowolenie i chęć uczestnictwa w kolejnych warsztatach, gdyby takie zostały przygotowane. Podsumowując, pozytywna opinia

³⁰ Cztery prezentacje z warsztatów zamieszczono w załącznikach.



uczestniczek uzyskana podczas swobodnej kończącej rozmowy oraz aktywne uczestnictwo i zainteresowanie mogą wskazywać na skuteczność tej metody pracy, ograniczenie ilościowe było istotną informacją zwrotną, która została wykorzystana w elastycznym dopasowaniu się do potrzeb grupy badanej. W rozszerzonych badaniach można by skupić się na bardziej precyzyjnym monitorowaniu wskaźników sukcesu związanego z uczestnictwem w warsztatach.

2.7 Testy statystyczne

Dla grupy badanej zastosowano statystykę opisową do charakterystyki podstawowych zmiennych. W analizie zależności między skalami (np. PSS-10 i STAXI, BDI-II i STAXI) wykorzystano test nieparametryczny korelacji ρ Spearmana, ze względu na założenie braku normalności rozkładu danych. W celu testowania hipotez dotyczących różnic przed i po interwencji zastosowano test Wilcozona, odpowiedni dla danych nieparametrycznych. Alternatywnie, gdyby dane spełniały założenia normalności, można by użyć testu t -Studenta dla prób zależnych. W analizie danych ilościowych grupy kontrolnej również wykorzystano statystykę opisową. W badaniu korelacji między zmiennymi założono wstępnie normalność rozkładu, dlatego zastosowano korelację Pearsona. Do analizy porównań między grupą badaną a kontrolną wykorzystano test nieparametryczny U Manna-Whitneya, ze względu na brak założenia rozkładu normalnego w badanych zmiennych.

2.8 Przebieg badania

Badanie zostało podzielone na dwie części: część pierwsza, bazowa badania z osobami z grupy badanej $n = 5$, która miała uczestniczyć w biblioterapii połączonej z dwoma spotkaniami warsztatowymi, oraz druga część badania z osobami grupy kontrolnej $n = 106$. W pierwszej części przeprowadzono pięć częściowo ustrukturyzowanych wywiadów z osobami polskiego pochodzenia mieszkającymi w Norwegii. Badanie tej grupy rozpoczęto w sierpniu 2024, kiedy zostały przeprowadzone pierwsze wywiady wraz z przeprowadzaniem badań testami. Pierwszym elementem było przeprowadzenie ustrukturyzowanej ankiety. Pre-testy psychometryczne zostały przeprowadzone dla tej grupy metodą papier ołówek a dla grupy kontrolnej metodą kwestionariusza badawczego w wersji internetowej.



2.8.1 Część dla grupy badanej

Do wykonania badania jakościowego użyto narzędzia w postaci wywiadu częściowo ustrukturyzowanego³¹, prowadzonego twarzą w twarz z wykorzystaniem nagrań audio. Struktura wywiadu została oparta na badanych tematach w oparciu o teorie oraz z odniesieniem do struktury spisu treści książki użytej w biblioterapii oraz wykorzystanych testach z uwzględnieniem możliwej późniejszej struktury kodowania wywiadów (istotnym dla kodowania dedukcyjnego). Do wywiadów uzyskano świadome zgody na nagrywanie, nagrane wywiady zostały poddane transkrypcji³² a następnie zanonimizowane³³. Wywiad z każdą osobą trwał pomiędzy 1 – 1,5 godziny. Rozmówczyniom zadano pytania o stan zdrowia, rodzinę, historię migracji, okoliczności, ścieżkę edukacyjną i zawodową, zgodnie z przygotowanym wcześniej arkuszem. Poruszone zostały też tematy problemów wynikających z migracji oraz poszukiwano metod radzenia sobie z nimi. Ważnymi tematami było też wsparcie społeczne i praca. Następnie opracowano transkrypcje i czytano wielokrotnie, zanim interesujący tekst został zakodowany i pogrupowany w kategoriach grupach kodujących. Badanie tej grupy wraz zamknięto wraz z zakończeniem warsztatów i post-testem w listopadzie 2024.

2.8.2 Część dla grupy kontrolnej

Drugą częścią było badanie grupy kontrolnej $n = 106$, przebiegające chronologicznie równocześnie z częścią pierwszą. Polegało ono na zebraniu wyników badania ilościowego identycznego pod względem treści z badaniem dla grupy badanej. Ze względu na zamieszkiwanie przez badacza w miejscu, w którym nie posiadał bezpośredniego dostępu do odpowiednio dużej grupy kontrolnej oraz na duże rozproszenie tej grupy na terenie Norwegii, zdecydowano się na podjęcie badania tej grupy online. W grupie kontrolnej, badanej online za pomocą kwestionariusza, uczestnicy zostali poinformowane o celu badania oraz o możliwości rezygnacji z udziału w dowolnym momencie poprzez umieszczenie informacji wstępnej. Udział w badaniu online również był całkowicie dobrowolny. Uczestnicy zostali poinformowani o możliwości rezygnacji z udziału w dowolnym momencie poprzez zamknięcie kwestionariusza. Brak zgody na udział kończył dostęp do badania i uniemożliwiał dostęp do rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza. Przed przystąpieniem do badania, uczestnicy otrzymali informacje dotyczące celu badania, procedur badawczych, potencjalnych

³¹ Wzór wywiadu został umieszczony w załączniku.

³² Użyto oprogramowania Buzz (C. Williams, 2022/2024) w wersji 1.0.1.

³³ Wywiady zostały zanonimizowane uwzględniając poufność wewnętrzną i zewnętrzną (Męćfal, 2020).



korzyści i ryzyka, oraz ich praw, w tym prawa do wycofania zgody w dowolnym momencie. Informacje te były zawarte na początku kwestionariusza. Uczestnikom w grupie kontrolnej nie przekazano żadnych wyników badania po jego zakończeniu, nie zbierano bowiem żadnych informacji kontaktowych, nikt też nie uzupełnił takich danych w odpowiedzi na pytanie otwarte, wpisując tam swój adres lub numeru telefonu. W grupie kontrolnej zebrano $n = 106$ odpowiedzi w tym $n = 3$ bez wyrażenia zgody na badanie, wyniki zbierano z użyciem aplikacji internetowej Microsoft Forms. Link do ankiety rozpowszechniano na grupach serwisu społecznościowego Facebook, zbierających migrantów z Polski a poświęconych tematyce Norwegii. Innym sposobem były ogłoszenia wraz z linkiem do badania rozdawanego wśród osób odwiedzających bibliotekę, w której pracował badacz oraz wśród znajomych. Rozesłano też wiadomość pocztą elektroniczną do zidentyfikowanych osób pracujących jako psycholodzy, naukowcy w Norwegii z prośbą o przekazanie badania dalej. Badane osoby tym sposobem, wypełniały kwestionariusz online samodzielnie bez obecności badacza.

2.8.3 Struktura i chronologię badania

Poniżej przedstawiono chronologiczne etapy powstawanie pracy, przebieg badania oraz szczegółowe informacje dotyczące przebiegu samych etapów badania.

Przebieg działań w trakcie powstawania pracy (por. tab. 4):

- Przygotowanie i weryfikacja planu działania
- Pozyskanie zgód od autorki i wydawnictwa
- Przygotowanie, pozyskanie i weryfikacja dostępności testów psychometrycznych
- Przygotowania kwestionariusza badawczego i jego weryfikacja
- Rekrutacja osób do grupy badanej
- Przygotowanie prezentacji na warsztaty
- Rozpoczęcie zbierania danych w grupie kontrolnej /online/
- Rozpoczęcie badania grupie badanej: wywiad i badanie testami /papier ołówek/
- Przeprowadzenie dwóch spotkań warsztatowych
- Zakończenie badania grupy badanej i końcowe badanie testowe /papier ołówek/
- Zakończenie badania grupy kontrolnej



W trakcie przygotowywania pracy natrafiono na problem z dostępnością Kwestionariusza STAXI-2 i wysłano zapytanie do autora polskiej adaptacji. Dzięki uprzejmości dr hab. Wacława Bąka³⁴, otrzymano pełen zestaw materiałów dotyczących STAXI-2, co umożliwiło podjęcie współpracy badawczej.

Tabela 4

Przebieg i etapy badania jakościowe i ilościowego dla grup badanych

	Grupa kontrolna	Grupa badana	Uwagi
Rekrutacja	-	Zainteresowanych osób $n = 11$	Mężczyźni po zastanowieniu rezygnowali
Wywiad	-	Zrekrutowano $n = 5$ Przeprowadzono $n = 5$	
Pre-test	-	Przeprowadzono $n = 5$	
Test porównawczy	Rozpoczęto zbieranie	-	
Warsztaty nr. 1	-	Przeprowadzono $n = 5$	W dwóch grupach
Warsztaty nr. 2	-	Przeprowadzono $n = 5$	W trzech grupach
Test kontrolny	Pozyskano $n = 106$	-	
Post-test	-	Przeprowadzono $n = 5$	
Analiza danych	Do analizy $n = 103$	Do analizy $n = 5$	Nie wyraziło zgody na badanie $n = 3$

2.8.4 Podsumowanie części metodologicznej.

Objawy lęku, stresu, depresji oraz złości pełnią kluczową rolę jako psychologiczne sygnały życiowe, ściśle powiązane z dobrostanem jednostki. Zmiany w intensywności oraz długości trwania tych emocji dostarczają istotnych danych o stanie psychicznym danej osoby, pozwalając wykryć niedawne wydarzenia i długotrwałe konflikty wywierające znaczący wpływ na życie człowieka (Spielberger i Reheiser, 2009). Dokładna ocena tych emocjonalnych sygnałów życiowych i właściwe działania wspierające stanowią podstawę

³⁴ Dr hab. Wacław Bąk, Profesor KUL, Dyrektor Instytutu Psychologii.

skutecznej interwencji, założono, że będzie to możliwe przy użyciu powyżej omówionych narzędzi i technik.

3. Wyniki i analiza badań własnych – część jakościowa

W tej części pracy na początku przedstawiono wyniki badań własnych w ramach studium przypadku dla grupy badanej $n = 5$, a następnie podjęto próbę wstępnej analizy tych wyników w odniesieniu do rezultatów przeprowadzonych testów.

3.1 Charakterystyka grupy badanej względem skuteczności biblioterapii

Zgodność z warunkami badania. Osoby badane w grupie badanej poddanej oddziaływaniu biblioterapii i które wzięły udział w warsztatach, spełniły zakładane warunki (por. tab. 5).

Tabela 5

Spełnianie warunków według kryteriów doboru osób do grupy badanej

Pseudonim	Pełnoletność	Polskie pochodzenie	Polski jako pierwszy	Mieszka w Norwegii	Leczenie psych./leki psych	Psychoterapia CBT	Nadmiar alkohol/narkotyki
Barbara	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Celina	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Katarzyna	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Łucja	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie
Wiesława	Tak	Tak	Tak	Tak	Nie	Nie	Nie

W badaniu udział wzięło pięć kobiet, pomimo podejmowania prób rekrutacji mężczyzn nie udało się pozyskać żadnego z nich. Może to wpływać na uzyskany efekt badania w postaci braku możliwości odniesienia go do całości populacji z powodu braku możliwości generalizacji wyników. Wyniki mogą być z tego względu specyficzne dla kobiet w badanej populacji. W grupie badanej w badaniu wzięły osoby w wieku pomiędzy 30 a 60 rokiem życia. Oparto się wyłącznie na jasno wyrażonej zgodzie i unikano sytuacji, kiedy takiej nie uzyskano (por. tab. 6).

Tabela 6

Przegląd danych socjodemograficznych grupy badanej

Pseudonim	Wiek ^a	Znajomość języka norweskiego	Wyższe wykształcenie ^b	Zatrudnienie	Długość pobytu w Norwegii ^c
Barbara	≥ 40	Tak	Tak	Tak	≤ 15
Celina	≥ 40	Tak, „staram się”	Nie	Tak	≥ 15
Katarzyna	≥ 40	Tak, „mówię swobodnie”	Tak	Tak	≥ 15
Łucja	≤ 40	Tak, „uczę się dla siebie”	Tak	Tak	≤ 15
Wiesława	≥ 40	Tak, „żeby sobie porozmawiać”	Tak	Tak	≤ 15

Adnotacja. W cudzysłowie umieszczono dosłowne stwierdzenia dotyczące poziomu znajomości języka norweskiego wśród osób nadanych.

^a Aby zredukować ryzyko rozpoznania tożsamości osób, podzielono uczestników na grupy według wieku, wyodrębniając osoby mieszkające w Norwegii powyżej lub poniżej 40 roku życia.

^b Za wyższe wykształcenie uznano uzyskany tytuł licencjat i magistra.

^c Aby zredukować ryzyko rozpoznania tożsamości osób, podzielono uczestników na grupy według długości pobytu w Norwegii, wyodrębniając osoby mieszkające w Norwegii powyżej lub poniżej 15 lat.

3.2 Studium przypadku, część jakościowa

Zebrane informacje zostały zaprezentowane zgodnie z wcześniej ustalonym, częściowo ustrukturyzowanym wywiadem oraz opracowaną książką kodową. Jednocześnie podjęto próbę przedstawienia historii życia badanych na emigracji w Norwegii. Na wstępie uwzględniono element obserwacji, a następnie, z wykorzystaniem uzyskanych wyników oraz chmury kodowej, wizualnie zobrazowano obszar analizy, w którym prowadzono badania w ramach studium przypadku. W dalszej kolejności zaprezentowano szczegółowe studium przypadku osoby badanej. Studium przypadku oparto o schemat kategorii: *demograficzne, doświadczenie życiowe, samopoczucie, znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapia, lęk i zamartwianie, stres, depresja, złość, poczucie własnej wartości, migracja, zdrowie, praca, wsparcie społeczne, inne*. Kategorie te przeplatają się ze sobą, jednak starano się zachować ten schemat w celu łatwiejszego odniesienia się wzajemnego między badanymi. Następnie zaprezentowano wyłonione słowa kluczowe oraz wizualizację chmury słów, wygenerowaną przy użyciu narzędzia QDA. W końcowej części przedstawiono wyniki badania



psychometrycznego dla każdej osoby badanej, uwzględniając wyniki uzyskane w pre- i post-testach oraz podkreślając zaobserwowane zmiany.

3.2.1 Studium przypadku: Barbara

Informacje podstawowe (por. tab.7).

Tabela 7

Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego

Pseudonim	Barbara
Wiek	≥ 40
Wykształcenie	Wyższe
W związku	Małżeństwo
Dzieci	≥ 2
Zatrudnienie	Stała umowa o pracę, praca dodatkowa, w Urzędzie Pracy (NAV)
Na stałe w Norwegii	Tak

Rozmowa odbyła się zgodnie z planem w bibliotece, Barbara był pogodna oraz serdeczna. Wyrażała swoje emocje adekwatnie do afektu. Chętnie dzieliła się swoimi doświadczeniami oraz z dużym zaangażowaniem podchodziła do wyrażania swoich odpowiedzi. Wykazywała dużą samoświadomość, analizując swoje dotychczasowe wybory, szczególnie w kontekście pracy i relacji z partnerem. Wypowiedź była stonowana, raczej intelektualna i refleksyjna, niż nacechowana intensywnymi emocjami. Potwierdziła to również późniejsza analiza treści wypowiedzi. Były obserwowalne momenty, kiedy stawało się widoczne jej intensywne przeżywanie przywoływanych wspomnień oraz wyrażanych myśli. Podkreślała kilkakrotnie, że jest ciekawa jak opisane zostaną efekty pracy z nią. Mogło to być związane z zainteresowaniami pracą naukową w jej linii życia jakie prezentowała przed i w trakcie rozmowy.

Dominującymi tematami w rozmowie z Barbarą były zagadnienia związane z kategorią Praca, gdzie kluczowy kod *Praca jako temat* stanowił 7,3% całości kodów (por. tab. 8 i rys. 1). Barbara szczegółowo opisywała znaczenie pracy w swoim życiu, akcentując zarówno wyzwania, jak i korzyści związane z jej podejmowaniem. Praca była centralnym elementem jej codzienności, istotnym dla stabilizacji zawodowej i osobistej. W kategorii Zdrowie i choroby istotnym kodem był *Wpływ pracy na zdrowie* (3,1%), co odzwierciedlało refleksje Barbary na temat związku między zdrowiem a obowiązkami zawodowymi.



Podkreślała ona, że praca w znaczący sposób wpływa na jej samopoczucie i dobrostan. W kategorii Poczucie własnej wartości istotne były kody *Myślenie o sobie* (3%) oraz *Realizowanie swoich planów* (2,3%). Wypowiedzi ukazywały jej introspekcję na temat samooceny oraz refleksję nad osiąganiem życiowych celów. Jej podejście wskazywało na wysoki poziom zaangażowania w samorozwój i dążenie do realizacji zamierzonych działań. Kategoria Stres była reprezentowana przez kod *Sytuacje stresujące* (2,7%). Barbara opowiadała o codziennych wyzwaniach, które generowały napięcie, szczególnie w kontekście zawodowym i migracyjnym. Mimo to podkreślała swoje zdolności radzenia sobie z tymi trudnościami. Kategoria Depresja zawierała kod *Strategie radzenia sobie z depresją* (2,6%), co wskazywało na jej doświadczenia i refleksje dotyczące sposobów radzenia sobie z trudnościami emocjonalnymi. Barbara zwracała uwagę na istotne strategie, które pomagały jej utrzymać równowagę psychiczną. W kategorii Migracja istotne były kody *Polska a Norwegia, różnice* (2,2%) oraz *Wyzwania migracyjne* (2,1%). Barbara poruszała kwestie związane z różnicami kulturowymi, organizacyjnymi i społecznymi pomiędzy Polską a Norwegią. Migracja była przez nią opisywana zarówno jako wyzwanie, jak i źródło rozwoju. Podsumowując, analiza kodowa wywiadu z Barbarą wskazała, że najważniejsze wątki dotyczyły pracy, zdrowia i migracji. Jej refleksje na temat tych obszarów dostarczyły istotnych danych, ukazując zarówno trudności, jak i sposoby adaptacji do nowych warunków życia w Norwegii.

Rysunek 1

Chmura kodów zbudowana w oparciu o wywiad z Barbarą



Tabela 8

Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach

Kategoria	Kod	Liczebność	% Kodów
Praca	Praca jako temat	56	7.30
Zdrowie i choroby	Wpływ pracy na zdrowie	24	3.10
Poczucie własnej wartości	Myślenie o sobie	23	3.00
Stres	Sytuacje stresujące	21	2.70
Depresja	Strategie radzenia sobie z depresją	20	2.60
Poczucie własnej wartości	Realizowanie swoich planów	18	2.30
Praca	Trudności w pracy	17	2.20
Migracja	Polska a Norwegia, różnice	17	2.20
Migracja	Wyzwania migracyjne	16	2.10

- Demograficzne

Barbara to zamężna około 40-letnią kobietą, mieszkającą razem mężem i dziećmi w wynajmowanym domu. Urodziła się w Polsce w rodzinie mieszanej, co w jej przypadku oznaczało różnorodne tradycje kulturowe, które wpłynęły na jej podejście do życia i wartości rodzinnych. W Polsce razem z mężem wykonywali pracę intelektualną, jednak sytuacja życiowa i chęć zapewnienia dzieciom lepszej przyszłości skłoniły ich do decyzji o migracji do Norwegii. Migracja była wspólną decyzją, w której najważniejsze znaczenie miała perspektywa edukacji i rozwoju zawodowego dla dzieci. Po przyjeździe do Norwegii Barbara wraz z mężem podjęli pracę w fabryce. Praca miała mieć charakter przejściowy, ale stanowiła stabilne źródło dochodu w nowej rzeczywistości. W tym czasie dzieci uczęszczały do norweskich szkół, realizując obowiązek szkolny, najstarsze z nich rozpoczęło niedawno pracę zawodową w innym mieście. Barbara w czasie rozmowy często podkreślała znaczenie edukacji dzieci i ich adaptacji w nowym środowisku: „*Najważniejsze dla nas było, żeby dzieci mogły chodzić do szkoły i miały równe szanse, jak inne dzieci tutaj. To było dla nas priorytetem.*” Wraz z upływem czasu Barbara i jej mąż zdecydowali o zakończeniu pracy w fabryce, co związane było z bezpośrednim wpływem tej pracy na ich zdrowie. Niedawno partner Barbary podjął decyzję o rozpoczęciu własnej działalności gospodarczej w Norwegii. Barbara opisywała, że wspiera go w tej nowej aktywności zawodowej, choć sama wyraziła pewne obawy związane z ryzykiem i niepewnością, jakie niesie prowadzenie własnego biznesu: „*Trochę się boję, jak to wyjdzie. Wszystko jest nowe, a Norwegia to jednak inny rynek, inne zasady. Ale wiem, że jemu to sprawia satysfakcję, a ja zawsze go wspieram.*” Zmiany w życiu dzieci również stawiają przed Barbarą pytania o przyszłość. Dorastające



dzieci podejmują decyzje o dalszej edukacji i pracy, co może skutkować zmianą miejsca zamieszkania całej rodziny. Barbara chciałaby być blisko swoich dzieci, szczególnie z uwagi na brak bliższej rodziny w Norwegii: *„Nie mamy tutaj nikogo poza sobą. Chciałabym, żebyśmy mogli być blisko, ale to wszystko zależy od tego, gdzie dzieci nas widzą w przyszłości..”* Plany Barbary i jej męża na przyszłość są raczej ogólne i obejmują zapewnienie stabilnej pracy dla obojga oraz kontynuację wspólnego życia rodzinnego. Dla Barbary ważne jest także uczestnictwo w życiu jej dzieci, niezależnie od miejsca, w którym będą mieszkać. Wspomniała także o swojej potrzebie stabilizacji zawodowej, która umożliwiłaby realizację tych celów: *„Chcę, żebyśmy oboje mieli stałą pracę. To najważniejsze, żeby móc spokojnie planować wszystko inne..”*

- Doświadczenie życiowe

Barbara opisywała swoje doświadczenia życiowe jako pełne wyzwań, ale jednocześnie satysfakcjonujące. Podkreślała, że decyzja o migracji do Norwegii była świadomym wyborem, podyktowanym przede wszystkim chęcią poprawy jakości życia rodziny. Przyznała, że początki były trudne, zarówno pod względem adaptacji, jak i podejmowania pracy poniżej swoich kwalifikacji. *„Nie było łatwo zacząć od nowa w fabryce, gdy wcześniej pracowało się umysłowo, ale wiedzieliśmy, że to krok, który musimy zrobić dla dzieci.”* Migracja była dla niej także okazją do nauczenia się nowych rzeczy i zmierzenia się z różnicami kulturowymi. Wspominała, że musiała nauczyć się norweskiego od podstaw, co początkowo budziło w niej obawy. Jednak mimo trudności starała się nie poddawać. *„Każdy dzień był jak walka z samą sobą, ale wiedziałam, że jeśli chcemy tu zostać, to muszę to zrobić.”* Zmiany w życiu zawodowym, takie jak decyzja męża o rozpoczęciu działalności gospodarczej, były dla niej kolejnym ważnym doświadczeniem. Barbara wspierała partnera, choć miała mieszane uczucia co do ryzyka, które niosła taka decyzja. *„Bałam się, że coś pójdzie nie tak, ale z drugiej strony widziałam, jak bardzo tego potrzebował, żeby czuć się spełnionym.”* Na przestrzeni lat Barbara dostrzegła również, jak istotne jest budowanie relacji z lokalną społecznością. Mówiła o trudności w nawiązywaniu głębokich znajomości z Norwegami, ale jednocześnie doceniała wsparcie, jakie znajdowała wśród innych migrantów. *„To właśnie Polacy tutaj, w Norwegii, często byli dla mnie największym wsparciem. Wspólne rozmowy, zrozumienie – to było dla mnie niezwykle ważne.”* Barbara zwracała także uwagę na zmiany w relacjach z dziećmi w kontekście ich dorastania i usamodzielniania się. Opowiadała, jak musiała dostosować swoje oczekiwania wobec dzieci do ich nowych ról. *„Widzę, że dzieci radzą sobie coraz lepiej, ale to też oznacza, że muszę pogodzić się z tym, że*



nasze drogi mogą się kiedyś rozejść.” Doświadczenia związane z życiem na emigracji wpłynęły na jej postrzeganie przyszłości. Choć nie czuje się w pełni zintegrowana z norweską społecznością, docenia stabilność, jaką daje życie w Norwegii. Jednocześnie podkreśla, że decyzje dotyczące przyszłości będą w dużej mierze zależeć od sytuacji jej dzieci. *„Dla mnie najważniejsze jest, żebyśmy jako rodzina byli razem, niezależnie od tego, gdzie to będzie.”*

- Samopoczucie

Barbara opisywała swoje samopoczucie jako zmienne, jednak zauważalnie poprawiło się ono po rezygnacji z pracy w fabryce. Zmiana miejsca pracy przyniosła jej ulgę i większe zadowolenie w porównaniu do okresu pracy w fabryce, mimo że wiązało się to z utratą stałego źródła dochodów. Podkreślała, że pomimo trudności finansowych czuje się bezpieczniej niż w Polsce: *„Natomiast no muszę wspomnieć o tym, że w Norwegii jest coś taka... luksusowa sytuacja, tak?... Bo mimo wszystko, że nie pracujemy, zrezygnowaliśmy z pracy w fabryce [NazwaFabryki], to jakby nie zostaliśmy zupełnie bez pieniędzy, tak?”* Jednak pomimo tej poprawy wyrażała również obawy dotyczące stabilności finansowej, szczególnie w kontekście ewentualnych trudności z norweskimi urzędami. Niepewność związana z brakiem stałych dochodów oraz zmieniającymi się okolicznościami wpływała na jej poczucie bezpieczeństwa. Barbara była dumna z postępów, jakie osiągnęła razem z partnerem w czasie emigracji. Dostrzegała znaczący rozwój zarówno w sferze zawodowej, jak i osobistej, co pozytywnie wpływało na jej samopoczucie. Podkreślała również, że troska o bliskich była jednym z kluczowych czynników determinujących jej stan psychiczny. Zauważała, że potrzeby dorastających dzieci, szczególnie w kontekście ich identyfikacji płciowej, były dla niej źródłem stresu i niepokoju. *„Z jednej strony chcę wspierać moje dziecko, ale to wszystko jest dla mnie nowe i czasem trudno mi zrozumieć, co przeżywa.”* Barbara zauważała również, że jej podejście do życia zmieniło się na bardziej elastyczne. Reagowanie na bieżące wyzwania i możliwości stało się jej strategią życiową, ponieważ wcześniejsze doświadczenia z długoterminowym planowaniem często prowadziły do rozczarowań. *„Teraz staram się brać życie takim, jakie jest, nie planuję za dużo, bo to i tak się zawsze zmienia.”* Czas spędzony z dziećmi był dla niej źródłem radości i pozytywnego wpływu na samopoczucie, mimo dużej ilości obowiązków: *„Wspólne chwile z dziećmi to dla mnie ogromna wartość, naprawdę tego potrzebuję.”* Wskazywała także na pozytywny wpływ kontaktów społecznych w miejscu zamieszkania, które pomagały jej radzić sobie z poczuciem osamotnienia: *„Poznanie ludzi tutaj, w nowym miejscu, daje mi wsparcie i poczucie, że nie jestem sama.”*



- Znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapia

Barbara opisywała biblioterapię jako narzędzie mogące wpływać na samopoczucie poprzez czytanie, podkreślając jej terapeutyczny potencjał. Wskazywała, że czytanie jest dla niej istotne, choć obecnie zajmuje mniej miejsca w jej życiu niż w przeszłości, co wiąże się z innymi priorytetami i zmianami w rodzinie. Ceniła powrót do ulubionych lektur jako źródła relaksu i refleksji. Ostatnio zaczęła również czytać w języku norweskim i angielskim, głównie z powodów praktycznych: *„Czytam teraz po norwesku i angielsku, ale to bardziej dlatego, że muszę coś zrozumieć lub się nauczyć.”* Choć czytanie sprawia jej przyjemność, napotyka czasem na trudności, wynikające z potrzeby pełnego opanowania tematu, co generuje presję. Kontrastując z własnym podejściem, zauważyła, że jej mąż preferuje słuchanie audiobooków: *„On cały czas słucha audiobooków, a ja wolę jednak poczytać.”* Obecnie więcej czasu poświęca mediom społecznościowym niż książkom, ale nadal rezerwuje specjalne chwile na czytanie: *„To takie chwile dla przyjemności.”* Barbara najczęściej sięga po powieści, unikając poradników, choć wyraziła zainteresowanie badanym poradnikiem: *„Może jednak warto zobaczyć, o co w tym chodzi.”* Czytanie Biblii jest natomiast dla niej stałym elementem życia, wywodzącym się z młodzieńczych doświadczeń związanych z przynależnością do organizacji religijnej: *„To taki nawyk, który został od czasów szkoły.”* Potrzeba duchowości i kwestie religijne przewijały się także w innych wątkach rozmowy. Barbara nie miała wcześniejszej styczności z psychoterapią, choć wspomniała o kilku rozmowach z osobą polecaną przez lekarza pierwszego kontaktu w Norwegii. Wyraziła również brak znajomości CBT: *„Nie wiem dokładnie, co to jest, ale może kiedyś warto byłoby spróbować.”*

- Lęk i zamartwianie

Barbara wskazywała, że doświadczyła sytuacji, które wywołały u niej poczucie lęku oraz braku kontroli nad życiem. Główne obszary lęku, które identyfikowała, dotyczyły pracy i sytuacji finansowej. Zauważała, że niestabilność zawodowa oraz obawy o powodzenie działań męża w zakresie prowadzenia własnej działalności gospodarczej budziły w niej niepokój: *„Bo jeżeli nie ma się tak naprawdę stałej pracy, a ma się dzieci, to jest zawsze jakaś niepewność... a nóż się na przykład mojemu mężowi nie uda, tak... Ale to, że znowu jakby ciągle zaczynanie od początku i od początku, i od początku jest po prostu”.* Jednym z kluczowych lęków był także brak stabilności finansowej. Barbara wskazywała, że sytuacje związane z opóźnieniami wypłat z urzędu pracy prowadziły do trudności z opłaceniem mieszkania, co dodatkowo nasilało poczucie niepewności i stresu. Podkreślała także, że



decyzja o odejściu z pracy była trudna i wymagała silnego bodźca, jakim było pogarszające się zdrowie. Obawiała się również, że oboje z mężem zostaną bez pracy: „*Zawsze są jakieś obawy... ciągle zaczynanie od początku jest stresujące.*” Lęk związany z dziećmi koncentrował się na poszukiwaniu tożsamości płciowej jednego z nich. Barbara wyrażała zaniepokojenie przyszłymi decyzjami dziecka, w tym możliwością tranzycji: „*Dzieci są teraz troszeczkę zagubione w tym wszystkim, co się dookoła nich dzieje i mówi.*” Jednocześnie doceniała wsparcie psychologiczne, które pomogło jej zaakceptować eksperymentowanie dziecka i jego procesy rozwojowe. Barbara przyznała, że zamartwianie się o rodzinę, szczególnie o męża i dzieci, mogło być powiązane z problemami ze snem: „*Ja śpię bardzo źle, ale trudno mi powiedzieć, czy to jest powód.*” Wskazała, że jej problemy ze snem pogorszyły się po migracji, a praca zmianowa dodatkowo zaburzała jej rytm dobowy. W kontekście radzenia sobie z lękiem Barbara wskazywała na modlitwę jako kluczową strategię, która dawała jej poczucie spokoju i bezpieczeństwa: „*Że może jest siła wyższa, która o coś dba.*” Jednocześnie przyznała, że brak wspólnoty religijnej w jej miejscu zamieszkania oraz ograniczone możliwości uczestniczenia w życiu duchowym wpływały negatywnie na jej stan emocjonalny: „*Mi się wydaje, że moja wiara tutaj maleje*”. Barbara podkreślała również swoją otwartość na nowe metody radzenia sobie z lękiem, choć wskazywała na trudności związane z implementacją zmiany myślenia w praktyce. Próbowwała także medytacji oraz technik relaksacyjnych, ale uznała je za mało skuteczne. W poszukiwaniu wsparcia korzystała z materiałów dostępnych na platformach takich jak YouTube. Jako potencjalny wskaźnik poprawy wskazywała osiągnięcie stabilności życiowej: „*Kiedy byśmy faktycznie tą stabilność osiągnęli, to może ja bym wtedy dopiero poczuła się spokojnie.*” Zauważyła również, że część lęków i zamartwiania się wynika z czynników od niej niezależnych, co czyni ich kontrolowanie trudniejszym.

- Stres

Barbara zidentyfikowała główny moment stresogenny w swoim życiu jako pracę w fabryce. Podczas niej doświadczała nie tylko fizycznego obciążenia, ale także silnego napięcia wynikającego z atmosfery w miejscu pracy. Praca bezpośrednio przy produkcji była stresująca głównie ze względu na toksyczną atmosferę między pracownikami. Barbara zauważyła, że różnice kulturowe w podejściu do współpracy i rywalizacji odgrywały tutaj kluczową rolę. Podkreślała, że osoby z byłego bloku wschodniego miały tendencję do krytykowania i zwracania uwagi na błędy innych w sposób, który podkreślał ich własną przewagę. Powodowało to niezdrową rywalizację i napięcie: „*Czuli się lepiej, gdy zwracali*



innym uwagę na błędy.” Z kolei osoby norweskiego pochodzenia miały inny styl zachowania, bardziej uprzejmy i stonowany, jednak również niepozbawiony elementów stresujących: *„Oni są bardziej w te klage brew wszystkie i tak dalej, tak? W donoszeniu, u nas jest nieładnie donosić.”* Po zakończeniu pracy w fabryce, obecne miejsce pracy Barbary nie jest już źródłem stresu, ale pewne sytuacje administracyjne nadal generują napięcie. Barbara szczególnie wskazała na problemy z norweskimi urzędami, takimi jak NAV. Opóźnienia w wypłacie świadczeń były powodem trudności finansowych, co opisywała jako wyjątkowo stresujące: *„Przez miesiąc nie dostaję pieniędzy, bo ktoś w NAV nie zaznaczył odpowiedniego okienka, a ja nie mam z czego zapłacić za mieszkanie.”* Urzędników opisywała jako opieszłych i mało zaangażowanych: *„Jeżeli nie będzie się swoich praw pilnowało, to tutaj nikt ci tego nie poda na tacy.”* Dodała, że mimo swoich trudności, stara się przypuszczać, iż takie działania wynikają raczej z niekompetencji niż ze złośliwości: *„Chcę myśleć, że nie przez złośliwość.”* Kolejną sytuacją wywołującą stres była trudność w uzyskaniu odpowiedniej stawki wynagrodzenia zgodnej z wykształceniem. Pomimo licznych prośb i przesłanych dokumentów, Barbara kilkakrotnie otrzymywała stawkę wynagrodzenia o połowę niższą, niż powinna: *„To zajmuje dużo czasu. Trzeba każdą rzecz tutaj sprawdzić.”* Barbara wyraziła, że sytuacje związane z martwieniem się są dla niej także stresogenne. Opisała, że rozwiązanie problemów ze snem stanowiłoby jeden z elementów poprawy jej samopoczucia: *„Polepszeniem samopoczucia byłoby zniknięcie problemów ze snem, brak wybudzania się.”* Opisała też strategię radzenia sobie ze stresem, Barbara wskazywała, że stosuje podejście zadaniowe do rozwiązywania problemów: *„Mam jedną zasadę. Po prostu idę i to robię.”* Pomimo odczuwania różnorodnych emocji związanych z tymi sytuacjami, podejmowała działania w celu ich rozwiązania. Wskazała również na znaczenie codziennych aktywności, takich jak spacer, które pozwalają jej odreagować i zredukować napięcie.

- Depresja

Barbara opisała, że prawdopodobnie doświadczyła epizodu depresyjnego, co zostało zdiagnozowane przez lekarza. Gorsze samopoczucie trwało około roku, a jego przyczyną wiązała z problemami rodzinnymi oraz trudną sytuacją zawodową. W opisie jej wewnętrznego świata w tamtym czasie dominowało poczucie pustki i brak nadziei na przyszłość. Jak zauważyła jej partner opisywał, iż: *„Potrafiłam na dwa tygodnie zniknąć zupełnie, po prostu... w swoim świecie.”* Taka izolacja emocjonalna prowadziła do trudności w relacjach z bliskimi, co mogło pogłębiać jej poczucie osamotnienia i bezradności. Obecnie Barbara podkreśla, że czuje się znacznie lepiej, choć nadal zdarzają się chwile niepewności i



łęku. Opisuje swoje emocje jako bardziej zrównoważone i mniej intensywne, zauważając, że w codziennym życiu coraz częściej doświadcza chwil spokoju i ulgi. Jak sama mówi: „*Teraz jest lepiej, bo wiem, że mogę coś zmienić, że mam wpływ na to, co się dzieje.*” Jednak czasami odczuwa niepewność związaną z przyszłością. Przyznaje, że zdarza się jej martwić o stabilność finansową i sytuację w rodzinie, co może prowadzić do chwilowego napięcia emocjonalnego. Pomimo tego, Barbara podkreśla, że obecnie bardziej świadomie podchodzi do swoich emocji i stara się je akceptować: „*Wiem, że nie zawsze będzie idealnie, ale teraz mam więcej narzędzi, żeby sobie z tym radzić.*” W celu radzenia sobie ze swoim stanem Barbara zdecydowała się na wsparcie farmakologiczne, co uznaje za kluczowy element w poprawie jej kondycji psychicznej. Ten krok zbiegł się w czasie z pozytywnymi zmianami w jej życiu, w tym poprawą relacji z dziećmi. Ważnym wsparciem okazały się również konsultacje z psychologiem dotyczące tożsamości płciowej jednego z dzieci. Jak przyznała: „*Jak usłyszałam, że dzieci sobie radzą, to pierwszy raz od dawna poczułam, że coś idzie dobrze.*” Te wydarzenia wpłynęły na poprawę jej stanu psychicznego oraz dały poczucie ulgi i akceptacji. Przełomowym momentem była decyzja o rezygnacji z pracy w fabryce, którą Barbara oceniła jako toksyczne środowisko odbierające jej siły życiowe. Jak sama przyznała: „*Praca była dla mnie miejscem, które odbierało mi siły, a rezygnacja była jednym z najtrudniejszych, ale najlepszych kroków, jakie zrobiłam.*” Podkreśliła, że ta zmiana pozwoliła jej odzyskać poczucie kontroli nad własnym życiem: „*Dostałam takiego... takiego kopa, że ja muszę teraz coś robić, że już teraz ode mnie też coś zależy.*” Odejście z pracy otworzyło przed nią nowe możliwości, pozwoliło na planowanie przyszłości oraz wzbudziło w niej energię do działania. W okresie depresji Barbara wskazywała na poczucie pustki, które opisywała w następujący sposób: „*Czasami po prostu siadałam i patrzyłam w ścianę, a inni mówili, że mnie nie ma, mimo że jestem.*” Obecnie opisuje, że ten stan ustąpił, a ona sama czuje, że „*może zacząć od nowa, tym razem na własnych zasadach.*” Barbara zwróciła również uwagę na znaczenie wsparcia emocjonalnego oraz działań praktycznych w radzeniu sobie z trudnościami. Ostatecznie zmiany, które wprowadziła w swoim życiu, pozwoliły jej odzyskać poczucie równowagi i wpływu na rzeczywistość.

- Złość

Barbara opisała złość jako emocję, która towarzyszyła jej w różnych momentach życia, szczególnie w kontekście zawodowym oraz relacji rodzinnych. Praca w fabryce była dla niej jednym z głównych źródeł frustracji i złości. Wspominała, że w tej pracy doświadczyła sytuacji, które wywoływały intensywne emocje, w tym wściekłość, i które



ostatecznie skłoniły ją do decyzji o rezygnacji. Jak przyznała, przełomowym momentem była sytuacja, w której nie była w stanie opanować swojej reakcji emocjonalnej, co pozwoliło jej zrozumieć, że dalsze pozostanie w tym środowisku byłoby szkodliwe zarówno dla niej samej, jak i dla jej otoczenia. Barbara wyraźnie rozróżniała doświadczenia związane z wyrażaniem złości w Polsce i Norwegii. W Polsce złość była dla niej bardziej dostępna, a reakcje emocjonalne, w tym wybuchy złości, zdarzały się częściej. Opisała to jako wynik większego przyzwolenia społecznego na okazywanie silnych emocji w przestrzeni publicznej. W Norwegii natomiast, choć złość również była obecna, to jej wyrażanie było bardziej ograniczone i kontrolowane. Jednak i tam zdarzały się sytuacje, które prowadziły do frustracji, zwłaszcza w kontekście pracy w fabryce. Złość pojawia się również w relacjach rodzinnych, szczególnie w kontaktach z mężem. Barbara opisywała te sytuacje jako naturalne napięcia, które mogą pojawiać się w długotrwałych relacjach małżeńskich. Sama określiła to słowami: „*Nie wiem, czy to naturalne dla wszystkich małżeństw, czy nie, ale czasem się po prostu nie dogadujemy. To nie są żadne poważne rzeczy.*” Barbara zauważyła, że czasem złość może też pojawiać się w codziennych interakcjach z innymi członkami rodziny, jednak uważała te sytuacje za normalne i nieszkodliwe. W ostatnich latach Barbara zauważyła, że lepiej radzi sobie z emocją złości. Twierdziła, że sporadycznie zdarza się jej odczuwać intensywne formy złości, a ogólny jej poziom uległ zmniejszeniu. Jednocześnie wskazała, że komunikacja z mężem mogłaby być obszarem, w którym warto byłoby popracować nad lepszym radzeniem sobie z tą emocją. Uważała, że w tej sferze mogłaby bardziej świadomie wypracować strategię reagowania na potencjalne źródła napięć, co mogłoby zaowocować poprawą ich relacji. Podsumowując, Barbara postrzegała złość jako naturalną emocję, która w pewnych momentach życia sprawiała jej trudności. Obecnie wydaje się, że opracowała skuteczniejsze metody radzenia sobie z nią, co przekłada się na większe poczucie spokoju i stabilności emocjonalnej. Emocja, która niegdyś była intensywna i trudna do opanowania, teraz jest przez nią lepiej kontrolowana, choć nadal dostrzega obszary, w których mogłaby osiągnąć dalsze postępy.

- Poczucie własnej wartości

Wskazywała, iż mimo osiągniętej stabilności w kraju docelowym, oraz deklaracjach, że nie chce nic sztywno planować, to że cały czas prezentuje elastyczną postawę dążenia do zmiany: *No jakby... i my jesteśmy już w takim wieku, że to jest jakby ostatni dzwonek dla nas, żeby jeszcze coś próbować zmienić.* W myśleniu o sobie wspomina, iż ma: *bardzo ogólną wizję, natomiast już bardzo dawno przestałam robić plany.* Akceptuje też, iż życie jest, że



życie jest dla niej nieprzewidywalne i że próby ścisłego kontrolowania mogą prowadzić do jej frustracji. Ze względu na swój wiek, oczekiwała też od siebie i swojego partnera stabilności życiowej jaką mają według niej osiągnąć inni ludzie w jej wieku, lub z poprzedniego pokolenia: *Mieli dom, tak. Mieli wszystko już, właściwie przygotowani byli do emerytury, tak. A my co? My zaczynamy ciągle, tak.* W konfrontowaniu się z wyzwaniami i ze stresem przedstawiła sytuacje związane z tym jak sobie radzi w trudnych sytuacjach z urzędami, kiedy podejmuje się różnych wyzwań nie zważając na swoje wykształcenie ani doświadczenie, nie boi się ośmieszyć z powodu poziomu znajomości języka, ani nie unosi się dumą. Jest wtedy skoncentrowana na działaniu by osiągnąć zamierzony cel: *schować tą swoją dumę, coś do kieszeni...po prostu wyjść i to zrobić.... Zamykam oczy, nie zważam na to i po prostu idę i to robię (...).* Brak, lub niższe wynagrodzenie niż zgodne z oczekiwanym wynagrodzenie sprawiał, że nie mogła zapłacić za mieszkanie, uważała, że stawia ją to w niekorzystnym świetle przed właścicielem mieszkania: *Tylko ja muszę tak, teraz napisać do mojego właściciela, od którego wynajmuje mieszkanie, tak? Że sorry, ale nie mam kasy. No to jak w jakimś to świetle mnie stawia, tak? No bo mi NAV, więc nie zapłacił.* Zapytana wprost o swoje poczucie wartości, wyjaśniła, że uważa, że posiada niskie poczucie wartości, motywując je pewnymi wydarzeniami z chrześcijańskiego punktu widzenia oraz z życia, związanymi z edukacją, posiadaniem jako warunkujące jej poczucie własnej wartości. Stwierdziła też, że być może nie do końca wykorzystuje swój potencjał. Migracja nie zmieniła jej poczucia własnej wartości: *no cóż, no przyjechaliśmy tutaj w większości po to, żeby jednak harować dla pieniędzy.* Zauważyła, iż jej partner inaczej odnosi się do tego, jest bardziej sfrustrowany sytuacją. Miejscem, w którym odczuwa swoją sprawczość jest dom, w którym może wpływać na sytuacje. Przyznała, że czuła się też sama jak ktoś porzucony i pozostawiony samemu sobie: *jak jakiś taki rozbitek, co to nie wie, co ma zrobić. Tylko musi chwilę przetrwać, żeby przeżyć. I może ktoś go wyłowi (...).*

- Migracja

Migracja była dla Barbary doświadczeniem złożonym, niosącym zarówno wyzwania, jak i możliwości. Głównym motywem wyjazdu do Norwegii były finanse i zobowiązania kredytowe. Mimo początkowych wątpliwości co do wyboru Norwegii jako miejsca migracji, uznała to za jedyną dostępną opcję: *„Myślałam zawsze, że Norwegia to nie było tu zimno i w ogóle tam strasznie. No ale tylko Norwegia nas chciała jakby w tym wieku.”* Obecnie Barbara ocenia swój wybór pozytywnie, chociaż przyznaje, że Norwegia nigdy nie była jej wymarzonego miejscem do życia. Proces migracji miał znaczący wpływ na jej życie



zawodowe i zdrowie fizyczne. Praca w fabryce wiązała się z ciężkim wysiłkiem fizycznym, który doprowadził do trwałych problemów zdrowotnych: *„Dłonie mam zniszczone. Zdewestowane całkiem, jak to powiedział lekarz w Polsce. Widać, że pani ciężko pracowała.”* Barbara podkreślała również trudności związane z różnicami kulturowymi w miejscu pracy. Według niej, pracownicy z Europy Wschodniej przywiązywali dużą wagę do rywalizacji i perfekcji, co powodowało napięcia w zespole, podczas gdy Norwegowie byli bardziej zdystansowani i unikali konfrontacji. Mimo tego zauważyła, że norweskie podejście do życia, charakteryzujące się spokojem i mniejszym stresem, wpłynęło pozytywnie na jej odczucia związane z tym krajem: *„Pokochałam Norwegię i fajnie tutaj naprawdę można było być, że tutaj się tak żyje spokojniej, luźniej... nie muszę się różnymi rzeczami tak bardzo stresować.”* Barbara zauważała również trudności związane z brakiem lokalnej sieci wsparcia społecznego i ograniczeniami w uczestniczeniu w życiu rodzinnym, spowodowanymi zmianowym harmonogramem pracy. Mimo że pracowała w fabryce, gdzie nie była wymagana znajomość norweskiego, Barbara sama uczyła się języka, aby móc korzystać ze sklepu czy załatwiać sprawy w szkole. Przyznała jednak, że brak praktyki ograniczał jej biegłość w języku: *„Nie zdarza się jej myśleć w tym języku, raczej pojawiają się myśli w języku angielskim lub rosyjskim, z naciskiem na język rosyjski.”* Tożsamość Barbary również ewoluowała pod wpływem migracji. Mimo że czuje się związana z Polską poprzez język i kulturę, nie identyfikuje się w pełni z Norwegią ani nie dąży do pełnej integracji: *„Norweżką już nie będę. Nie chcę. Nie wiem kim jestem tak naprawdę. Polką jestem.”* Barbara podkreśla, że bardziej zależy jej na tym, aby jej dzieci znalazły swoje miejsce w norweskim społeczeństwie: *„Tworzymy nową jakość.”* Choć sama nie podejmuje prób głębokiego zanurzenia się w norweskiej kulturze, uznaje wartość poznawania jej na podstawowym poziomie: *„Warto. Zawsze warto. Żeby poznać, wiedzieć, gdzie żyjesz i się komunikować z ludźmi. Jak najbardziej. Natomiast dla mnie na tym poziomie. Wystarcza po prostu. Żeby poznać, żeby zrozumieć może.”* Pomimo trudności związanych z biurokracją i problemów adaptacyjnych, Barbara zauważa, że migracja przyniosła jej poczucie spokoju. Jej doświadczenia w Norwegii, choć trudne, pozwoliły jej na przewartościowanie niektórych aspektów życia i odnalezienie równowagi między pracą a rodziną. Dla Barbary migracja była zarówno wyzwaniem, jak i drogą do odkrycia nowych perspektyw oraz możliwości rozwoju. Barbara realizowała strategię integracji, ponieważ z jednej strony wyraźnie podkreślała zachowanie własnej tożsamości (pozostaje „Polką”), a z drugiej – w ograniczonym zakresie ale angażowała się w życie społeczne i kulturowe Norwegii (m.in. uczy się języka, korzysta z tamtejszych instytucji, uczestniczy w lokalnych inicjatywach). Jej postawa nie świadczy więc



o całkowitej asymilacji ani odrzuceniu kultury kraju przyjmującego, lecz o próbie pogodzenia obu światów. Barbara dostrzegała bariery kulturowe i osobiste, które uniemożliwiają jej pełną akulturację do społeczeństwa norweskiego, co może oznaczać świadomą rezygnację z pełnej identyfikacji z krajem docelowym. W jednej z odpowiedzi stwierdziła bowiem: *„Norweżką już nie będę. Nie chcę. Nie wiem kim jestem tak naprawdę. Polką jestem.”*

- Zdrowie

Przed migracją wszystkie osoby w rodzinie były w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Jednak w ciągu ostatnich lat Barbara doświadczyła gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego. Decyzję o odejściu z pracy podjęła rok temu po komisji lekarskiej, która potwierdziła jej obawy co do wpływu warunków pracy na zdrowie. Opisała swoje doświadczenie w następujących słowach: *„Dłonie mam zniszczone. Zdewastowane całkiem, jak to powiedział lekarz w Polsce. Widać, że pani ciężko pracowała.”* Zniszczenie dłoni wiązało się z wykonywaniem powtarzalnych ruchów w pracy w fabryce, co przyspieszyło zmiany zwyrodnieniowe, które według lekarzy miały się pojawić dopiero w znacznie późniejszym wieku: *„To są jakieś zmiany zwyrodnieniowe tego typu, tak. Reumatyczne. Więc jakby... o wiele szybciej się po prostu zniszczyły moje ręce.”* Barbara zwróciła uwagę, że atmosfera w pracy dodatkowo wpływała na jej zdrowie psychiczne: *„Ani atmosfera mi tam nie odpowiadała między ludźmi, i już czułam, że moje zdrowie podupada.”* Decyzję o odejściu uzasadniła również niezdolnością do wykonywania podstawowych czynności domowych: *„Już nie mogłam ani obrać ziemniaków, no nic, nic kompletnie.”* Dopiero rezygnacja z pracy pozwoliła jej na rozpoczęcie dbania o siebie i pewną regenerację: *„Teraz te ręce naprawdę odpoczęły przez te pół roku, tak że ja już cokolwiek mogę zrobić.”* Wypadek w pracy jej męża oraz wdrożenie ubezpieczenia zdrowotnego w firmie, w której pracował, dały mu dostęp do szybszej opieki medycznej, co Barbara postrzegała jako znaczące wsparcie. Jednak odczuwała frustrację związaną z brakiem przekazywania informacji w pracy, co prowadziło do nieporozumień, np. wysyłania jej do zadań, których nie mogła wykonywać ze względu na stan zdrowia. Barbara zwróciła uwagę, że wpływ na jej zdrowie psychiczne miały także trudności w pracy oraz złożone kwestie związane z poszukiwaniem tożsamości płciowej przez jedno z jej dzieci. Był to dla niej trudny emocjonalnie okres, w którym wspierała się konsultacjami z psychologiem. Zmiana w sposobie dbania o zdrowie zaczęła się od wprowadzenia regularnych spacerów, które Barbara rozpoczęła w momencie kryzysu. Na początku były to krótkie wyjścia: *„Najpierw było 10 minut, żeby w ogóle tylko wyjść z domu.”* Obecnie spacerowanie stało się jej codzienną



rutyną: „*Nie wyobrażam sobie, żeby nie pójść i chodzić godzinę dziennie.*” Dzięki nowej pracy ma możliwość wydłużania spacerów nawet do trzech godzin dziennie, co pozytywnie wpływa na jej samopoczucie. Barbara podejmuje również inne aktywności, takie jak gry komputerowe, które pomagają jej w regeneracji. Czas wolny spędza także z rodziną, szczególnie podróżując: „*Gdzieś pojechać, coś zobaczyć.*” Zaznacza jednak różnice w preferencjach spędzania czasu – podczas gdy jej mąż jest aktywny towarzysko, ona woli samotne zajęcia, które pozwalają jej na odpoczynek i regenerację. Problemy ze snem towarzyszą jej od dawna, ale pogłębiły się po przyjeździe do Norwegii, szczególnie ze względu na pracę zmianową: „*Tutaj w Norwegii bardzo to się pogorszyło. Myślę, że wpływ też miała praca zmianowa na przykład.*” Podejmowała różne próby poprawy jakości snu, takie jak melatonina czy techniki relaksacyjne, ale nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów. Barbara wiąże problemy ze snem z wysoką czujnością wynikającą z opieki nad dziećmi oraz zamartwianiem się o przyszłość rodziny. Mimo tych trudności, Barbara uważa, że sama migracja nie wpłynęła w znaczący sposób na jej zdrowie psychiczne. Głównym czynnikiem stresującym było „*środowisko, które było dewastujące.*” Podkreśliła również, że samotność w czasie pandemii COVID-19 potęgowała jej poczucie izolacji.

- Praca

Barbara rozpoczęła swoją pracę w Norwegii od zatrudnienia w fabryce przetwórstwa, w której przepracowała mniej niż dziesięć lat. Praca ta miała istotny wpływ na jej życie, zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Pogarszający się stan zdrowia, szczególnie zmiany zwyrodnieniowe dłoni, stały się głównym powodem podjęcia trudnej decyzji o rezygnacji z tej pracy. Jak sama przyznała: „*Jakaś strefa komfortu, że po prostu była praca stała, to trudno było tę decyzję podjąć.*” Mimo początkowych obaw decyzja ta przyniosła jej ulgę i zadowolenie. W czasie rozmowy Barbara znajdowała się w procesie decydowania o dalszej ścieżce zawodowej. Rozważała wybór nowego poziomu zatrudnienia na obecnym stanowisku lub poszukiwanie innej pracy: „*Mam nadzieję, żeby dostać jakąś pracę, gdzie będę mogła trochę bardziej intelektualnie popracować.*” Jej plany były jednak ograniczone okresem jednego roku, w którym musiała zapewnić sobie stabilność finansową: „*Żeby po prostu przeżyć, no.*” Barbara przyznała, że nie ma długoterminowych planów związanych z pracą, ale rozważa możliwość powrotu na studia. Nie chciała jednak angażować się w działania, które mogłyby nie przynieść oczekiwanych rezultatów. Praca była dla Barbary także źródłem lęku i niepewności, szczególnie w kontekście możliwości jej utraty. Jej głównym oczekiwaniem było osiągnięcie stabilności, która pozwoliłaby jej skupić się na



czepaniu radości z życia: „*To jakby ten obszar jest zamknięty i my teraz tylko skupiamy się na życiu, tak, na korzystaniu z życia i tak dalej, bo to już wszystko mamy jakby te zaplecze przygotowane i możemy sobie żyć.*” Barbara opisała pracę w fabryce jako wymagającą, szczególnie ze względu na jej zmianowy charakter. Pracowała na zmianach porannych i popołudniowych, a wraz z mężem byli na różnych zmianach, co utrudniało podział obowiązków związanych z opieką nad dziećmi. Mimo to Barbara zawsze wstawała rano, by przygotować dzieci do szkoły, co wpływało na jej cykl snu: „*Tak jakby nigdy nie mogłam tego dospać, tak? Bo rano trzeba było dzieci przygotować na przykład do szkoły.*” Problemy ze snem pogłębiły się do tego stopnia, że zaczęła stosować leki nasenne: „*Chodziłam jak zombie wtedy, tak? To już było bardzo uciążliwe.*” Praca w fabryce była także źródłem stresu ze względu na wielokulturowość zespołu oraz różnorodność zachowań w miejscu pracy. Barbara zwróciła uwagę na trudne relacje z innymi pracownikami oraz liderami, szczególnie w kontekście traktowania nowych osób: „*Takiej fali, która po prostu tak, że jak przychodzi nowy pracownik, to jest pewnego rodzaju fala. Musi wykonać najgorszą robotę, musi być strofowany.*” Sytuacje te przypisywała także norweskim liderom, którzy tolerowali toksyczną atmosferę. Problemy zdrowotne, takie jak zmiany zwyrodnieniowe dłoni, były powodem propozycji zmiany stanowiska na lżejsze. Barbara podkreślała, że wynikało to z norweskiego prawa pracy: „*Taką propozycję dostałam, ale nie ze względu prawdopodobnie na moje doświadczenie i co mogę zaoferować, tylko po prostu byłam chora.*” Zakończenie pracy w fabryce otworzyło Barbarze nowe możliwości oraz wpłynęło pozytywnie na relacje z najbliższymi. Obecnie Barbara rozważa dalsze możliwości zawodowe, chcąc znaleźć pracę, która będzie bardziej dostosowana do jej potrzeb i możliwości.

- Wsparcie społeczne

Barbara w swoich opisach wielokrotnie podkreślała wartość wsparcia, jakie otrzymała od swojego partnera. Wspólne decyzje dotyczące przeprowadzki do Norwegii oraz rezygnacji z pracy w fabryce były dla niej szczególnie istotne. Odczuwała, że ich relacja opiera się na wzajemnym porozumieniu i wsparciu, a także na przekonaniu, że oboje mogą na siebie liczyć. „*Zawsze razem podejmujemy decyzje, wspieramy się w tym, co robimy*” – zauważyła. Jednocześnie sama również widziała siebie jako wspierającą żonę, która wspomaga męża w jego decyzjach i wyzwaniach zawodowych. Brak krewnych w Norwegii oznaczał, że Barbara i jej rodzina nie mogli liczyć na bezpośrednią pomoc bliskich. Krewni mieszkający w Polsce pozostawali jednak w stałym kontakcie dzięki komunikatorom internetowym. „*Rozmawiamy często online, ale to nie to samo, co widzieć się na żywo*” – podkreślała. Raz w roku



odwiedzają Polskę podczas wakacji, jednak takie wyjazdy często wiążą się z dodatkowymi obowiązkami, co sprawia, że nie zawsze mogą w pełni odpocząć. „*W Polsce zawsze jest coś do załatwienia, nie można się skupić tylko na rodzinie*” – zauważyła. Wsparcie od przyjaciółki z czasów studiów również odgrywało ważną rolę w życiu Barbary. Mimo że ich kontakt ograniczał się do rozmów online, więź ta była dla niej cenna i dawała poczucie bliskości. Jednocześnie brak bezpośrednich, codziennych kontaktów z ludźmi w Norwegii często wywoływał u niej poczucie osamotnienia. „*Brakuje mi tutaj takich codziennych rozmów, kontaktów na żywo*” – przyznała. W kontekście instytucjonalnego wsparcia Barbara opisała swoje doświadczenia z NAV jako ambiwalentne. Z jednej strony instytucja ta dawała jej poczucie stabilności i bezpieczeństwa, ale z drugiej strony zdarzały się opóźnienia w wypłatach, co wywoływało stres i frustrację. „*Kiedyś przez miesiąc nie dostałam pieniędzy, bo ktoś nie zaznaczył odpowiedniego okienka. To było strasznie stresujące.*” Podobne problemy zauważyła w swoim miejscu pracy, gdzie przez długi czas czekała na zatwierdzenie wynagrodzenia zgodnego z jej wykształceniem. Barbara angażowała się również w lokalne inicjatywy, takie jak språkcafé czy intercafé oraz w wolontariat organizowany przez frivilligsentralen. Te działania miały na celu naukę języka norweskiego i integrację z lokalną społecznością, choć sama podkreślała, że nie szukała w nich głębszych relacji. „*Nie chodzi o znajomości, tylko o to, żeby nauczyć się języka.*” W tym aspekcie stawiała się w opozycji do swojego męża, który budował bardziej znaczące relacje społeczne. Brak wspólnoty religijnej był dla Barbary istotnym brakiem. Wyrażała, że wspólnota religijna mogłaby stać się dla niej źródłem wsparcia emocjonalnego i duchowego, ale w Norwegii dostęp do takich grup był ograniczony. „*Ksiądz przyjeżdża raz w miesiącu, to nie to samo co w Polsce. Bardzo mi tego brakuje.*” Wskazywała, że miejsce, w którym mogłaby spotkać ludzi o podobnych wartościach i potrzebach, pomogłoby jej poczuć większą przynależność. Barbara szukała również sposobów na samopomoc w Internecie. Często korzystała z materiałów dostępnych na YouTube, jednak ich skuteczność była dla niej ograniczona, co wzbudzało pewną frustrację. „*Próbowałam różnych metod z Internetu, ale żadna z nich mi nie pomogła.*” Z entuzjazmem podchodziła natomiast do możliwości uczestnictwa w warsztatach, gdzie mogłaby wspólnie z innymi poszukiwać skutecznych sposobów radzenia sobie z wyzwaniami.

- Inne

Barbara, opisując swoje codzienne życie, podkreślała znaczenie samorozwoju oraz realizowania pasji, które stanowią dla niej odskocznnię od codziennych trudności. Jednym z



kluczowych aspektów była dla niej aktywność związana z platformą YouTube, którą określiła jako „*ważniejsze źródło wiedzy niż książka w tym momencie.*” Serwis ten służył jej nie tylko do poszerzania zainteresowań, ale również do rozwijania umiejętności językowych. Oglądała filmy także podczas spacerów, łącząc tę formę edukacji z aktywnością fizyczną. Gry komputerowe były kolejnym obszarem, w którym Barbara odnajdywała przestrzeń na kreatywność i relaks. Dla niej te aktywności stanowiły możliwość regeneracji psychicznej, szczególnie że, w przeciwieństwie do swojego partnera, potrzebowała więcej czasu spędzanego w samotności: „*Dla mnie to jest czas, kiedy mogę odpocząć sama.*” Mimo to doceniała wspólne momenty z rodziną, szczególnie te spędzane podczas podróży. Wakacje, mimo ograniczeń finansowych, były dla niej ważnym elementem życia rodzinnego: „*Gdzieś pojechać, coś zobaczyć, to dla nas ważne, nawet jak jest trudno.*” W tym roku zdecydowali się na wycieczkę zagraniczną, co było możliwym dowodem na jej dążenie do realizowania wspólnych marzeń mimo trudności. Barbara była osobą praktyczną w podejściu do życia, co uwidaczniało się w jej refleksjach nad codziennymi wyzwaniami. Podkreślała, że „*trzeba mieć w głowie plan i po prostu działać*”, odnosiło się to zarówno do większych decyzji życiowych, jak i codziennych wyborów. Otwarcie przyznawała, że w niektórych sytuacjach potrzebuje wsparcia i chętnie uczestniczyłaby w warsztatach, które mogłyby pomóc jej w dalszym rozwoju osobistym. Jej podejście do integracji społecznej było również pragmatyczne. Uczestniczyła w inicjatywach takich jak språkcafé i intercafé, lecz zaznaczała, że głównym celem tych działań była nauka języka norweskiego, a nie budowanie głębokich relacji: „*Nie chodzi mi o relacje, tylko o to, żeby lepiej mówić po norwesku.*” Pod tym względem różniła się od swojego partnera, który według niej angażował się w relacje społeczne na innym poziomie. W rozmowie z Barbarą można uznać, że dominowała praktyczność i pragmatyzm jako widoczne w jej podejściu do życia, jednak równie ważna dla niej była możliwość realizacji pasji i wspólnego spędzania czasu z rodziną, wciąż poszukując razem równowagi na emigracji.

Wyłonione słowa kluczowe

Łącznie transkrypcja badania składała się z 19252 słów w badaniu, użyto list wykluczeń co pozwoliło na oczyszczenie materiału z zaimków, przyimków i innych często występujących, lecz mniej istotnych słów dla języka polskiego i norweskiego. W tekście najczęściej wystąpiło słowo: „*wiem*” ($n = 140$), co mogło oznaczać, że osoba badana skupiała się na poszukiwaniu wiedzy, pewności lub potwierdzała ją lub podkreślała, jak rozumie badane tematy. Kolejnymi z 10 najczęstszych były: (po-) „*prostu*” ($n = 134$), co może



wskazywać na dążenie do prostoty lub podkreślanie kontekstu wypowiedzi. Kolejnym słowem było: „przykład” ($n = 73$), co może sugerować potrzebę ilustrowania myśli konkretnymi przykładami. Czwartym najpopularniejszym słowem było „gdzieś” ($n = 61$) mogące wskazywać na brak precyzyjnych lokalizacji lub uogólnienia, następnie słowo „bardziej” ($n = 59$) oraz „natomiast” ($n = 59$) które pełnią funkcję porównawczą i kontrastującą. Kolejnym słowem było „trochę” ($n = 55$) co może odzwierciedlać częstotliwość użycia do łagodzenia wypowiedzi. Ósmym najczęstszym słowem było „znaczy” ($n = 54$) co może wskazywać na potrzebę wyjaśniania wypowiedzi, kolejne słowo to „prawda” ($n = 52$) co można interpretować jako próbę potwierdzenia autentyczności wypowiedzi. 10 słowem było słowo „pracy” ($n = 48$), co potwierdza zgodność z kodowaniem i wskazując na główną treść występującą w treści wywiadu, wskazując też w jakim temacie zakotwiczona została wypowiedź. Analiza słów kluczowych w transkrypcji wywiadu z Barbarą potwierdziła dominację tematów związanych z pracą, poszukiwaniem wiedzy i uproszczonym podejściem do radzenia sobie z trudnościami. Najczęściej używane słowa, takie jak „wiem”, „prostu” czy „pracy”, mogą odzwierciedlać jej potrzebę pewności, praktycznego podejścia oraz centralną rolę pracy w jej życiu. Zgodność słów kluczowych z treścią wywiadu wskazuje na spójność narracji i dobrze oddaje główne obszary doświadczeń badanej (por. rys. 2).

Rysunek 2

Chmura słów występujących w badaniu, im większe słowo tym częściej występowało w analizowanym materiale



3.2.2 Pre i post test: Barbara



Po przeprowadzeniu badania Barbary otrzymano w badaniu testem PSS10 wyniki dla pre 33 i post 17 ze zmianą -16. Przy badaniu testem BDI-II otrzymane wyniki dla pre 4 i post 16 ze zmianą 12 pomiędzy nimi. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali S-ANG w podskali pre F uzyskano wynik 5 zaś dla post 7 ze zmianą 2. Dla podskali V dla pre 5 dla post 6 ze zmianą 1. Dla podskali V dla pre uzyskano 5 i dla post taki sam wynik ze zmianą 0. Podsumowując dla skali S-ANG otrzymano wyniki dla pre wynoszący 15 a dla post wynik 18, dając zmianę na poziomie 3 dla S-ANG. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali T-ANG w podskali T pre dało 9 a dla post wynik 6 dając zmianę -3. Dla podskali R dla pre wynik wynosił 9 a dla post 8 ze zmianą -1. Dla podskali w pre teście uzyskany wynik wyniósł 3 i 3 dla post testu dając zmianę na poziomie 0. Łączenie T-ANG wyniósł w pre teście wyniósł 21 a w post 17 dając zmianę -4. W skali STAXI-2 AX dla podskali A/I w pre uzyskany wynik to 21, a dla post 17 dając zmianę -4. Dla podskali A/I w pre uzyskany wynik to 21 i taki sam dla post, dając zmianę na poziomie 0. Dla podskali C/O było odpowiednio 18 i 20 dając zmianę końcową 2. Dla podskali C/I uzyskany wynik dla pre wyniósł 17 a dla post 21 dając zmianę 4. Dało to łącznie wynik w skali AX dla pre na poziomie 55 i 45 dla post testu, zmiana wyniosła więc dla tej skali -10. Podsumowując wyniki dla PSS10 można zauważyć redukcje wyniku, bo o -16, może to wskazywać na zmniejszenie odczuwanego poziomu stresu. W badaniu BDI-II nastąpiła zmiana wyniku o 12 wyniku co może świadczyć o pojawienie się nowych trudności w badanym zakresie. W teście STAXI-2 w skali S-ANG zarejestrowany został wzrost dla wszystkich podskal dając łączną zmianę wyników w skali S-ANG na poziomie 3 co może oznaczać większą intensywność przeżywania chwilowego gniewu. W skali T-ANG otrzymano zróżnicowane wyniki dając łączną zmianę dla T-ANG na poziomie -4, może to wskazywać na poprawę w poziomie złości rozumianej jako cecha. Dla skali AX w teście STAXI-2 otrzymano łączną zmianę na poziomie -10, może wskazywać na spadek w ekspresji i wzrost w kontroli złości. Na podstawie zebranych danych testowych można stwierdzić, że interwencja biblioterapeutyczna przyniosła istotne zmiany w kilku obszarach. Interwencja wpłynęła na zarządzanie stresem, gniewem jako cechą oraz kontrolę emocji, jednocześnie wskazując na możliwość dalszej pracy nad rozumieniem i regulacją emocji związanych z depresją oraz kontrolą złości (por. tab.9).

Tabela 9

Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Barbary

Test	PSS10	BDI-II	STAXI-2 S-ANG				STAXI-2 T-ANG				STAXI-2 AX				
			F	V	P	SUM	T	R	SUM	A/O	A/I	C/O	C/I	AX	
pre	33	4	5	5	5	15	9	9	3	21	21	21	18	17	55
post	17	16	7	6	5	18	6	8	3	17	17	21	20	21	45
zmiana	-16	12	2	1	0	3	-3	-1	0	-4	-4	0	2	4	-10

3.3.1 Studium przypadku: Celina

Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego.

Wywiad został przeprowadzony w gabinecie, w bibliotece i przebiegał zgodnie z planem. Celina była wyraźnie zmęczona, przed wywiadem była na ćwiczeniach na fizjoterapii, ale często się uśmiechała, wykazując się pozytywnym nastawieniem do prowadzącego wywiad. Emocje były wyrażane adekwatnie do afektu. Z zauważalną ostrożnością dzieliła się osobistymi doświadczeniami, szczególnie w momentach dotyczących trudnych wspomnień związanych z chorobą oraz procesem adaptacji w nowym środowisku, ostrożnie też opisywała tematy związane z bliską rodziną. Mimo tej ostrożności jej wypowiedzi cechowały się autentycznością i głębokim zaangażowaniem. Widoczne były również momenty intensywnego przeżywania przywoływanych wspomnień, co znalazło odzwierciedlenie w sposobie, w jaki formułowała swoje odpowiedzi (por. tab. 10).

Tabela 10

Celina – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego

Pseudonim	Celina
Wiek	≥ 40
Wykształcenie	Średnie
W związku	Małżeństwo
Dzieci	≥2
Zatrudnienie	Stała umowa o pracę
Na stałe w Norwegii	Tak

Dominującymi tematami w rozmowie z Celiną były zagadnienia związane z kategorią Praca, gdzie kluczowy kod *Praca jako temat* stanowił 6,3% całości kodów (por. tab. 11 i rys.



3). Celina szczegółowo omawiała aspekty związane z rolą pracy w jej codziennym życiu, podkreślając jej wpływ na stabilizację finansową i zawodową. Praca była przez Celinę opisywana jako fundament jej życia w Norwegii, istotny zarówno dla samopoczucia, jak i adaptacji do nowej rzeczywistości. W kategorii Poczucie własnej wartości, istotne kody *Myślenie o sobie* (4,1%) oraz *Poczucie własnej wartości jako temat* (3,8%) wskazywały na introspekcję oraz jej refleksje dotyczące samooceny i miejsca w nowym środowisku. Wypowiedzi badanej ukazywały, jak postrzega siebie w kontekście zmian wynikających z migracji oraz nowych wyzwań. Kategoria Migracja była reprezentowana przez kod *Strategie adaptacji* (3,4%), który ilustrował, jak Celina radzi sobie z procesem przystosowania do nowego środowiska kulturowego i społecznego. Jej narracja uwzględniała wyzwania migracyjne, ale również sposoby ich przezwyciężania. W kategorii Lęk i zamartwianie istotne były kody *Sytuacje wywołujące lęk* (3,4%) oraz *Lęk jako temat* (2,9%). Celina opisywała momenty niepewności związane z różnymi aspektami życia, w tym zdrowiem oraz stabilnością rodzinną. Wskazywała także na sytuacje, które powodowały dyskomfort i wymagały od niej skutecznych strategii radzenia sobie. Kolejnym istotnym kodem w kategorii Praca był *Finanse i sytuacja ekonomiczna* (2,9%), co podkreślało znaczenie stabilizacji finansowej w życiu Celiny. Wypowiedzi badanej wskazywały, że kwestie ekonomiczne odgrywały kluczową rolę w jej poczuciu bezpieczeństwa i zadowolenia z życia w Norwegii. W kategorii Zdrowie i choroby, kod *Obecny stan zdrowia* (2,7%) ukazywał refleksje Celiny dotyczące jej zdrowia oraz znaczenia dostępu do opieki zdrowotnej w Norwegii. Zdrowie było przez nią postrzegane jako istotny czynnik wpływający na jej codzienne funkcjonowanie. Podsumowując, analiza kodowa wywiadu z Celiną ukazała, że dominującymi wątkami były refleksje dotyczące pracy, poczucia własnej wartości oraz migracji. Jej doświadczenia zawodowe, strategie adaptacyjne oraz introspekcja na temat siebie stanowiły spójny obraz życia w Norwegii, ukazując zarówno wyzwania, jak i sposoby radzenia sobie z nimi w nowym środowisku.

Rysunek 3

Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Celiną



- Demograficzne

Celina razem z mężem i dziećmi, mieszka od wielu lat w jednym miejscu wiążąc razem z parterem swoją karierę zawodową z pracą w przemyśle. Dzieci są w zróżnicowanym wieku, jedno z nich wyjechało do pobliskiego miasta, aby podjąć studia na uniwersytecie. Oboje z mężem wspierają się wzajemnie w życiu zawodowym i rodzinnym. Celina podkreślała, że istotne dla niej było nie tylko samopoczucie swoje ale by i mąż odczuwał większe docenienie w pracy. Było to dla niej ważnym aspektem ich wspólnego życia: *„Mąż dostał lepszą pracę. (...) Jest bardziej doceniany, ma jedną zmianę i zajmuje się jedną rzeczą, a nie dziesięcioma naraz.”* Zapytana o plany na przyszłość deklarowała, że obejmują one powrót do Polski na emeryturę, choć jej dzieci najprawdopodobniej pozostaną w Norwegii: *„Na emeryturę wrócić już do Polski, ale zobaczymy, jak czas pokaże.”*

- Doświadczenie życiowe

Celina opisywała swoje doświadczenie życiowe jako pełne wyzwań, zwłaszcza w kontekście migracji i adaptacji do życia w Norwegii. Głównym powodem jej wyjazdu z Polski były ograniczone możliwości ekonomiczne: *No przede wszystkim ekonomiczne. Czyli małe perspektywy w Polsce, niska płaca, niemożliwości takie, żeby można było sobie kupić mieszkanie czy już dom.* Migracja do Norwegii przyniosła jej rodzinie poprawę warunków życia, choć początki były trudne, szczególnie w obszarze administracyjnym: *Urządowe. To przede wszystkim urządowe tutaj. (...) A to rodzinne, jak to załatwić, to było dla nas duże wyzwanie.* Celina podkreślała, że korzystała z pomocy bardziej doświadczonych osób, które już wcześniej osiedliły się w Norwegii: *Takie osoby, które już tutaj były jakiś czas i po prostu chciały pomóc.* W czasie pobytu doświadczeniem zmieniającym jej życie była choroba nowotworowa, było to jedno z najbardziej przełomowych doświadczeń w jej życiu. Mimo że fizycznie czuje się teraz dobrze, nadal pracuje nad powrotem do pełnej sprawności: *No więc przeszłam raka, jestem po operacji i ogólnie czuję się teraz dobrze, ale pracuję cały czas nad tym, żeby było jeszcze lepiej.* Choroba wpłynęła również na jej życie zawodowe – fabryka, w której pracowała, dostosowała warunki pracy do jej możliwości: *Organizują dla mnie jakby... przystosowują mi stanowisko pracy do moich możliwości po prostu.* Badana z optymizmem podchodziła do codziennych trudności, koncentrując się na pozytywnych stronach swoich doświadczeń. Jednocześnie jednak wyrażała swoje obawy związane z możliwością nawrotu choroby i jej wpływem na życie rodzinne: *„Z reguły jestem osobą pozytywną, ale zawsze gdzieś tam z tyłu głowy są takie myśli, że no... co by było, jakbym się dowiedziała, że jest*



nawrót?.” W swojej postawie wobec życia deklarowała otwartość na rozwój i możliwość uczenia się. W pracy starała się zdobywać nowe umiejętności, np. w zakresie obsługi komputera czy języka norweskiego: *„Nigdy nie miałam do czynienia z komputerami, z całym tymi systemami. Więc teraz się dopiero małymi kroczkami zaczynam się tego uczyć po prostu.”* Wielokrotnie wspominała, że migracja była dla niej i jej rodziny korzystnym krokiem, który otworzył nowe możliwości: *„Myślę, że dobrze to wszystko wyszło, że taką decyzję żeśmy podjęli, wyprowadzenia się z Polski i przeniesienia się tutaj.”*

- Samopoczucie

Celina opisywała swoje samopoczucie jako generalnie dobre, choć okresowo zmagala się z różnymi trudnościami, głównie związanymi z przebyta chorobą i operacją. Jej emocje były na ogół pozytywne, choć w rozmowie przyznała, że czasami odczuwała obawy związane z przyszłością, szczególnie w kontekście zdrowia i sytuacji zawodowej. W pracy odczuwała pewne napięcie związane z nowymi obowiązkami i barierą językową, choć starała się przezwyciężać te trudności: *„Czasami się denerwuję, jak mam coś mówić, szczególnie przy prezentacjach publicznych.”* Wskazała też, że miała również trudności z odpoczynkiem, wskazując na problemy ze snem: *„Budzę się i nie mogę zasnąć. Jak już zasnę, to znowu się budzę, bo już trzeba wstać po prostu.”* Jednak zaznaczyła, że nie korzystała z leków na sen i jej sytuacja w tym zakresie uległa poprawie: *„Nawet muszę się pochwalić, nie biorę leków na sen.”* Deklarowała, że jej dobre samopoczucie w dużej mierze wynikało z pozytywnego nastawienia do życia i wsparcia, jakie otrzymywała od bliskich, znajomych i współpracowników. Szczególnie doceniała pomoc z fabryki w przystosowaniu miejsca pracy do jej możliwości oraz wsparcie emocjonalne rodziny: *„Wszyscy są dla mnie tacy mili, uprzejmi, jacyś tacy cześć, cześć, haj, haj. To fajne jest.”* Celina wielokrotnie podkreślała, że jej samopoczucie poprawiało się dzięki możliwości powrotu do pracy oraz świadomości bycia potrzebną: *„To mi dało takie poczucie wartości, że jednak jestem jeszcze potrzebna, o.”* Dobre relacje z otoczeniem oraz zaangażowanie w aktywności fizyczne, takie jak fizjoterapia, również przyczyniały się do jej ogólnej równowagi psychicznej.

- Znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapii

Celina kojarzyła biblioterpię z czytaniem książek w celu poprawy samopoczucia: *„Tak, czyli to czytanie książek, tak?”* W rozmowie przyznała, że czytała książki w ramach własnych zainteresowań, najczęściej były to powieści przygodowe lub romanse: *„Przygodowe albo czasami jakieś romansidła. Lekkie takie.”* Sporadycznie sięgała również



po poradniki, zwłaszcza te związane z gospodarstwem domowym, ale nie miała wcześniejszego doświadczenia z poradnikami psychologicznymi: „*Poradnikowe? Raczej takie, jeżeli związane coś jest z gospodarstwem domowym.*” Wyraziła otwartość na możliwość udziału w biblioterapii w kontekście psychologicznym, podkreślając, że była ciekawa nowego doświadczenia: „*Okej. No to nie jeszcze. Nie miałam doświadczenia. (...) Będzie możliwość spróbować.*” Jej wiedza na temat psychoterapii oraz CBT była podstawowa. Przyznała, że wcześniej nie słyszała o tych formach pomocy psychologicznej. Można uznać że jej postawa wobec nowych form wsparcia psychologicznego, takich jak biblioterapia w modelu CBT, była pozytywna. Celina wyraziła gotowość do eksplorowania nowych metod oraz otwartość na rozwój i poszukiwanie sposobów na poprawę jakości życia.

- Lęk i zamartwianie

Celina przyznała, że okresowo doświadczała lęków i obaw związanych z różnymi aspektami swojego życia, w szczególności zdrowiem, pracą oraz rodziną. Jednym z głównych źródeł lęku była możliwość nawrotu choroby nowotworowej. Wyrażała również niepewność co do skuteczności zmienianych leków: „*Nawet zmiana leku, ja tak naprawdę do końca nie jestem pewna, czy dobry, czy dobrze to dla mojego organizmu.*” Lęki związane z pracą dotyczyły zarówno stabilności zatrudnienia, jak i możliwości utraty pozycji w wyniku zmian w kierownictwie lub rekrutacji nowych pracowników: „*Czasami mam lęk na przykład taki, co będzie ze mną, jak na przykład będzie permittering, czyli będzie okres, kiedy nie będzie pracy.*” Podkreślała również swoją obawę, że z powodu barier językowych mogłaby być zastąpiona przez bardziej kompetentnych pracowników: „*Mogą sobie znaleźć osobę, która po prostu lepiej rozmawia, lepiej pisze, jest bardziej wydajniejsza w pracy.*” W sferze rodzinnej Celina martwiła się o relacje w rodzinie, szczególnie podczas konfliktów między bliskimi: „*To jest głównie to, jak wiesz, duże są napięcia (...) jeden powie coś, drugi zaczyna się wtrącać i jest afera. A ja siedzę i tylko tak patrzę.*” Przyznała, że w takich sytuacjach często nie wiedziała, czy powinna interweniować, czy wycofać się: „*Czuję się wtedy taka... nie wiem, jak bym mogła pomóc, żeby nie zaszkodzić.*” Pomimo tych trudności Celina próbowała radzić sobie z lękami, stosując strategie polegające na pozytywnym myśleniu i minimalizowaniu zamartwiania się: „*Czasami myślę sobie, że jakoś to będzie. Że inni mogą mieć gorzej.*” Jednak przyznała, że zdarzało jej się odczuwać narastający lęk, szczególnie w sytuacjach wymagających publicznych wystąpień, które wywoływały u niej silny dyskomfort: „*Szczególnie bardzo się denerwuję, jak mam coś mówić. Stres taki związany z prezentacją.*” Wyraziła również potrzebę kontaktu z innymi osobami, które miały podobne doświadczenia,



szczególnie w kontekście powrotu do pracy po chorobie, co być może mogłoby skutkować obniżeniem lęku związanego z doświadczeniem choroby. Wskazała, że takie spotkania mogłyby pomóc jej poczuć się lepiej i dać wsparcie emocjonalne: *„Spotkanie osób, które mają podobne... taki problem, tak? (...) Jak one przechodzą to krok po kroku.”*

- Stres

Stres w życiu Celiny był obecny, lecz rzadko przybierał intensywną formę. Kobieta wskazywała, że w codziennym życiu unikała eskalacji konfliktów i raczej starała się ich nie rozwijać: *„Nie rozwijam tematu, nie naciskam. Wyciszam raczej.”* Podobnie postępowała w relacjach rodzinnych, starając się nie ingerować w spory bliskich: *„Jeżeli dzieci się kłócą, to ja raczej nie ingeruję w to.”* W sytuacjach zawodowych czuła się bardziej komfortowo w zadaniach związanych z codzienną pracą, natomiast stresowały ją problemy techniczne, które wymagały kontaktu z działem IT. Były one szczególnie wymagające ze względu na konieczność przygotowania się do rozmowy i użycia języka norweskiego: *„Muszę sobie poukladać w głowie, co mam powiedzieć, o co zapytać, w jakim języku.”* Zauważyła też, że stres w życiu codziennym rzadko miał istotny wpływ na jej ogólne samopoczucie: *„Obecnie? No to nie ma. (...) Tak ogólnie, no to nie ma co się stresować.”* Przyznała jednak, że w przeszłości stresowała ją konieczność dostosowania się do nowych warunków życia w Norwegii, w tym nauka języka i załatwianie spraw administracyjnych. Podkreślała również, że jej podejście do stresu opierało się na samokontroli i refleksji. Nie była osobą impulsywną i unikała gwałtownych reakcji: *„Nie jestem jakąś wybuchową osobą, żeby walnąć w stół czy krzyknąć. Panuję nad tym.”* Taka postawa wynikała zarówno z jej charakteru, jak i wychowania, w którym istotną rolę odgrywały spokojne relacje rodzinne: *„Patrzę na moją mamę, która jest bardzo łagodną osobą.”* Stres był dla badanej częścią codziennego życia, z którym potrafiła sobie radzić, choć zauważyła, że mogłaby bardziej otwarcie wyrażać swoje potrzeby i oczekiwania, co mogłoby pomóc jej w budowaniu lepszych relacji z bliskimi.

- Depresja

Celina zaprzeczyła, aby kiedykolwiek miała zdiagnozowaną depresję, choć zauważyła, że mogła doświadczyć trudniejszych momentów w życiu, które mogły mieć podobny charakter: *„A może doświadczałam, a nie było to zdiagnozowane, ja nie wiem po prostu.”* Przyznała jednak, że nie odczuwała potrzeby nadmiernego analizowania swojego stanu psychicznego w takich sytuacjach: *„Nie panikuję. No życie samo pokaże, czy będę potrzebowała specjalisty, czy nie.”* Podkreślała, że w trudnych chwilach przyjmowała



postawę wyczekującą, unikając działania prewencyjnego: „*Wolę czekać, aż coś się wydarzy.*” Taka strategia wynikała z jej przekonania, że nie zawsze ma możliwość zapobiegania trudnościom w swoim życiu, a czasem lepiej pozwolić sytuacji się rozwinąć, zamiast próbować ją kontrolować. Pozytywnie nastawianie do życia, pozwalało jej utrzymywać stabilne samopoczucie i unikać długotrwałych negatywnych stanów emocjonalnych: „*Ja z reguły jestem osobą pozytywną.*” Mimo to wspomniała, że trudne doświadczenia życiowe, takie jak choroba, mogły wpływać na jej emocje, choć w większym stopniu niż depresja, wywoływały one u niej lęk i obawy związane z przyszłością. Ogólnie rzecz biorąc, Celina nie zgłaszała objawów depresji w przeszłości ani w chwili obecnej. Jej podejście do problemów charakteryzowało się racjonalnością i wyważonym stosunkiem do trudnych emocji.

- **Złość**

Celina opisywała siebie jako osobę łagodną, która rzadko doświadczała złości i starała się jej unikać. Przyznała, że nie widziała sensu w złości i traktowała ją jako emocję, która nie przynosi korzyści: „*Nie mam złości w sobie. Uważam, że to bez sensu. Po co się złościć?*” W relacjach z bliskimi również nie odczuwała potrzeby wyrażania złości, podkreślając, że woli unikać konfrontacji i działać w sposób bardziej wyważony: „*Nie złoścę się. Panuję nad tym.*” W sytuacjach zawodowych oraz codziennych Celina stosowała strategię wyciszania swoich emocji i unikania eskalacji konfliktów: „*Ja raczej się odcinam. Wyciszam. Nie myślę o tym.*” Takie podejście pozwalało jej na zachowanie spokoju i unikanie impulsywnych reakcji, które mogłyby prowadzić do nieporozumień lub eskalacji sytuacji stresujących. Celina wskazywała, że jej umiejętność radzenia sobie z emocjami, w tym złością, mogła być związana z jej temperamentem oraz wzorcami wyniesionymi z domu rodzinnego: „*Patrzę też na moją mamę. Ona jest taką bardzo łagodną osobą.*” Zauważyła jednak, że nie wszystkie osoby w jej otoczeniu podzielały tę cechę, co czasami mogło stanowić wyzwanie w relacjach interpersonalnych. Mimo że Celina deklarowała rzadkie doświadczanie złości, wspomniała o sytuacjach, w których niepowodzenia w codziennych obowiązkach mogły powodować u niej chwilowe zdenerwowanie. Jednak nawet w takich przypadkach starała się nie reagować impulsywnie: „*Nie jestem jakąś wybuchową osobą, żeby walnąć w stół czy krzyknąć.*” Podsumowując, Celina radziła sobie ze złością poprzez unikanie jej eskalacji, samokontrolę oraz wyciszanie emocji. Taka strategia wynikała zarówno z jej osobowości, jak i wyuczonych wzorców zachowań.

- **Poczucie własnej wartości**



Celina oceniała swoje poczucie własnej wartości jako wysokie, na poziomie 8 w skali od 1 do 10: „*Czuję, że jestem osobą wartościową, ale może nie okazuję aż tak tego.*” Przyznała jednak, że jej nieśmiałość mogła wpływać na trudności w wyrażaniu tej wartości w relacjach z innymi: „*To, to że może trochę jestem nieśmiałą osobą.*” Z czasem, w czasie migracji poczucie własnej wartości Celiny ulegało poprawie, co było związane z jej doświadczeniami zawodowymi i życiowymi. Podkreślała, że powrót do pracy po chorobie przyczynił się do wzmocnienia jej wiary w siebie: „*To mi dało takie poczucie wartości, że jednak jestem jeszcze potrzebna. Mogę coś zrobić i bardziej się rozwijać umysłowo.*” Nowa rola w pracy, związana z nauką obsługi komputera i komunikacją w międzynarodowym środowisku, była dla niej wyzwaniem, ale jednocześnie budowała jej poczucie kompetencji. Celina zauważyła, że jej poczucie wartości było niższe w początkowych latach pobytu w Norwegii, kiedy musiała mierzyć się z trudnościami adaptacyjnymi: „*Myszę, że było mniejsze, na poziomie 6.*” Z czasem jednak doświadczenie życiowe, lepsze zrozumienie lokalnych realiów oraz rozwój osobisty przyczyniły się do jego wzrostu: „*Wzrosło na przestrzeni lat, bo mam inny tok myślenia. Doświadczenia życiowe dużo dają.*” Celina uważała, że obecnie nie odczuwa potrzeby dalszych zmian w obszarze poczucia własnej wartości, ceniąc stabilność, jaką udało jej się osiągnąć: „*Na razie jest mi dobrze tak, jak jest.*” Przyznała jednak, że czasem obawia się wprowadzania zmian, ponieważ wiąże je z ryzykiem pogorszenia obecnej sytuacji: „*Jak się chce coś zmienić, to może być jeszcze gorzej.*” Podsumowując, poczucie własnej wartości Celiny było kształtowane przez jej doświadczenia zawodowe, relacje społeczne oraz osobiste osiągnięcia. Choć czasami mierzyła się z nieśmiałością, jej ogólne postrzeganie siebie było pozytywne, a stabilność i rozwój w życiu zawodowym stanowiły dla niej istotne źródło wzmocnienia.

- Migracja

Migracja do Norwegii była dla Celiny znaczącym wydarzeniem w jej życiu, które w istotny sposób wpłynęło na jej funkcjonowanie zawodowe, rodzinne oraz psychiczne. Decyzja o przeprowadzce była przede wszystkim motywowana względami ekonomicznymi: „*Przede wszystkim ekonomiczne. Małe perspektywy w Polsce, niska płaca, niemożliwość takie, żeby można było sobie kupić mieszkanie czy już dom.*” Pobyt w Norwegii spełnił oczekiwania Celiny oraz jej rodziny, szczególnie w kontekście poprawy sytuacji materialnej i życiowej: „*Spełnił i szczerze mówiąc, no dużo nam to tutaj pomogło.*” Kobieta podkreślała, że decyzja ta była początkowo podejmowana z myślą o lepszej przyszłości dzieci, jednak z czasem zauważyła, że także dla niej i jej męża migracja przyniosła korzyści: „*Z czasem się*



troszeczkę też zmieniło, bo jednak jesteście trochę też i dla siebie.” Przyjazd do Norwegii wiązał się jednak z wieloma wyzwaniami, zwłaszcza w początkowym okresie. Celina wspominała o trudach związanych z załatwianiem spraw administracyjnych, barierami językowymi oraz brakiem dostępu do nowoczesnych technologii: *„Na początku były jakieś zawirowania, chodzenie po urzędach, załatwianie tego wszystkiego. Wiadomo, tu jeszcze nie znamy języka, nie było wtedy Internetu.*” Dodatkowym wyzwaniem było odnalezienie się w systemie norweskiej administracji, który początkowo wydawał się skomplikowany: *„Nie wiedziałam na jak długo mogę mieć ten numer. Czy na pół roku, czy na rok, czy na stały.”* Wsparcie w adaptacji Celina otrzymywała przede wszystkim od Polaków, którzy już wcześniej osiedlili się w Norwegii. To właśnie dzięki ich pomocy udało jej się pokonać wiele trudności, takich jak wypełnianie dokumentów czy organizacja przedszkola dla dziecka: *„To byli Polacy, Polki, które wcześniej były tutaj. Gdyby nie oni, ciężko by było.”* Migracja przyniosła Celinie także pozytywne zmiany w sposobie życia, w tym większą aktywność fizyczną inspirowaną stylem życia Norwegów: *„Tu jak obserwuję Norwegów, jak oni żyją, że chodzą na spacer, ćwiczą, to bardziej tak motywuje.”* Badana podkreślała, że uczestnictwo w norweskiej kulturze i tradycjach było dla niej istotne, szczególnie w kontekście wychowywania dzieci: *„Tym bardziej, jeżeli dzieci chodzą do szkoły, to trzeba się udzielać, brać udział w różnych wydarzeniach.”* Jednocześnie dbała o podtrzymywanie polskiej tożsamości, organizując w domu polskie święta i rozmawiając z dziećmi w języku polskim. Celina realizowała więc strategię integracji według modelu Berry’ego, ponieważ aktywnie zachowuje swoją polską tożsamość kulturową poprzez organizowanie polskich świąt i używanie języka polskiego w domu, jednocześnie angażując się w życie społeczne i kulturowe Norwegii poprzez naukę języka norweskiego oraz uczestnictwo w lokalnych inicjatywach. Jej postawa nie dążyła do całkowitego zanurzenia się w kulturze norweskiej ani do wycofania się z niej, lecz starała się harmonijnie łączyć oba światy, co może świadczyć o próbie pogodzenia własnych korzeni z nowym środowiskiem. Choć Celina wyraziła myśl o powrocie do Polski na emeryturę, przyznała, że jej dzieci najprawdopodobniej pozostaną w Norwegii: *„Dzieci to już raczej nie wrócą. Tu będą żyć. A może w innych krajach, czas pokaże.”* Podsumowując, migracja była dla Celiny doświadczeniem wielowymiarowym. Choć wiązała się z wyzwaniami i początkowym stresem, ostatecznie przyniosła stabilność materialną, lepsze perspektywy dla dzieci oraz możliwość rozwoju zawodowego i osobistego. Celina dostrzegała zarówno konieczność integracji z norweską społecznością, jak i wartość podtrzymywania polskiej kultury w nowym kraju.



- Praca

Praca odgrywała kluczową rolę w życiu Celiny, zarówno pod względem materialnym, jak i psychologicznym. Była źródłem satysfakcji, poczucia wartości i stabilności. Celina przez większość swojego życia zawodowego była związana z fabryką, w której rozpoczęła pracę zaraz po przyjeździe do Norwegii. Choroba, z którą Celina się zmagала, wpłynęła na jej zdolność do pracy, co zmusiło ją do ograniczenia aktywności zawodowej. Jednak dzięki wsparciu pracodawcy i dostosowaniu stanowiska pracy, mogła wrócić do pracy w ograniczonym zakresie: „*Organizują dla mnie jakby przystosowanie stanowiska pracy do moich możliwości.*” Taka postawa ze strony fabryki sprawiła, że Celina czuła się doceniona i potrzebna: „*Nie powiedzieli mi dziękujemy, nie mamy dla ciebie pracy, tylko powiedzieli, że musimy wszystko zrobić, żebyś mogła wrócić.*” W czasie przeprowadzania wywiadu Celina pracowała na część etatu, trzy razy w tygodniu po trzy godziny, wykonując zadania związane z przygotowaniem kursów dla nowych pracowników oraz wsparciem ich adaptacji: „*Pracuję z osobami, które prowadzą kursy z nowymi osobami, a ja jestem od tego, żeby przygotować...*” Zmiana charakteru pracy była dla Celiny okazją do rozwoju umiejętności, takich jak obsługa komputera czy komunikacja w międzynarodowym środowisku: „*Nigdy nie miałam do czynienia z komputerami, teraz małymi krokami się uczę.*” Praca w zróżnicowanym kulturowo zespole była również szansą na doskonalenie języka norweskiego i angielskiego: „*Ćwiczę język norweski, ale bardziej angielski, bo nowe osoby przychodzą i rozmawiamy po angielsku.*” Pomimo wyzwań związanych z powrotem do pracy, Celina zauważyła, że jej obecne stanowisko zawodowe miało pozytywny wpływ na jej samopoczucie i poczucie wartości: „*To mi daje satysfakcję, że jednak nie jestem tym ostatnim człowiekiem.*” Praca była dla niej także źródłem codziennej radości, wynikającej z kontaktów z innymi ludźmi oraz możliwości rozwoju: „*Jak widzę zadowolone osoby, które ze mną rozmawiają, to daje dużo takiego poczucia wyższego samopoczucia.*” Podsumowując, praca stanowiła istotny element życia Celiny, wpływając na jej dobrostan psychiczny i materialny. Dzięki wsparciu pracodawcy oraz własnym wysiłkom Celina mogła powrócić do aktywności zawodowej po chorobie, co przyczyniło się do jej rozwoju osobistego i wzmocnienia poczucia wartości.

- Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne wydaje się, że odegrało kluczową rolę w życiu Celiny, zarówno w okresie adaptacji do życia w Norwegii, jak i podczas zmagania z chorobą oraz powrotu do aktywności zawodowej. Celina korzystała z pomocy różnych osób i instytucji, które



wspierały ją w pokonywaniu trudności związanych z nowym otoczeniem, zdrowiem i pracą. W pierwszych latach po przyjeździe Celina mogła liczyć na pomoc innych Polaków, którzy już wcześniej osiedlili się w Norwegii: *„To byli Polacy, Polki, które wcześniej były tutaj. Gdyby nie oni, ciężko by było.”* Osoby te pomagały jej w wypełnianiu dokumentów, organizacji przedszkola dla dzieci czy radzeniu sobie z administracyjnymi procedurami. Ich wsparcie było szczególnie istotne w okresie, gdy Celina nie znała jeszcze języka i brakowało jej wiedzy o lokalnym systemie: *„Dzięki ich pomocy udało się załatwić przedszkole od września, choć dopiero przyjechaliśmy w lipcu.”* Celina doceniała także wsparcie sąsiadów i innych Norwegów. Szczególnie wspominała sąsiadkę, która pomogła jej w załatwieniu formalności związanych z przedszkolem, a także oferowała pomoc w codziennych sprawach: *„Sąsiadka rozmawiała ze swoją siostrą, która działała w przedszkolu, i wypełniała dokumenty za mnie.”* Podczas choroby Celina również mogła liczyć na zainteresowanie ze strony Norwegów, w tym osób z lokalnej społeczności oraz współpracowników: *„Na święta dostałam ciasto, ktoś mi przyniósł, bo wiedział, że nic nie mogę zrobić.”* Rodzina Celiny, zarówno mieszkająca w Norwegii, jak i w Polsce, stanowiła istotne źródło wsparcia emocjonalnego i praktycznego. Podczas choroby rodzina pomagała w domu, interesowała się jej zdrowiem i zapewniała poczucie bliskości: *„Pytali się zawsze, jak się czuję, pomagali w domu.”* Znajomi również okazywali pomoc w trudnych chwilach, co dodatkowo wzmacniało jej poczucie przynależności i akceptacji. Celina korzystała ze wsparcia norweskiego systemu opieki zdrowotnej, który zapewnił jej dostęp do niezbędnych świadczeń medycznych, takich jak biopsje, badania i leczenie: *„Miałam duże wsparcie, wszystko mi się należało, nie odczułam, że jestem traktowana gorzej, bo jestem Polką.”* W czasie leczenia mogła również liczyć na kontakt z osobą wspierającą pacjentów onkologicznych, która oferowała rozmowy i pomoc: *„Dzwoniła pani, pytała się, jak się czuję, czy potrzebuję jakiegoś wsparcia.”* Pracodawca Celiny wykazał się dużym zrozumieniem i wsparciem, dostosowując stanowisko pracy do jej możliwości po chorobie: *„Fabryka organizowała dla mnie przystosowanie stanowiska pracy do moich możliwości.”* Dzięki temu Celina mogła wrócić do aktywności zawodowej w ograniczonym zakresie, co miało pozytywny wpływ na jej samopoczucie i poczucie wartości. Podsumowując, wsparcie społeczne było podstawą w życiu Celiny, zarówno w okresie adaptacji do nowego kraju, jak i w trudnych momentach związanych z chorobą i pracą. Zarówno pomoc od Polaków, Norwegów, rodziny, znajomych, jak i instytucji sprawiła, że Celina mogła skutecznie radzić sobie z wyzwaniami, jakie napotkała, i odzyskać stabilność emocjonalną oraz zawodową. Wsparcie to wzmocniło jej poczucie przynależności do społeczności i budowało zaufanie do ludzi.



- Inne

Celina podkreślała różne aspekty życia, które wykraczały poza główne kategorie, i miały istotny wpływ na jej funkcjonowanie i podejście do codziennych wyzwań. Życie w Norwegii zmotywowało Celinę do większej aktywności fizycznej. Obserwując styl życia Norwegów, starała się wprowadzać podobne nawyki, takie jak spacerowanie czy ćwiczenia: *„Patrząc na Norwegów, jak oni żyją – chodzą na spacer, ćwiczą – to motywuje, żeby wyjść z domu i coś porobić.”* Wyraziła także chęć zaangażowania swojego męża w aktywności fizyczne: *„Wyciągnąć męża na ćwiczenia – siłą perswazji.”* Przywiązywała dużą wagę do zachowania polskiej tożsamości i tradycji, szczególnie w kontekście wychowywania dzieci. Organizowała polskie święta i mówiła w domu w języku polskim: *„Powinno się pamiętać, że jest się Polakiem, rozmawiać z dziećmi w domu po polsku, świętować dni polskie.”* Jednocześnie uważała, że integracja z norweską kulturą jest równie istotna, szczególnie dla dzieci uczęszczających do lokalnych szkół: *„Trzeba się udzielać w szkole i brać udział w świętach, żeby dzieci widziały, że chcemy pielęgnować norweską tradycję.”* Celina była ostrożna wobec zmian w życiu, wyrażając obawy związane z niepewnością i ryzykiem: *„Czasami myślę, że jak się chce coś zmienić, to może być gorzej.”* Dotyczyło to zarówno decyzji zawodowych, jak i życiowych, takich jak zmiana miejsca zamieszkania czy większe wydatki. Pomimo licznych trudności, Celina zachowywała pozytywne podejście do życia. Wyzwania traktowała jako część codzienności, z którą trzeba sobie radzić: *„A tak miało być. Patrząc na innych, którzy mają gorzej, myślę, że nie jest tak źle.”* Jej optymizm pomagał jej przezwyciężać trudne chwile, szczególnie w kontekście choroby czy wyzwań zawodowych. Celina ceniła sobie dobre relacje z sąsiadami, które opisywała jako serdeczne i wspierające. Wspólne inicjatywy, takie jak spotkania sąsiedzkie, budowały poczucie wspólnoty i wzajemnego wsparcia: *„Mamy spotkania sąsiedzkie, rozmawiamy o sprawach praktycznych, ale atmosfera jest przyjemna i sympatyczna.”* Szczególnie podkreślała, że sąsiedzi pomagali jej w trudnych sytuacjach, takich jak zalokowanie rodziny czy wsparcie w codziennych obowiązkach. Podsumowując Celina opisywała siebie jako osobę, która pomimo wyzwań starała się zachować równowagę między różnymi aspektami życia. Dbła zarówno o zachowanie swojej polskiej tożsamości, jak i o integrację z norweską kulturą. Jej życie było zrównoważone dzięki wsparciu społeczności, pozytywnemu nastawieniu i zdolności do adaptacji. Jej refleksje na temat życia i relacji międzyludzkich wskazywały na dojrzałość emocjonalną i umiejętność odnajdywania harmonii w wielowymiarowym środowisku, w jakim przyszło jej funkcjonować.



Wyłonione słowa kluczowe

Łącznie transkrypcja badania z Celiną składała się z 9616 słów, przy czym użyto list wykluczeń, co pozwoliło na oczyszczenie materiału z zaimków, przymków oraz innych często występujących, lecz semantycznie mniej istotnych wyrazów, zarówno w języku polskim, jak i norweskim. W tekście najczęściej wystąpiło słowo: „wiem” ($n = 50$), co mogło oznaczać, że osoba badana poszukiwała pewności wiedzy lub starała się ją potwierdzać. Kolejnym z 10 najczęstszych wyrazów było „bardziej” ($n = 42$), mogące wskazywać na potrzebę porównań lub stopniowania opinii. Następnym słowem było „prostu” ($n = 41$), co może sugerować dążenie do uproszczeń lub klarowności wypowiedzi. Czwartym najczęstszym słowem okazało się „jakieś” ($n = 38$), które może wskazywać na pewien poziom nieokreśloności lub uogólnienia. Piątym słowem było „myślę” ($n = 35$), sugerujące refleksyjne lub introspektywne nastawienie badanej osoby. Szóstym najczęściej używanym wyrazem było „pracy” ($n = 32$), co potwierdza zakotwiczenie treści w obszarze związanym z aktywnością zawodową. Siódmym słowem było „lepiej” ($n = 24$), co może oznaczać dążenie do poprawy lub porównywanie obecnego stanu z pożądanym. Ósme miejsce zajął wyraz „jakiś” ($n = 23$), podobnie jak „jakieś” sugerujący pewien poziom nieokreśloności. Dziewiątym najczęstszym słowem było „masz” ($n = 21$), co może odzwierciedlać bezpośrednie zwroty do odbiorcy lub formę dialogu. Dziesiątym słowem było „raczej” ($n = 19$), wskazujące na pewną niepewność lub ostrożne formułowanie sądów w kontekście badanych zagadnień (por. rys. 4).

Rysunek 4

Chmura słów występujących w badaniu, im większe słowo tym częściej występowało w analizowanym materiale



3.3.2 *Pre i post test: Celina*

Po przeprowadzeniu badania Celiny otrzymano w badaniu testem PSS10 wyniki dla pre 27 i post 18 ze zmianą -9. Przy badaniu testem BDI-II otrzymane wyniki dla pre 16 i post 2 ze zmianą -14 pomiędzy nimi. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali S-ANG w podskali F uzyskano wynik 6 w pre, a w post 5, ze zmianą -1. Dla podskali V dla pre 5 i dla post 5, ze zmianą 0. Dla podskali P dla pre uzyskano 5 i dla post taki sam wynik ze zmianą 0. Podsumowując, dla skali S-ANG otrzymano wyniki dla pre wynoszący 16, a dla post wynik 15, dając zmianę na poziomie -1 dla S-ANG. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali T-ANG w podskali T pre dało 5, a dla post wynik 6, dając zmianę 1. Dla podskali R dla pre wynik wynosił 8, a dla post 7, ze zmianą -1. Dla podskali w pre teście uzyskany wynik wyniósł 3, a w post teście 2, dając zmianę na poziomie -1. Łącznie T-ANG wyniósł w pre teście 16, a w post 15, dając zmianę -1. W skali STAXI-2 AE-AC dla podskali A/O w pre uzyskany wynik to 17, a dla post 11, dając zmianę -6. Dla podskali A/I w pre uzyskany wynik to 19, a dla post 15, dając zmianę -4. Dla podskali C/O było odpowiednio 2 i 2, dając zmianę końcową 0. Dla podskali C/I uzyskany wynik dla pre wyniósł 22, a dla post 23, dając zmianę 1. Dało to łącznie wskaźnik AX dla pre na poziomie 60 i 49 dla post testu, zmiana wyniosła więc dla tej skali -11. Podsumowując wyniki dla PSS10, można zauważyć redukcję wyniku o -9, co może wskazywać na zmniejszenie odczuwanego poziomu stresu. W badaniu BDI-II nastąpiła zmiana wyniku o -14, co może sugerować istotne zmniejszenie objawów depresyjnych po interwencji. W teście STAXI-2 w skali S-ANG zarejestrowano niewielki spadek dla podskal, dając łączną zmianę wyników w skali S-ANG na poziomie -1, co może oznaczać zmniejszenie intensywności przeżywania chwilowego gniewu. W skali T-ANG otrzymano zróżnicowane wyniki, dając łączną zmianę dla T-ANG na poziomie -1, co może wskazywać na niewielkie zmiany w poziomie złości rozumianej jako cecha. Dla skali AX w teście STAXI-2 otrzymano łączną zmianę na poziomie -11, co może wskazywać na spadek w ekspresji złości i wzrost w jej kontroli. Na podstawie zebranych danych testowych można wnioskować, że interwencja biblioterapeutyczna dała znaczące zmiany w kilku obszarach emocjonalnych i poznawczych, poprzez zmniejszenie odczuwanego stresu, redukcję objawów depresyjnych oraz poprawę w zarządzaniu złością (por. tab.12).

Tabela 12



Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Celiny

Test	PSS10	BDI-II	STAXI-2 S-ANG				STAXI-2 T-ANG			STAXI-2 AE-AC					
			F	V	P	SUM	T	R	SUM	A/O	A/I	C/O	C/I	AX	
pre	27	16	6	5	5	16	5	8	3	16	17	19	2	22	60
post	18	2	5	5	5	15	6	7	2	15	11	15	2	23	49
zmiana	-9	-14	-1	0	0	-1	1	-1	-1	-1	-6	-4	0	1	-11

3.4.1 Studium przypadku: Katarzyna

Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego.

Wywiad został przeprowadzony w domu Katarzyny i przebiegł zgodnie z wcześniej ustalonym planem. Katarzyna wykazała zainteresowanie i otwartość wobec badania. Przed wywiadem oraz po jego zakończeniu angażowała się w aktywności związane z prowadzeniem domu, co podkreślało jej codzienny rytm życia. Podczas rozmowy była uważna i starannie odpowiadała na pytania, wykazując zaangażowanie i pozytywne nastawienie. Zaznaczyła, że uczestniczy w badaniu, aby wesprzeć jego realizację. Jej emocje były spójne z wyrażanym afektem, a odpowiedzi odzwierciedlały zarówno chęć dokładnego przedstawienia swojej perspektywy, jak i szczerą w podejmowanych refleksjach. Katarzyna chętnie zadawała pytania, gdy potrzebowała dodatkowych wyjaśnień, co świadczyło o jej aktywnym udziale w procesie badawczym. Ogólnie rzecz biorąc, przebieg wywiadu charakteryzował się dobrą atmosferą, sprzyjającą pogłębionej analizie doświadczeń badanej (por. tab. 13).

Tabela 13

Katarzyna – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego

Pseudonim	Katarzyna
Wiek	≥ 40
Wykształcenie	Wyższe
W związku	Małżeństwo
Dzieci	≥2
Zatrudnienie	Stała umowa o pracę
Na stałe w Norwegii	Tak

Dominującymi tematami w rozmowie z Katarzyną były zagadnienia związane z kategorią Migracja, gdzie dominujące kody *Pobyt w Norwegii* oraz *Strategie adaptacji*



osiągnęły po 4,7% całości kodów (por. tab. 14 i rys. 5). Katarzyna szczegółowo omawiała kwestie związane z procesem adaptacji do nowego środowiska, podkreślając zarówno wyzwania, jak i pozytywne aspekty życia w Norwegii. Jej narracja obejmowała refleksje na temat zmian w codzienności i strategii, które umożliwiły jej skuteczne przystosowanie się do nowych warunków. Kolejnym ważnym wątkiem była Praca, gdzie kod *Praca jako temat* stanowił 4,0% całości kodów. Katarzyna zwracała uwagę na rolę pracy w jej życiu zawodowym i osobistym, omawiając zarówno doświadczenia związane z jej wykonywaniem w Norwegii, jak i różnice w kulturze pracy między Polską a Norwegią. Praca była przez nią postrzegana jako kluczowy element integracji i stabilizacji w nowym kraju. W kategorii Socjodemograficzne istotnymi kodami były *Krewni* (3,8%) oraz *Rodzina* (3,4%). Katarzyna podkreślała znaczenie wsparcia rodzinnego w procesie adaptacji, szczególnie w kontekście relacji z bliskimi w Polsce i w Norwegii. Jej wypowiedzi ukazywały, jak istotną rolę odgrywała rodzina w jej codziennym życiu i radzeniu sobie z wyzwaniami migracyjnymi. Kategoria Migracja była również reprezentowana przez kod *Polska a Norwegia, różnice* (3,2%). Katarzyna szczegółowo opisywała kontrasty między obiema kulturami, co umożliwiało lepsze zrozumienie jej doświadczeń migracyjnych. Te refleksje były związane z jej postrzeganiem zarówno zalet, jak i trudności wynikających z życia w Norwegii. W kategorii Emocje i samopoczucie kod *Czas wolny* (3,1%) wskazywał na znaczenie aktywności rekreacyjnych w życiu Katarzyny. Czas wolny był przez nią opisywany jako istotny element dbania o równowagę psychiczną i czerpania satysfakcji z życia w Norwegii. Kolejną istotną kategorią była Migracja, gdzie kod *Strategia akulturacji* (2,9%) ukazywał, jak Katarzyna radziła sobie z procesem przystosowania do nowej kultury. Jej narracja obejmowała opisy strategii radzenia sobie z trudnościami oraz budowania relacji z lokalną społecznością. Podsumowując, analiza kodowa wywiadu z Katarzyną ukazała, że dominującymi wątkami były refleksje dotyczące migracji, pracy oraz relacji rodzinnych. Jej doświadczenia migracyjne, strategie adaptacyjne oraz porównania kultur Polski i Norwegii stanowiły spójny obraz jej życia w Norwegii, wzbogacając analizę na temat procesu adaptacji w nowym środowisku.

Rysunek 5

Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Katarzyną





Tabela 14

Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach

Kategoria	Kod	Liczebność	% Kodów
Migracja	Pobyt w Norwegii	26	4,70
Migracja	Strategie adaptacji	26	4,70
Praca	Praca jako temat	22	4,00
Socjo demograficzne	Krewni	21	3,80
Socjo demograficzne	Rodzina	19	3,40
Migracja	Polska a Norwegia, różnice	18	3,20
Emocje i samopoczucie	Czas wolny	17	3,10
Migracja	Strategia akulturacji	16	2,90
Socjo demograficzne	Dzieci	16	2,90

- Demograficzne

Katarzyna od więcej niż 10 lat mieszka w Norwegii, gdzie przeprowadziła się za miłością – jej mężem, który mieszkał tam już wcześniej. Obecnie mieszka razem z nim i ich dziećmi razem we własnym domu. Katarzyna pochodzi z Polski, gdzie ukończyła studia na, uzyskując wyższe wykształcenie. Po przyjeździe do Norwegii odbyła wymagany kurs językowy. W rozmowie podkreślała, że utrzymuje bliskie relacje z rodziną w Polsce, odwiedzając ją regularnie, oraz że jej dom w Norwegii pozostaje otwarty dla gości – zarówno polskich, jak i innych narodowości. Katarzyna mieszka w Norwegii od długiego czasu, zachowuje silne poczucie przynależności narodowej, zaznaczając, że zarówno ona, jak i jej rodzina, postrzegają siebie jako Polaków. Dzieci również są wychowywane z dużym naciskiem na podtrzymywanie polskiej tożsamości kulturowej, co wyraża się w obchodzeniu polskich świąt, nauce języka polskiego oraz kultywowaniu tradycji. Duży udział w



kultywowaniu tej tradycji miała jej krewna, która mieszka blisko jej domu. Pomimo posiadania norweskiego obywatelstwa, które uzyskała po mężu, Katarzyna podkreśla, że nie ma ono dla niej większego znaczenia w kontekście jej tożsamości.

- Doświadczenie życiowe

Katarzyna opisywała swoje doświadczenie życiowe jako pełne wyzwań, które stopniowo prowadziły do stabilizacji i satysfakcji. Decyzja o migracji do Norwegii była dla niej przede wszystkim związana z miłością. Przyjechała tam, by zamieszkać ze swoim przyszłym mężem, który już od wielu lat mieszkał w Norwegii: *„Ja przyjechałam do Norwegii nie za pracą, a za miłością.”* Katarzyna wspominała, że adaptacja do życia w Norwegii była dla niej stosunkowo łatwa, głównie dzięki wsparciu męża, który już znał realia życia w tym kraju: *„To wszystko było zdecydowanie łatwiejsze, bo mój mąż już tu był, pracował i znał język.”* Badana nie postrzega swojej migracji jako zmiany kulturowej czy odcięcia od polskich korzeni, lecz jako naturalny element otwartego świata: *„Nie mam tego, że mieszkam gdzie indziej. Mieszkam po prostu u siebie. To nie ma dla mnie znaczenia, czy to jest Hiszpania, Francja. Tu, gdzie założyłam swój dom, jestem po prostu u siebie.”* Jej podejście do migracji charakteryzuje się otwartością na nowe doświadczenia oraz silnym zakorzeniem w polskiej tożsamości. W życiu Katarzyny nie brakowało decyzji wymagających odwagi i determinacji, takich jak rezygnacja z pracy w poprzedniej firmie mimo braku zabezpieczenia finansowego: *„Podjęłam ważną decyzję, żeby skończyć pracę, nie mając nic drugiego. Mieliliśmy duży kredyt na dom i na samochód, ale daliśmy radę.”* Decyzja ta, choć trudna, przyniosła Katarzynie liczne korzyści – większą bliskość z rodziną, możliwość pracy w dogodniejszych warunkach oraz lepszą organizację życia codziennego. W rozmowie Katarzyna podkreślała także swoje pozytywne podejście do życia i dążenie do zachowania równowagi pomiędzy życiem zawodowym a rodzinnym: *„Jestem bardzo zadowolona z tego, jak nam się żyje. Tego bym w Polsce nie osiągnęła.”* Katarzyna ceni niezależność finansową oraz stabilność materialną, którą udało się osiągnąć jej rodzinie dzięki pracy i życiu w Norwegii. Pomimo wyzwań związanych z migracją, Katarzyna dostrzega liczne korzyści wynikające z życia w Norwegii. Wspominała o pozytywnym wpływie na zdrowie fizyczne: *„Na pewno zaczęłam czuć się lepiej pod względem zdrowotnym. Czystsze powietrze, brak palenia – to wszystko miało znaczenie.”*

- Samopoczucie



Katarzyna opisywała swoje samopoczucie jako na ogół dobre, podkreślając, że dba o siebie zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym. Jej codzienne aktywności, takie jak regularne ćwiczenia fizyczne i spędzanie czasu na siłowni, miały kluczowy wpływ na jej samopoczucie: „*Chodzę na siłownię, co mi bardzo poprawia samopoczucie. Czasem mi się nie chce, ale mam w sobie wewnętrzną samomotywację, żeby się zebrać i poświęcić tę godzinę dla siebie.*” Katarzyna zaznaczała, że siłownia jest dla niej nie tylko formą aktywności fizycznej, ale także sposobem na poprawę kondycji i samopoczucia: „*Nawet po zmęczeniu na siłowni czuję się lepiej.*” Jednym z istotnych elementów wpływających na jej równowagę emocjonalną były aktywności na świeżym powietrzu, takie jak wycieczki czy jazda na rowerze, które wspólnie z rodziną praktykowała regularnie: „*Bardzo lubimy tury. Bardzo. Jeżdżenie na rowerze, takie sportowe rzeczy.*” Katarzyna czerpała również satysfakcję z czasu spędzanego z bliskimi na wspólnych aktywnościach, takich jak gry planszowe: „*Bardzo lubimy planszówki. Umawiamy się ze znajomymi, gramy, spędzamy razem czas.*” Mimo ogólnego zadowolenia Katarzyna przyznała, że czasami odczuwa pewne obciążenie związane z obowiązkami domowymi i brakiem wsparcia ze strony bliskich, co wpływało na jej samopoczucie: „*Złoszczę się, kiedy czuję, że nikt mi nie pomaga w domu, a ja wszystko muszę robić.*” Problemy takie były jednak epizodyczne i nie dominowały w jej codziennym życiu. Katarzyna wykazywała pozytywne nastawienie do życia i silną motywację do dbania o siebie, co stanowiło kluczowy czynnik jej dobrego samopoczucia. Zaznaczała również, że nie odczuwa potrzeby analizowania swojego stanu psychicznego: „*Nie panikuję, jak coś się dzieje. Po prostu wiem, że życie samo pokaże, czy będę potrzebowała specjalisty, czy nie.*” W sytuacjach stresujących Katarzyna stosowała praktyczne podejście, jak na przykład kontakt telefoniczny z dziećmi w celu rozwiania obaw: „*Dzwonię i dowiaduję się, gdzie są i co robią. To skutecznie obniża mój poziom lęku.*” Podsumowując, Katarzyna opisywała swoje samopoczucie jako stabilne i pozytywne, wspierane przez zdrowy styl życia, aktywności rodzinne oraz umiejętność radzenia sobie z drobnymi trudnościami dnia codziennego.

- Znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapii

Katarzyna nie posiadała wcześniejszej wiedzy na temat biblioterapii, CBT ani psychoterapii jako metod wsparcia psychologicznego. Na początku rozmowy przyznała, że pojęcia te były jej obce: „*Nie, raczej nie słyszałam o czymś takim.*” Podobnie jej znajomość psychoterapii była ograniczona, choć wspomniała, że mogła słyszeć o tej formie pomocy: „*Może coś słyszałam, ale nie raczej nie.*” Podczas wywiadu Katarzyna wyraziła zainteresowanie ideą biblioterapii jako sposobu wpływania na samopoczucie poprzez czytanie



literatury terapeutycznej. Choć nigdy nie korzystała z tego typu wsparcia, z zaciekawieniem odniosła się do możliwości zastosowania tej metody: „*To brzmi ciekawie, ale raczej nie miałam z tym styczności.*” W kontekście własnych preferencji literackich Katarzyna podkreślała, że czytała różnorodne książki, najczęściej kryminały i romanse, które traktowała jako formę relaksu: „*Czasem takie trochę kryminały, a czasem romanse. Uwielbiam na przykład Anię z Zielonego Wzgórza.*” Choć literatura terapeutyczna była jej obca, Katarzyna miała wyrobiony nawyk czytania i regularnie sięgała po nowe książki: „*Jedną w miesiącu myślę. Tak, jedną w miesiącu się zdarza.*” Podsumowując, znajomość Katarzyny w zakresie biblioterapii, CBT i psychoterapii była ograniczona, ale jej otwartość na nowe doświadczenia wskazywała na potencjalną gotowość do eksplorowania tych metod wsparcia. Czytanie książek stanowiło dla niej przyjemność i sposób na odpoczynek, co mogłoby ułatwić wprowadzenie w jej życie idei biblioterapii jako narzędzia poprawy samopoczucia.

- Lęk i zamartwianie

Katarzyna przyznała, że okresowo doświadczała lęku, który głównie wiązał się z troską o dzieci. Martwiła się o ich bezpieczeństwo, szczególnie w sytuacjach, gdy późno wracały do domu lub znajdowały się poza jej kontrolą: „*Na przykład jak późno wraca do domu, to gdzie jest, czy mu jeszcze nie ma.*” Lęk ten przejawiał się w postaci niepokoju, który Katarzyna opisywała jako odczucie fizyczne: „*Niepokojem tu gdzieś*” – wskazując na klatkę piersiową. Katarzyna starała się radzić sobie z tymi uczuciami poprzez podejmowanie konkretnych działań, takich jak kontakt telefoniczny z dziećmi, aby upewnić się, że wszystko jest w porządku: „*Dzwonię do nich i się dowiaduję, gdzie ja sam i co robię.*” Działania te były dla niej skuteczne w redukcji poziomu lęku: „*Jest skuteczne.*” Pomimo obaw związanych z dziećmi, Katarzyna podkreślała, że sama rzadko odczuwała lęk dotyczący własnej przyszłości czy przeszłości. Wyjaśniała to swoją perspektywą na życie: „*Ja w ogóle nie spostrzegam tego, żebyśmy byli na migracji. Jest po prostu... Gdzie jesteśmy, tam jesteśmy.*” Katarzyna dodała również, że jej mąż miał inny poziom lęku i bardziej luźne podejście do niektórych sytuacji, co czasami było dla niej trudne do zaakceptowania: „*On po prostu sam był kiedyś psotnym dzieckiem i wie, że czasem tak jest.*” Podsumowując, lęk w życiu Katarzyny miał głównie charakter sytuacyjny i koncentrował się na trosce o dzieci. Radziła sobie z nim poprzez podejmowanie konkretnych działań, takich jak rozmowa telefoniczna, co skutecznie obniżało poziom napięcia. Lęk związany z innymi aspektami życia, w tym migracją czy pracą, nie był dla niej istotnym problemem.



- Stres

Katarzyna wskazała, że stres w jej życiu był obecny, ale miał charakter umiarkowany i głównie sytuacyjny. Podkreśliła, że jej codzienne życie było stosunkowo spokojne, a stres pojawiał się głównie w określonych momentach. Jednym z głównych źródeł stresu była troska o dzieci, zwłaszcza gdy nie przestrzegały jej oczekiwań dotyczących obowiązków domowych: *„Jak moje dzieci nie słuchają się, złościę się. Jak nie robią tak, jak mają robić.”* Tego rodzaju frustracja mogła wywoływać krótkotrwałe napięcie, które jednak szybko ustępowało: *„U mnie jest i po prostu przechodzi.”* Innym źródłem stresu była praca zawodowa, szczególnie w kontekście wcześniejszego miejsca zatrudnienia. Katarzyna wspominała, że dojazdy do pracy oddalonej o kilka kilometrów oraz brak możliwości uczestnictwa w życiu rodzinnym były dla niej znaczącym obciążeniem: *„Trzeba było dojechać i to było dla mnie stresujące. A poza tym stresujące było dla mnie to, że nie widziałam dzieci.”* Obecne miejsce pracy, położone blisko domu, znacznie zmniejszyło jej codzienny stres: *„Pracuję teraz kilkaset metrów od domu, to jest idealne miejsce dla mnie.”* Katarzyna wspominała także o stresie związanym z decyzją o zmianie pracy, która wymagała od niej odwagi i zaakceptowania okresu niepewności: *„Musiałam podjąć ważną decyzję w swoim życiu, żeby skończyć pracę nie mając nic drugiego. Mielśmy duży kredyt na dom i na samochód.”* Pomimo obaw związanych z brakiem zabezpieczenia finansowego w początkowym okresie po odejściu z pracy, Katarzyna wyraziła zadowolenie z podjętej decyzji, która pozwoliła jej bardziej skupić się na rodzinie i czerpać radość z bliskości z dziećmi. Podsumowując, stres w życiu Katarzyny był związany głównie z wcześniejszymi wyzwaniem zawodowymi oraz codziennymi obowiązkami rodzinnymi. Obecnie jej stres jest ograniczony dzięki poprawie sytuacji zawodowej i większej harmonii w życiu rodzinnym. Katarzyna radzi sobie z napięciem poprzez racjonalne podejście i akceptację sytuacji, co pozwala jej na utrzymanie względnie stabilnego samopoczucia.

- Depresja

Katarzyna stanowczo zaprzeczyła, aby kiedykolwiek doświadczyła objawów depresji lub miała diagnozę z nią związaną. Przyznała, że w jej życiu nie pojawiły się momenty, które skłaniałyby ją do podejrzeń o depresję: *„Ja nigdy takiego czegoś nie miałam, takich odczuć.”* Katarzyna wskazała na swoją aktywność i regularny kontakt z ludźmi jako możliwe czynniki chroniące przed wystąpieniem objawów depresyjnych: *„Może dlatego, że jestem często na zewnątrz. Mam tę aktywność, ciągle wychodzę do ludzi.”* Z perspektywy Katarzyny,



obserwacja stanów depresyjnych u innych osób, w tym u jej krewnej, pozwoliła jej zrozumieć, jak ważna jest aktywność społeczna i obecność innych ludzi w codziennym życiu. Opisała sytuacje, w których jej krewna przeżywała trudności, zwłaszcza gdy była samotna: *„Czasami miewała tak, że nie chciała z nikim rozmawiać, nie miała siły, bo była sama.”* Katarzyna zauważyła, że brak kontaktów społecznych miał negatywny wpływ na zdrowie psychiczne jej krewnej, co jednocześnie utwierdziło ją w przekonaniu o znaczeniu aktywności i relacji międzyludzkich. Podkreślała, że jej pozytywne nastawienie do życia oraz rutynowe zajęcia, takie jak aktywność fizyczna czy wspólne spędzanie czasu z rodziną i znajomymi, odgrywały istotną rolę w jej życiu emocjonalnym. *„Ja nie wiem, może dlatego, że mam tę aktywność. Nie wiem, dlaczego, ale tak jest.”* Katarzyna zauważyła również, że nigdy nie zastanawiała się szczegółowo nad mechanizmami, które chronią ją przed stanami depresyjnymi, ponieważ po prostu nigdy ich nie doświadczała. Podsumowując, Katarzyna wykazywała stabilność emocjonalną i brak doświadczeń związanych z depresją. Aktywny styl życia, wsparcie ze strony rodziny oraz regularne interakcje społeczne prawdopodobnie pełniły funkcję ochronną przed rozwojem objawów depresji.

- Złość

Katarzyna opisała siebie jako osobę, która rzadko doświadcza złości, choć przyznała, że zdarzają się sytuacje, które ją irytują, głównie w kontekście życia rodzinnego. Złość pojawiała się u niej najczęściej w sytuacjach, gdy nie czuła wsparcia w obowiązkach domowych: *„Nie odczuwam pomocy, kiedy czuję, że nikt mi nie pomaga w domu.”* Podkreślała, że frustracja związana z brakiem zaangażowania innych członków rodziny, szczególnie dzieci, wywoływała u niej chwilowe zdenerwowanie: *„Jak moje dzieci nie słuchają się, to się złościę. Jak nie robią tak, jak mają robić.”* W kontekście zawodowym Katarzyna nie zgłaszała sytuacji, które wywoływałyby u niej złość, podkreślając, że jej obecne środowisko pracy nie generuje konfliktów: *„Złość nie jest obecna w mojej pracy zawodowej.”* Nie wskazała także na odczuwanie złości w relacjach z Norwegami, mimo że zauważyła różnice kulturowe w podejściu do konfliktów, szczególnie w kontekście rodziców norweskich: *„Norwedzy czasem są bardzo ciężcy. Bardzo są tacy przy swoich i chcieliby czasem zrzucić winy na wszystkich wokół.”* Reakcje Katarzyny na złość były głównie werbalne, wyrażane przez chwilowe uniesienie głosu lub wypowiedzenie kilku słów: *„Pokrzyczę sobie, powiem coś i przechodzi.”* Przyznała, że emocja ta była dla niej chwilowa i szybko zniknęła: *„Złość jest i po prostu przechodzi.”* Katarzyna podkreślała, że unika eskalacji konfliktów oraz gwałtownych reakcji, takich jak trzaskanie drzwiami czy wychodzenie z



domu: „*Nigdy nie podnosiłam ręki ani na dzieci, ani na męża. Nie wyobrażam sobie czegoś takiego.*” Szczególną refleksję wywołały u niej sytuacje, w których zauważyła, że sposób, w jaki mówi do swoich dzieci, wpływa na ich reakcje: „*Jak się wkurzę, to potem one, jak pyskują, to mówią to samo, co ja mówiłam do nich.*” Taka świadomość wzbudziła u niej potrzebę większej kontroli nad swoimi reakcjami, aby unikać negatywnego wpływu na dzieci. Podsumowując, złość u Katarzyny była emocją występującą rzadko, głównie w sytuacjach rodzinnych i miała charakter przejściowy. Jej sposoby radzenia sobie z tą emocją były racjonalne i kontrolowane, co być może pozwalało jej unikać eskalacji konfliktów i utrzymywać harmonijne relacje z otoczeniem.

- Poczucie własnej wartości

Katarzyna oceniała swoje poczucie własnej wartości jako stabilne, wynikające z doświadczeń życiowych i zawodowych. Podkreślała, że istotnym czynnikiem wzmacniającym jej samoocenę była niezależność finansowa, którą osiągnęła dzięki pracy zawodowej: „*Odkąd przyjechałam do Norwegii, sama na siebie pracuję. To jest dla mnie istotne.*” Zwróciła uwagę, że posiadanie własnych pieniędzy i możliwość współdziałania z mężem w budowaniu wspólnego życia dawały jej poczucie sprawczości i satysfakcji: „*Możemy budować coś razem, a nie tylko wisieć na plecach jednej osoby.*” W kontekście swojej pracy Katarzyna przyznała, że choć wykonywane przez nią zajęcie nie było zgodne z jej wykształceniem, nie miało to wpływu na jej poczucie wartości: „*To, że mam pracę niezgodną z wykształceniem, nie wpływa na to, jak się czuję.*” Dodała, że większe znaczenie miała dla niej bliskość miejsca pracy oraz możliwość pogodzenia obowiązków zawodowych z życiem rodzinnym, co pozwalało jej zachować równowagę między sferą zawodową i osobistą. Katarzyna zauważyła również, że jej poczucie własnej wartości w Norwegii uległo wzmocnieniu dzięki lepszym warunkom ekonomicznym oraz większym możliwościom rozwoju: „*Tu więcej rzeczy mogłam osiągnąć, niż bym dochodziła w Polsce.*” Podkreśliła, że niezależność i samodzielność, które zdobyła, miały pozytywny wpływ na jej samoocenę: „*Posiadanie własnych pieniędzy daje mi poczucie niezależności i stabilności.*” Katarzyna zwróciła uwagę, że jej poczucie własnej wartości jest silnie związane z rolą, jaką pełni w rodzinie. Wyraziła dumę z osiągnięć swoich dzieci i harmonii rodzinnej: „*Rodzina jest dla mnie najważniejszym odniesieniem.*” Podkreśliła, że możliwość zapewnienia dzieciom odpowiednich warunków do życia i rozwoju była dla niej źródłem satysfakcji: „*To, jak nam się żyje, jest dla mnie bardzo ważne. Tego bym w Polsce nie osiągnęła.*” Podsumowując, poczucie własnej wartości Katarzyny było kształtowane przez niezależność finansową, stabilność rodzinną oraz pozytywne



doświadczenia związane z migracją. Jej samoocena była stabilna i wynikała z osiągnięć życiowych oraz umiejętności dostosowania się do nowych warunków. Katarzyna odznaczała się dużą świadomością swoich potrzeb i priorytetów, co pozwalało jej budować pozytywny obraz samej siebie.

- Migracja

Migracja do Norwegii była kluczowym wydarzeniem w życiu Katarzyny, które znacząco wpłynęło na jej funkcjonowanie i sposób postrzegania świata. Katarzyna podkreślała, że decyzja o wyjeździe do Norwegii była motywowana miłością i związana z jej mężem, który już wcześniej osiedlił się w tym kraju: *„Przyjechałam do Norwegii za miłością, a nie za pracą.”* Wspomniała, że po przyjeździe podjęli decyzję o założeniu rodziny i wspólnym budowaniu życia w Norwegii, co pozwoliło jej odnaleźć poczucie stabilizacji i przynależności. Katarzyna wskazywała, że migracja nie była dla niej źródłem napięć ani poczucia obcości. Zauważyła, że współczesny świat daje wiele możliwości przemieszczania się i nie czuła się ograniczona narodowymi granicami: *„Nie spostrzegam tego, żebyśmy byli na migracji. Świat jest tak otwarty, że wszędzie jesteśmy u siebie.”* Podkreślała, że dom to miejsce, gdzie jest ona i jej rodzina: *„Wracam po prostu do siebie, tam gdzie założyłam swój dom.”* Pierwsze lata pobytu w Norwegii były ułatwione dzięki wsparciu męża oraz jego bliskich, którzy mieszkali w pobliżu: *„Mieszkaliśmy u jego [krewnej], a potem ona zamieszkała blisko nas.”* Dzięki ich pomocy Katarzyna łatwiej adaptowała się do nowego otoczenia, co obejmowało zarówno wsparcie w sprawach administracyjnych, jak i codziennych obowiązkach. Podkreśliła, że migracja przyczyniła się do poprawy jej warunków życia oraz możliwości rozwoju: *„Więcej rzeczy mogłam osiągnąć tutaj niż w Polsce.”* Katarzyna zauważyła, że czyste środowisko oraz inne aspekty życia w Norwegii miały pozytywny wpływ na jej zdrowie: *„Pod względem zdrowotnym czuję się lepiej, przestałam palić, co wpłynęło korzystnie na moje samopoczucie.”* Mimo, że Katarzyna zaakceptowała styl życia w Norwegii, jej tożsamość narodowa pozostała związana z polską kulturą i tradycjami: *„Jesteśmy Polakami, a nasze dzieci wiedzą, że Norwegami nie są.”* Podkreślała znaczenie kultywowania polskich tradycji, szczególnie w kontekście świąt i codziennego życia rodzinnego: *„Świętujemy Boże Narodzenie po polsku, jemy rybę, a nie ribe³⁵.”* Katarzyna realizowała strategię integracji według modelu akulturacji Berry’ego. Jej postawa charakteryzowała się bowiem jednoczesnym zachowaniem własnej tożsamości kulturowej oraz aktywnym angażowaniem się w życie społeczne i kulturowe Norwegii. W kontaktach z

³⁵ Polski odpowiednik tego dania to: żeberka.



Norwegami Katarzyna dostrzegała pewne różnice kulturowe, takie jak większe zamknięcie społeczne Norwegów: „*Norwedzy są bardzo zamknięci, żyją dla siebie.*” Jednak nie postrzegała tego jako przeszkody w budowaniu własnego życia w Norwegii. Podsumowując, migracja była dla Katarzyny doświadczeniem pozytywnym, które otworzyło nowe możliwości życiowe i zawodowe. Dzięki wsparciu bliskich oraz własnej determinacji Katarzyna skutecznie adaptowała się do życia w Norwegii, zachowując jednocześnie silne związki z polską kulturą i tradycją.

- Praca

Praca stanowiła ważny element życia Katarzyny, wpływając zarówno na jej poczucie wartości, jak i stabilność materialną. Katarzyna zaznaczyła, że jej obecne miejsce pracy jest drugim lub trzecim w Norwegii: „*Pracowałam najpierw w [MiejscePracy], potem w [InneMiejscePracy] przez ponad 10 lat, a teraz pracuję blisko domu, w [ObecneMiejscePracy].*” Podkreśliła, że zmiana miejsca pracy była dla niej istotnym krokiem, który umożliwił większą równowagę między życiem zawodowym a rodzinnym: „*Teraz mam więcej czasu dla rodziny, co bardzo sobie cenię.*” Wcześniejsza praca Katarzyny była obciążająca ze względu na odległość i czas dojazdu: „*Pracowałam 8 kilometrów od domu, nie mam prawa jazdy, więc było to logistycznie trudne.*” Do tego dochodziły zmienne godziny pracy, które ograniczały jej czas z dziećmi: „*Widziałam dzieci tylko rano, jak je zaprowadzałam do przedszkola. Po powrocie z pracy już spały.*” Katarzyna wspominała, że sytuacja ta była dla niej stresująca i wpłynęła na decyzję o zmianie pracy: „*Musiałam podjąć ważną decyzję, by odejść z pracy, nie mając pewności co dalej.*” Obecne miejsce pracy Katarzyny znajduje się blisko jej domu, co uznała za znaczące udogodnienie: „*Teraz mogę dojść do pracy na nogach, co jest dla mnie ogromnym plusem.*” Katarzyna ceni sobie brak stresu związanego z dojazdami oraz możliwość lepszego zarządzania czasem. Pod względem zawodowym Katarzyna dostrzegała pozytywne aspekty swojej pracy w Norwegii, szczególnie w kontekście wynagrodzenia: „*Za taką pracę, jaką wykonuję, nigdy nie miałabym takich pieniędzy w Polsce.*” Stabilność finansowa, jaką zapewnia praca, umożliwia Katarzynie i jej rodzinie utrzymanie wysokiej jakości życia oraz realizację planów: „*Pieniądze pozwalają nam na dom, wyjazdy, i dają poczucie bezpieczeństwa.*” Mimo że praca Katarzyny nie jest związana z jej wykształceniem, nie wpłynęło to negatywnie na jej samopoczucie. Katarzyna zauważyła, że ważne dla niej jest poczucie niezależności finansowej: „*Odkąd tu jestem, sama na siebie zarabiam. To dla mnie ważne.*” Relacje zawodowe Katarzyny w Norwegii przebiegają bez większych trudności. Współpracuje z osobami różnych narodowości i nie



odczuwa żadnych napięć w kontaktach z norweskimi pracodawcami: „*Nie mam problemu z Norwegami w pracy, ani z dyrektorami, ani z kolegami.*” Podsumowując, praca była dla Katarzyny źródłem satysfakcji i stabilności. Mimo początkowych wyzwań, związanych głównie z organizacją życia rodzinnego i zawodowego, obecnie Katarzyna ceni sobie równowagę, jaką osiągnęła. Jej obecna sytuacja zawodowa jest zgodna z jej potrzebami i umożliwia zarówno rozwój osobisty, jak i dbanie o relacje rodzinne.

- Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne odegrało istotną rolę w życiu Katarzyny, zarówno podczas jej adaptacji do życia w Norwegii, jak i w codziennym funkcjonowaniu. Katarzyna przyznała, że głównym źródłem wsparcia była dla niej rodzina męża, która mieszka w pobliżu: „*Mieszka za ścianą, mamy dwa domy, ale [Krewna/y] zawsze jest w naszym życiu.*” Katarzyna doceniła pomoc, jaką otrzymywała od [Krewnej/ego], szczególnie w sprawach administracyjnych i w opiece nad dziećmi: „*[Krewna/y] bardzo pomagała w załatwianiu spraw w urzędach, szczególnie kiedy mąż nie mógł.*” Relacja z tą osobą była dla Katarzyny ważna, choć czasem pojawiały się trudności związane z częstą obecnością tej osoby: „*Czasami chciałabym mieć swój bałagan w domu, a nie wszystko zawsze posprzątane.*” Katarzyna jednak zauważyła, że dzięki rozmowom i wzajemnemu zrozumieniu udało się zminimalizować te napięcia. Wsparcie społeczne ze strony Norwegów nie było obecne w życiu Katarzyny. Opisała ich jako zamkniętych i skoncentrowanych na własnych sprawach: „*Norwegowie są bardzo dla siebie, żyją dla siebie.*” Zaznaczyła, że nie odczuwała tego jako dużego problemu, ponieważ zawsze mogła polegać na rodzinie i znajomych z Polski: „*Mój dom jest tam, gdzie jest moja rodzina. To daje mi poczucie stabilności.*” Wartością dla Katarzyny były również relacje z innymi Polakami, szczególnie te nawiązywane na siłowni i podczas wspólnych aktywności, takich jak gry planszowe: „*Mamy taką garstkę znajomych, z którymi gramy w planszówki, spotykamy się u siebie albo u nich.*” Kontakty te Katarzyna określała jako luźne, lecz satysfakcjonujące. Wsparcie emocjonalne Katarzyna otrzymywała również od swojej rodziny w Polsce, z którą utrzymuje bliskie relacje: „*Często rozmawiam przez telefon z mamą, to zawsze pomaga.*” Zaznaczyła, że takie wsparcie rodzinne jest dla niej bardzo ważne w trudnych momentach. Podsumowując, Katarzyna korzystała z szerokiego wsparcia społecznego, głównie ze strony rodziny i bliskich znajomych. Choć nie otrzymała istotnej pomocy od Norwegów, nie postrzegала tego jako bariery, dzięki silnym relacjom z rodziną i znajomymi z Polski. Wsparcie społeczne było istotnym czynnikiem, który pomagał jej w adaptacji i codziennym życiu w Norwegii.



- Inne

Katarzyna często wskazywała na aspekty związane z jej codziennymi aktywnościami, wartościami oraz zainteresowaniami, które nie były bezpośrednio związane z pozostałymi kategoriami, ale miały wpływ na jej życie i samopoczucie. Katarzyna podkreślała znaczenie aktywności fizycznej, która odgrywała ważną rolę w jej codziennym funkcjonowaniu: „*Chodzę na siłownię pięć razy w tygodniu, po godzinę, półtora. To daje mi siłę i poprawia samopoczucie.*” Wskazała, że ćwiczenia są dla niej formą dbania o siebie, choć nie traktuje ich jako metody radzenia sobie ze stresem, a raczej jako sposób na utrzymanie kondycji: „*Robię to dla siebie, żeby mieć lepszą kondycję, nie dla rozładowania stresu.*” Katarzyna wspominała również o swojej pasji do gier planszowych, którą dzieli z mężem i znajomymi: „*Bardzo lubimy planszówki, mamy ponad 100 tytułów. Spotykamy się ze znajomymi, gramy i spędzamy czas w milej atmosferze.*” Tego typu spotkania były dla niej istotnym elementem życia towarzyskiego, szczególnie w kontekście budowania relacji z innymi Polakami. Katarzyna przywiązywała dużą wagę do kultywowania polskich tradycji i wartości religijnych. Opowiadała o świętowaniu polskich świąt oraz uczestniczeniu w liturgii w polskim Kościele w Norwegii: „*Świętujemy Boże Narodzenie i Wielkanoc po polsku, bo jesteśmy Polakami. Moje dzieci są ochrzczone i były u komunii w polskim Kościele.*” Wiara stanowiła dla niej źródło wsparcia emocjonalnego, szczególnie w trudniejszych chwilach: „*Czasem mówię Bogu, co mnie boli, tak po cichu w duszy.*” Katarzyna podkreślała również swoje przywiązanie do polskości oraz potrzebę przekazywania jej dzieciom: „*Tradycje są ważne, jeśli ich nie będziemy kultywować, za parę lat nikt nie będzie pamiętał, co było kiedyś.*” Wskazywała na zaangażowanie babci, która odgrywała kluczową rolę w wychowywaniu dzieci w duchu polskich wartości: „*Babcia uczyła dzieci polskich przyspiewek i przykłada dużą uwagę, by czytały po polsku.*” W obszarze innych istotnych aspektów Katarzyna wspominała o przyjaznej relacji z sąsiadami podczas wspólnych lokalnych inicjatyw, takich jak sprzątanie okolicy: „*Na dugnadzie³⁶ wszyscy się wpisują i idziemy sprzątać ulice. To jest coś takiego społecznego.*” Podkreśliła jednak, że tego rodzaju kontakty z Norwegami są powierzchowne i nie stanowią źródła głębszych relacji. Podsumowując, opisy te obejmowała aspekty jej codziennych zainteresowań, aktywności i wartości, które odgrywały istotną rolę w jej życiu. Silne przywiązanie do polskiej kultury, aktywność fizyczna oraz pasja do gier planszowych były elementami wzmacniającymi jej samopoczucie i poczucie tożsamości.

³⁶ W czynie społecznym.



3.4.2 Pre i post test: Katarzyna

Po przeprowadzeniu badania pre i post wyniki dla Katarzyny wskazują na niewielkie, lecz znaczące zmiany w różnych obszarach emocjonalnych i poznawczych: W teście PSS10 wynik w fazie pre wyniósł 23, a w post 18, co dało zmianę -5, wskazując na obniżenie poziomu odczuwanego stresu. Dla testu BDI-II wyniki pozostały na tym samym poziomie – zarówno w pre, jak i post uzyskano wynik 1, co oznacza brak zmian w objawach depresyjnych. W teście STAXI-2 dla skali S-ANG, wyniki w podskali F dla pre i post wyniosły 5, bez zmian. Dla podskali V zarówno w pre, jak i w post uzyskano wynik 5, co również nie wskazuje na zmiany. W podskali P wynik pozostał na poziomie 5 w obu etapach badania. Łącznie skala S-ANG wyniosła 15 zarówno w pre, jak i post, wskazując na brak zmian w intensywności przeżywania chwilowej złości. Dla skali STAXI-2 T-ANG, w podskali T wynik w pre wyniósł 4, a w post 6, co wskazuje na wzrost o 2 punkty. Dla podskali R wynik wzrósł z 4 w pre do 6 w post, również ze zmianą o 2 punkty. W podskali wynik spadł z 4 w pre do 3 w post, co dało zmianę -1. Łącznie skala T-ANG wyniosła 12 w pre i 15 w post, co oznacza wzrost o 3 punkty, sugerując zwiększoną intensywność przeżywania złości jako cechy. W skali STAXI-2 AE-AC, w podskali A/O wynik wzrósł z 17 w pre do 20 w post, dając zmianę 3 punkty. W podskali A/I wynik spadł z 18 w pre do 17 w post, co oznacza zmianę -1. Dla podskali C/O wynik spadł z 5 w pre do 4 w post, dając zmianę -1. W podskali C/I wynik wzrósł z 20 w pre do 22 w post, dając zmianę 2 punkty. Łącznie wskaźnik AX wzrósł z 58 w pre do 59 w post, co wskazuje na wzrost o 1 punkt. Podsumowując, wyniki dla PSS10 wskazują na zmniejszenie odczuwanego poziomu stresu o -5. Test BDI-II nie wykazał zmian w objawach depresyjnych. W teście STAXI-2, skala S-ANG nie wskazała zmian w chwilowym gniewie, natomiast skala T-ANG wykazała wzrost o 3 punkty, co może sugerować większą intensywność złości jako cechy. W skali AE-AC wzrost wskaźnika AX o 1 punkt wskazuje na zmianę w zarządzaniu i kontroli nad złością. Wyniki te mogą wskazywać, że interwencja wpłynęła przede wszystkim na redukcję stresu, przy jednoczesnym braku istotnych zmian w objawach depresyjnych oraz częściowym wzroście w zarządzaniu emocjami gniewu (por. tab. 15).

Tabela 15

Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Katarzyny

Test	PSS10	BDI-II	STAXI-2 S-ANG				STAXI-2 T-ANG			STAXI-2 AE-AC					
			F	V	P	SUM	T	R	SUM	A/O	A/I	C/O	C/I	AX	
pre	23	1	5	5	5	15	4	4	4	12	17	18	5	20	58



post	18	1	5	5	5	15	6	6	3	15	20	17	4	22	59
zmiana	-5	0	0	0	0	0	2	2	-1	3	3	-1	-1	2	1

3.5.1 Studium przypadku: Łucja

Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego.

Wywiad z Łucją został przeprowadzony w bibliotece zgodnie z wcześniej ustalonym planem. Badana wykazała otwartość i zainteresowanie, co sprzyjało stworzeniu atmosfery umożliwiającej pogłębioną analizę jej doświadczeń. Na początku rozmowy odnosiła się do szczegółów swojej sytuacji życiowej i zawodowej, co pozwoliło lepiej zrozumieć jej codzienność. Łucja odpowiadała na pytania w sposób refleksyjny i szczery, starając się dokładnie przedstawić swoją perspektywę. Chętnie rozwijała odpowiedzi i zadając pytania, wykazywała pełne zrozumienie celu badania. Jej postawa oraz pozytywne nastawienie potwierdzały zaangażowanie w proces badawczy. Emocjonalna spójność wypowiedzi oraz otwartość w komunikacji świadczyły o autentyczności i wzajemnym zaufaniu. Rozmowa przebiegała w sposób uporządkowany, zgodnie z założeniami badawczymi. Dzięki zaangażowaniu badanej udało się zgromadzić wartościowe dane, które wzbogacają analizę naukową (por. tab. 16).

Tabela 16

Łucja – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego

Pseudonim	Łucja
Wiek	≤ 40
Wykształcenie	Wyższe
W związku	Małżeństwo
Dzieci	≤ 2
Zatrudnienie	Stała umowa o pracę
Na stałe w Norwegii	Tak

Dominującymi tematami w rozmowie z Łucją były zagadnienia związane z kategorią Praca, gdzie kluczowy kod *Praca jako temat* stanowił 5,9% całości kodów (por. tab. 17 i rys. 7). Temat ten był szczególnie istotny dla Łucji, która podkreślała znaczenie pracy jako źródła stabilności, samorealizacji oraz wsparcia w procesie adaptacji do życia w Norwegii. Praca stanowiła centralny punkt jej codziennego funkcjonowania i refleksji, szczególnie w



kontekście radzenia sobie z wyzwaniami migracyjnymi. Drugim istotnym wątkiem była kategoria Migracja, w której kod *Strategie adaptacji* zajmował 5,7% całości kodów. Łucja chętnie rozwijała ten temat, opisując swoje doświadczenia związane z procesem akulturacji, radzeniem sobie w nowym środowisku oraz podejmowaniem strategii umożliwiających skuteczne przystosowanie się do życia w Norwegii. W kategorii Socjodemograficzne szczególnie często pojawiały się kody *Dzieci* (4,1%) oraz *Partner* (3,6%). Wypowiedzi Łucji ukazywały silny związek między jej rolą rodzinną a procesem adaptacji. Rodzina stanowiła dla niej wsparcie emocjonalne i praktyczne, co znacząco wpłynęło na jej samopoczucie i zdolność radzenia sobie z trudnościami. Kolejną kategorią były Lęk i zamartwianie, gdzie kod *Lęk jako temat* osiągnął 3,4%. Łucja opisywała sytuacje wywołujące lęk, szczególnie w kontekście zdrowia rodziny oraz stabilności finansowej. Temat ten ilustrował jej troskę o bliskich oraz potrzebę kontrolowania sytuacji, co wpływało na jej ogólny stan emocjonalny. Istotnym wątkiem były również Emocje i samopoczucie, gdzie kody *Opisy emocji* (3,2%), *Emocje* (2,7%) oraz *Poczucie kontroli* (2,7%) odzwierciedlały jej refleksje nad własnym stanem psychicznym. Łucja podkreślała znaczenie poczucia kontroli nad codziennym życiem, co pozytywnie wpływało na jej równowagę emocjonalną. W kategorii Poczucie własnej wartości kod *Nastawienie* (3,0%) ilustrował introspekcyjne podejście Łucji do własnych emocji i postrzegania siebie w nowej rzeczywistości. Jej narracja wskazywała na pozytywne podejście do radzenia sobie z trudnościami oraz dążenie do zachowania równowagi w życiu osobistym i zawodowym. Podsumowując, analiza kodowa wywiadu z Łucją ukazała, że dominującymi wątkami były refleksje dotyczące pracy, strategii adaptacyjnych oraz życia rodzinnego. Te kategorie stanowiły fundament jej narracji, podkreślając zmiany w jej życiu wynikające z migracji oraz sposoby radzenia sobie z wyzwaniami w nowym środowisku.

Rysunek 7

Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Łucją



zintegrowane w norweskim systemie edukacji. Jak sama mówiła: „*mają tu swoich przyjaciół i wychowują się tu po prostu.*” Uczestniczą w życiu społecznym i są aktywne w lokalnej społeczności, co pokazuje wysoki poziom adaptacji całej rodziny do nowych warunków. Łucja podkreślała wielokrotnie znaczenie rodziny w podejmowanych decyzjach, co było głównym powodem jej emigracji: „*przede wszystkim rodzina, żeby dziecko mogło się wychować razem wspólnie, a nie osobno.*” Podsumowując, Łucja i jej rodzina wykazują się wysokim poziomem adaptacji do życia w Norwegii, zarówno pod względem zawodowym, jak i społecznym.

- Doświadczenie życiowe

Łucja opisała szczegółowo swoje bogate doświadczenie życiowe, które kształtowało jej podejście do wyzwań i zmiany otoczenia. Dorastała w niewielkiej miejscowości, a swoje wykształcenie zdobywała w miastach o większych możliwościach edukacyjnych. Jej edukacyjna ścieżka była pełna doświadczeń, które w dużej mierze wpłynęły na jej późniejsze życie zawodowe i osobiste. „*Skończyłam studia licencjackie w (...) a następnie magisterskie. W trakcie nauki odkryłam, że pierwotnie wybrany kierunek to nie było to, co chciałam robić.*” Łucja poszukiwała obszarów, które lepiej odpowiadałyby jej zainteresowaniom i aspiracjom. Podobnie jak studia, zawodowa kariera Łucji była równie zróżnicowana, od pracy w małych sklepach, przez produkcję, aż po stanowisko biurowe. Jak podkreślała: „*Zaczęłam od małych sklepików, później szłam jakby po szczeblach, jak to w każdej takiej korporacji.*” Wyjazd do Norwegii i późniejsze doświadczenia związane z adaptacją do nowych warunków były dla niej istotnym krokiem w życiu. Po przyjeździe nie miała jednak sprecyzowanego planu zawodowego, ponieważ priorytetem było zadbanie o dziecko: „*Nie miałam w ogóle żadnego planu, jeżeli chodzi o pracę, ani o to, że dziecko będzie chodził tutaj do szkoły czy do przedszkola.*” Decyzja o osiedleniu w Norwegii była podyktowana potrzebą stabilizacji rodzinnej i rozwoju zawodowego. „*W pewnym momencie stwierdziłam, że jednak się nauczę języka i spróbuję w swoim zawodzie coś po prostu poszukać.*” Łucja, mimo początkowych trudności, podjęła wysiłek, by zdobyć nowe kompetencje i znaleźć pracę, która odpowiada jej kwalifikacjom. Jej podejście do życia pokazuje ogromną determinację oraz umiejętność przystosowania się do zmieniających się warunków. Podsumowując, doświadczenie życiowe Łucji odzwierciedla jej zdolność do podejmowania świadomych decyzji oraz determinację w dążeniu do realizacji swoich celów.

- Samopoczucie



Łucja opisuje swoje samopoczucie w sposób pozytywny i pełen optymizmu, mimo licznych wyzwań, z którymi musiała się zmierzyć w nowym środowisku. Na pytanie o obecne odczucia, odpowiedziała z entuzjazmem: *„Ja dzisiaj bardzo dobre, mimo że jest poniedziałek, po weekendzie ciężko pracującym, że tak powiem. To bardzo dobrze.”* Jej pozytywne podejście znajduje odzwierciedlenie również w relacjach zawodowych, gdzie koleżanki z pracy doceniają jej energię i optymizm: *„Zawsze się śmieją u mnie w pracy, że jestem dziwnym człowiekiem, bo jak ja przychodzę, to zawsze mówię z uśmiechem na twarzy, że za niedługo zaczynamy weekend.”* Adaptacja do życia w Norwegii nie była dla niej łatwa, zwłaszcza na początku, co opisuje jako czas nacechowany emocjami negatywnymi. Jednak z czasem nauczyła się radzić sobie z trudnościami: *„Na początku byłam bardzo negatywna, bo mi się to po prostu, no, nie podobało. Ale też było to spowodowane tym, że otaczałam się niewłaściwymi ludźmi wokół siebie.”* Zmiana podejścia i otwarcie na możliwości, jakie oferuje Norwegia, pozwoliły jej na poprawę nastroju i zbudowanie bardziej stabilnego życia. *„Po prostu wzięłam jakby sprawy w swoje ręce i chciałam sama spróbować tego, co tutaj można spróbować, co można zrobić.”* Łucja podkreśla, że kluczem do utrzymania dobrego samopoczucia jest regularność i rutyna: *„Mamy rozpisany cały tydzień w taki sposób, że ten... czy jest ciemno, czy jest zima, czy jest wiatr, czy jest deszcz, my to wszystko robimy.”* Dzięki temu zmienne warunki pogodowe czy długie norweskie zimowe noce nie wpływają negatywnie na jej nastrój. Podsumowując, Łucja prezentuje się jako osoba świadoma swoich emocji, zdolna do refleksji i wyciągania wniosków z trudnych doświadczeń. Jej zdolność do adaptacji, pozytywne nastawienie i umiejętność zarządzania codziennymi wyzwaniami znacząco przyczyniają się do jej stabilnego samopoczucia.

- Znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapii

Łucja wykazywała pewną znajomość zagadnień związanych z biblioterapią, CBT oraz psychoterapią, co było zauważalne w jej wypowiedziach. Jej wiedza na temat biblioterapii sprowadzała się do intuicyjnego rozumienia tej metody jako pracy z książką. Jak sama stwierdziła: *„To jest to praca własna z książką, prawda? Obcowanie z literaturą.”* Wyraźnie zauważyła w tym potencjalną wartość terapeutyczną, podkreślając, że czytanie może wpływać na samopoczucie i wprowadzać pozytywne zmiany w życiu. W odniesieniu do CBT, Łucja przyznała, że wcześniej nie spotkała się z tym terminem: *„Psychoterapia tak, ale CBT to nie.”* Jej rozumienie psychoterapii było dość ogólne i odnosiło się do jej postrzegania jako formy pomocy psychologicznej udzielanej przez specjalistów: *„Ja to tak rozumiem, że to jest po prostu leczenie człowieka w jakiś sposób przez lekarzy, którzy się specjalizują w danej*



dziedzinie.” Łucja była otwarta na zdobywanie nowych informacji. Wykazała również chęć udziału w badaniu, w tym pracy z literaturą, aby zrozumieć, jakie korzyści mogłaby wnieść biblioterapia w jej życie: *„Chciałabym zobaczyć, co mogę wyciągnąć jeszcze takiego pozytywnego i wnieść to w moje życie, żeby jeszcze było lepiej.”* Podsumowując, Łucja wykazywała do gotowość do poznawania nowych koncepcji oraz ich potencjalnego zastosowania w swoim życiu.

- Lęk i zamartwianie

Łucja otwarcie mówiła o swoich doświadczeniach związanych z lękiem i zamartwianiem, które towarzyszyły jej w różnych aspektach życia, zarówno zawodowego, jak i prywatnego. Lęk pojawiał się szczególnie w sytuacjach zawodowych, w których Łucja czuła dużą odpowiedzialność, a jednocześnie brak pełnej pewności co do swoich kompetencji. Jak sama wyraziła: *„Czasami się po prostu boję, że czegoś nie rozumiem albo, że ktoś popełni taki błąd, bo to są jednak duże kwoty i duża odpowiedzialność.”* Wskazała także, że lęk jest dla niej szczególnie zauważalny, gdy musi zastąpić bardziej doświadczoną koleżankę w pracy: *„Mam takie lęki, gdy zostaję sama, gdy przerzucana jest na mnie cała odpowiedzialność.”* W takich momentach doświadczała stresu, który wpływał na jej codzienne funkcjonowanie i wywoływał somatyczne objawy, jak na przykład zajadanie stresu słodyczami: *„Zajadanie stresu widzę po sobie, bo moja waga po prostu idzie do góry.”* W życiu prywatnym Łucja odczuwała lęk głównie w kontekście bezpieczeństwa swojego dziecka. Przyznała, że obawia się, aby dziecko nie wpadło w złe towarzystwo: *„Tego się boję, czy będzie umieć rozdzielić sobie w głowie, które towarzystwo jest dobre, a które nie.”* Lęki te miały charakter związane z przyszłością i były związane z jej troską o rozwój i wychowanie dziecka w obcym kraju. Łucja mówiła także o początkowych trudnościach adaptacyjnych po przeprowadzce do Norwegii, kiedy otaczała się ludźmi o negatywnym nastawieniu: *„Byłam bardzo negatywna, bo otaczałam się niewłaściwymi ludźmi, którzy ciągle narzekali.”* Jednak zmiana otoczenia i bardziej świadome podejście do życia pomogły jej lepiej radzić sobie z tymi emocjami. Lęk i zamartwianie były obecne w życiu Łucji, ale miały różne natężenie w zależności od kontekstu. W sytuacjach zawodowych przejawiał się jako reakcja na dużą odpowiedzialność, a w życiu prywatnym był związany głównie z troską o dziecko. Łucja wykazywała jednak wysiłki, aby lepiej radzić sobie z tymi emocjami, np. poprzez pracę z psychologiem i techniki relaksacyjne, takie jak ćwiczenia oddechowe.

- Stres



Łucja szczegółowo opisała, w jaki sposób stres oddziałuje na jej codzienne życie, zarówno w wymiarze zawodowym, jak i prywatnym. Największym źródłem stresu była dla niej praca, szczególnie w momentach, gdy zostawała sama z dużą odpowiedzialnością: „*Gdy zostaję sama, cała odpowiedzialność spada na mnie, a wtedy stres mnie zjada. To nie jest moją dobrą stroną i chciałabym nad tym popracować.*” Podkreśliła, że stres był szczególnie intensywny, gdy musiała wykonywać zadania wymagające dużej precyzji i wiedzy, które wiązały się z wysokim poziomem odpowiedzialności finansowej: „*To są jednak duże (...) i dużo rzeczy, które muszę wiedzieć. Czasami się boję, że coś przeoczę.*” Stres w pracy wpływał także na jej życie osobiste, odbijając się na jej zdrowiu somatycznym i emocjonalnym. Jak przyznała, odreagowywała stres poprzez zajadanie słodczy, co prowadziło do wzrostu wagi: „*Widzę, jak moja waga po prostu idzie do góry. To jest spowodowane stresem.*” Dodatkowo, Łucja wskazała, że stres wpływał na jej sen, szczególnie w sytuacjach, gdy musiała samodzielnie zarządzać zadaniami w pracy: „*Kiedy zostaję sama z odpowiedzialnością, nie śpię dobrze. Nawet jeśli śpię 7–8 godzin, to czuję, że się nie wysypiam.*” W kontekście życia prywatnego Łucja wskazała, że jej stres jest związany głównie z troską o dziecko i obawami o jego bezpieczeństwo: „*Boję się o [dziecko], żeby nie wpadło w złe towarzystwo albo żeby coś się nie stało, gdy zostaje samo w domu.*” Jednak w odniesieniu do mieszkania w Norwegii podkreśliła, że nie odczuwa stresu związanego z samym miejscem życia czy lokalną społecznością. Łucja stosowała różne techniki radzenia sobie ze stresem. Jedną z nich były ćwiczenia oddechowe, które pomagały jej opanować napięcie w krytycznych momentach: „*Kiedy czuję, że mój mózg się odciął, biorę wdech, wydech, uspokajam się i wracam do pracy.*” Innym sposobem była przerwa na świeżym powietrzu: „*Czasami po prostu wychodzę na zewnątrz, przewietrzam się i wracam z odświeżonym mózgiem.*” Podsumowując, stres stanowił istotny element codzienności Łucji, szczególnie w kontekście zawodowym. Jednak dzięki wsparciu psychologa oraz stosowaniu prostych technik relaksacyjnych, starała się go kontrolować i minimalizować jego negatywne skutki.

- Depresja

Łucja wskazała, że nie doświadczała przewlekłej depresji, w jej życiu zdarzyły się momenty o charakterze obniżonego nastroju, szczególnie w kontekście trudnych sytuacji zawodowych. Opisała epizod związany z pracą w firmie, gdzie odczuwała, że nie radzi sobie z oczekiwaniami oraz zadaniami, które ją przerastały: „*Miałam rozmowę z szefem, który powiedział, żebym sobie szukała innej pracy, bo ta jest dla mnie za trudna. To odbiło się na mnie, czułam się, jakbym poniosła porażkę.*” W tym okresie Łucja przeżyła kryzys



emocjonalny, który odbił się na jej samopoczuciu psychicznym. Wsparcie w trudnych chwilach znalazła u swojej psycholog: *„Moja psycholog zawsze znajdzie sposób, żeby pomóc mi wyjść z trudności i nie myśleć o problemach. To ona postawiła mnie na nogi po tym kryzysie.”* Psycholog pomogła jej zrozumieć, że momenty trudności są częścią życia i mogą motywować do działania, co Łucja przyjęła jako lekcję na przyszłość. Łucja zauważyła także, że jej samopoczucie psychiczne poprawiło się wraz z przejściem do bardziej stabilnej pracy, gdzie mogła rozwijać swoje umiejętności bez nadmiernego obciążenia: *„Kiedy nauczyłam się języka i zaczęłam pracę, która odpowiadała moim kompetencjom, poczułam się dużo lepiej.”* Podsumowując, choć Łucja nie zmagala się z przewlekłą depresją, doświadczała chwilowych epizodów obniżonego nastroju w związku z zawodowymi wyzwaniami. Dzięki wsparciu terapeutycznemu i własnej determinacji potrafiła szybko się podnieść i ponownie skoncentrować na swoich celach.

- Złość

Łucja rzadko odczuwa złość jako dominującą emocję, zarówno w kontekście życia zawodowego, jak i prywatnego. W trakcie wywiadu wspomniała, że zazwyczaj frustracja, a nie złość, pojawia się w trudniejszych sytuacjach. Przykładem była rozmowa dotycząca zajęć teatralnych dla jej dziecka, podczas której spotkała się z pytaniami o znajomość języka norweskiego w domu. Odniosła się do tej sytuacji w następujący sposób: *„Byłam sfrustrowana, że ktoś kwestionuje, czy moje dziecko poradzi sobie na zajęciach, mimo że świetnie mówi po norwesku.”* Sytuację rozwiązała asertywnie, co pozwoliło jej opanować emocje i doprowadzić do pozytywnego rezultatu. W życiu zawodowym Łucja zauważa zjawiska, które mogłyby wzbudzać złość, jednak stara się podejść do nich racjonalnie. Mówiła o sytuacjach, w których decyzje kadrowe są podejmowane na podstawie znajomości lub powiązań, a nie kompetencji: *„Czasami widzę, że ktoś, kto się nie nadaje, i tak dostaje miejsce, bo jest znajomym. To trochę mnie złości, ale nie wpływa na moje samopoczucie na dłuższą metę.”* W kontekście życia prywatnego Łucja podkreśla, że nie doświadcza złości wobec swojej rodziny czy otoczenia. Ceni sobie spokój emocjonalny i stara się unikać konfliktów. Jak sama zauważyła: *„Nie czuję złości w życiu prywatnym, na dzień dzisiejszy wszystko układa się pozytywnie.”* Podsumowując, złość nie jest dominującą emocją w życiu Łucji. Nawet w trudnych sytuacjach radzi sobie z nią poprzez asertywność i racjonalne podejście. Jej zdolność do panowania nad emocjami pozwala jej utrzymać równowagę w różnych sferach życia.



- Poczucie własnej wartości

Łucja postrzegała swoje poczucie własnej wartości jako wysokie i stabilne, co szczególnie uwidoczniło się po migracji do Norwegii. Przeprowadzka stała się dla niej okazją do refleksji nad własnymi osiągnięciami oraz adaptacyjnymi zdolnościami, które znacząco wpłynęły na sposób, w jaki postrzega siebie. Jak sama powiedziała: „*Moje poczucie wartości wzrosło, bo osiągnęłam to, co kiedyś chciałam, a dodatkowo udało mi się to zrobić w obcym kraju i obcym języku.*” Łucja szczególnie doceniła fakt, że potrafiła znaleźć swoje miejsce w nowym środowisku zawodowym, podejmując wyzwania i ucząc się języka norweskiego, co uważa za istotny element budujący jej pewność siebie: „*Nie czuję się gorsza od Norwegów. Myślę, że wielu z nich miałoby trudności w odnalezieniu się w obcym kraju tak, jak mi się to udało.*” Ważnym aspektem dla Łucji jest świadomość, że to ona sama kieruje swoim życiem i osiąga wyznaczone cele, co daje jej poczucie kontroli i satysfakcji: „*Prowadzę życie tak, jak chcę, i to mnie buduje. Wszystko, co zaplanowałam, zrealizowałam lub jestem w trakcie realizacji.*” W relacjach społecznych Łucja zauważa, że jest dobrze odbierana przez swoje otoczenie, co dodatkowo wzmacnia jej pozytywną samoocenę: „*Mam kontakt z różnymi osobami, wszyscy mnie znają i dobrze się z nimi dogaduję.*” Podsumowując, poczucie własnej wartości Łucji zostało wzmocnione dzięki wyzwaniom, jakie niesie ze sobą życie na emigracji. Jej sukcesy zawodowe, adaptacja do nowych warunków oraz umiejętność realizacji celów w trudnym środowisku stanowią fundament jej pozytywnego postrzegania siebie.

- Migracja

Migracja była dla Łucji jednym z najważniejszych doświadczeń życiowych, które wpłynęły na wszystkie aspekty jej codziennego funkcjonowania – od życia rodzinnego, przez pracę, po relacje społeczne. Decyzja o przeprowadzce do Norwegii została podjęta głównie z myślą o rodzinie, co Łucja podkreśliła: „*Rodzina była najważniejsza. Chcieliśmy być razem, a nie żyć osobno – mąż tutaj, a ja z dzieckiem w Polsce.*” Migracja okazała się również szansą na rozwój osobisty i zawodowy. Przeprowadzka do Norwegii pomogła jej zrealizować wiele z wcześniej założonych celów: „*Postawiłam sobie pewne cele jeszcze w Polsce, ale udało mi się je osiągnąć tutaj, w Norwegii, w trudniejszych warunkach.*” Proces adaptacji wiązał się jednak z wieloma wyzwaniami, w tym koniecznością nauki języka norweskiego oraz adaptacji do nowej kultury i systemu społecznego. Jak zauważyła: „*Na początku było ciężko, zwłaszcza z językiem, ale im dłużej tu jestem, tym lepiej sobie radzę i bardziej czuję się częścią tego miejsca.*” Jednocześnie Łucja wspomina, że na początku doświadczała negatywnego



wpływu relacji z ludźmi, którzy nie dostrzegali pozytywnych aspektów życia w Norwegii: „*Otaczałam się osobami, które ciągle narzekały na wszystko – na pogodę, na życie tutaj. Gdy zerwałam te kontakty, zaczęłam dostrzegać możliwości, jakie daje Norwegia.*” Łucja realizowała strategię integracji według modelu akulturacji Berry’ego. Jej postawa charakteryzowała się bowiem jednoczesnym zachowaniem własnej tożsamości kulturowej oraz aktywnym angażowaniem się w życie społeczne i kulturowe Norwegii. Migracja wpłynęła także na sposób, w jaki Łucja postrzega swoją rodzinę. Bycie razem w Norwegii pozwoliło na budowanie głębszych relacji z mężem oraz wspieranie rozwoju dziecka: „*Dzięki temu, że jesteśmy razem, mogliśmy lepiej się poznać z mężem, a nasze dziecko ma tu wszystko, czego potrzebuje, by się rozwijać.*” Łucja podkreśla również, że migracja była dla niej okazją do zdobycia nowych doświadczeń i przemyślenia priorytetów: „*Przyjeżdżając tutaj, na początku chodziło o pieniądze, ale szybko się okazało, że rodzina i wspólne życie są najważniejsze.*” Podsumowując, migracja była dla Łucji zarówno wyzwaniem, jak i szansą. Umożliwiła jej realizację celów, rozwój zawodowy i osobisty, a także zacieśnienie więzi rodzinnych. Pomimo trudności, Łucja postrzega swoją decyzję o przeprowadzce jako słuszną i korzystną dla jej przyszłości.

- Praca

Praca stanowiła jeden z najważniejszych tematów w rozmowie z Łucją, zajmując istotne miejsce w jej życiu codziennym i w procesie adaptacji do nowej rzeczywistości. Jak wskazano w analizie kodów, praca jako temat stanowiła 5,9% całości kodów, co potwierdza jej istotność w wywiadzie (por. rys 7). Łucja opisała swoją ścieżkę zawodową jako dynamiczną i pełną wyzwań, która rozpoczęła się od pracy na produkcji w Norwegii, a następnie ewoluowała do stanowiska biurowego i własnej firmy. Proces ten był związany zarówno z rozwojem jej kompetencji, jak i adaptacją do norweskiego rynku pracy. „*Zaczęłam na produkcji, ale wiedziałam, że chcę więcej. Postawiłam na naukę języka norweskiego i zaczęłam szukać pracy, która pozwoli mi się rozwijać*” – wyjaśniała. Awans na stanowisko biurowe pozwolił jej wykorzystać zdobyte umiejętności oraz rozwijać się zawodowo, co było dla niej dużym osiągnięciem: „*To, że pracuję teraz w biurze, daje mi poczucie spełnienia. Mogę zarządzać dokumentacją, kontrolować procesy – to coś, co lubię.*” Łucja zauważyła, że praca w Norwegii różni się od tej w Polsce, zwłaszcza pod względem organizacji czasu i atmosfery w miejscu pracy. „*W pracy tutaj jest większa elastyczność, ale też większa odpowiedzialność. To mnie motywuje, choć czasem jest stresujące.*” Jednym z wyzwań, z którymi się mierzy, jest konieczność radzenia sobie z dużą odpowiedzialnością w sytuacjach,



gdy musi zastępować doświadczoną koleżankę: *„Kiedy zostaję sama z całą dokumentacją i decyzjami, stres bywa duży, ale traktuję to jako szansę na rozwój.”* Łucja dostrzega także pozytywne aspekty swojej pracy, takie jak możliwość elastycznego dostosowania godzin pracy oraz rozwój zawodowy: *„Mogę pracować z domu, jeśli tego potrzebuję, a mój pracodawca docenia moje zaangażowanie i doświadczenie. To motywuje mnie, by starać się jeszcze bardziej.”* Łucja podkreśliła, że praca ma dla niej wymiar nie tylko zawodowy, ale także osobisty. Jest to sposób na budowanie poczucia własnej wartości oraz dowód na jej zdolność do adaptacji w nowym kraju: *„To, że pracuję w Norwegii w obcym języku, daje mi ogromną satysfakcję. Czuję, że osiągnęłam coś ważnego.”* Podsumowując, praca dla Łucji jest nie tylko środkiem do utrzymania rodziny, ale także narzędziem do realizacji ambicji, rozwoju zawodowego i budowania poczucia wartości w nowym środowisku. Jej historia zawodowa odzwierciedla zarówno wyzwania, jak i sukcesy związane z migracją i integracją w nowym kraju.

- Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne odegrało istotną rolę w procesie adaptacji Łucji do życia w Norwegii. Zarówno jej rodzina, jak i przyjaciele oraz otoczenie zawodowe były dla niej ważnym źródłem wsparcia emocjonalnego i praktycznego. Jak sama podkreślała: *„Mam wokół siebie ludzi, na których zawsze mogę liczyć, zarówno w Polsce, jak i tutaj w Norwegii.”* Największe wsparcie Łucja czerpie od swojej najbliższej rodziny, szczególnie męża, który aktywnie uczestniczy w opiece nad dzieckiem oraz wspiera ją w jej rozwoju zawodowym: *„Mój mąż zawsze mi pomaga, kiedy muszę wyjechać na szkolenie czy dłużej popracować. Wiem, że mogę na niego liczyć w każdej sytuacji.”* Poza rodziną Łucja nawiązała również trwałe relacje z dwiema bliskimi osobami spoza kręgu Polaków. Jedna z nich, jak sama zaznaczyła, jest *„przyjaciółką, z którą mogę rozmawiać o wszystkim, od codziennych spraw po poważniejsze tematy”*, natomiast druga osoba wspiera ją w dbaniu o zdrowie fizyczne, motywując do aktywności: *„Mój przyjaciel zachęca mnie do regularnych ćwiczeń. To dla mnie ważne, bo czasami trudno się zmotywować.”* Łucja wspomniała również o wsparciu, jakie otrzymuje od swojej psycholog, z którą współpracuje od lat: *„Moja psycholog pomaga mi radzić sobie z trudnymi momentami, zarówno teraz, jak i kiedyś, gdy miałam problemy w Polsce.”* Wskazuje, że dzięki tej relacji potrafi lepiej zarządzać stresem oraz znaleźć konstruktywne sposoby na radzenie sobie z wyzwaniami. Choć początkowo kontakty z norweską społecznością były dla Łucji ograniczone ze względu na barierę językową, teraz uważa, że relacje z Norwegami również stały się dla niej wartościowe: *„Kiedy zaczęłam*



mówić po norwesku, otworzyły się przede mną nowe możliwości, a kontakty z Norwegami stały się łatwiejsze.” Wsparcie społeczne ze strony Polaków w Norwegii miało dla niej mieszane znaczenie. Jak sama zauważyła: *„Na początku otaczałam się grupą Polaków, którzy byli bardzo negatywnie nastawieni do Norwegii. Dopiero gdy ograniczyłam te kontakty, zaczęłam lepiej się tu czuć.”* Podsumowując, wsparcie społeczne Łucji to kombinacja bliskich relacji rodzinnych, przyjaźni międzykulturowych oraz profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Każdy z tych elementów przyczynił się do jej poczucia stabilności i lepszego funkcjonowania w nowym środowisku.

- Inne

Podczas rozmowy z Łucją wyłoniły się również tematy, które nie zostały bezpośrednio przypisane do wcześniej zdefiniowanych kategorii, ale które w znaczący sposób odzwierciedlają jej życie i przemyślenia. Jednym z takich tematów była kwestia relacji Łucji z naturą oraz jej wpływu na samopoczucie. Jak zauważyła: *„Norwegia ma coś, co mnie uspokaja – przyroda, piękne widoki, góry, jeziora. To jest coś, co pozwala mi naładować baterie.”* Łucja podkreślała, że kontakt z naturą stał się dla niej ważnym sposobem na relaks i regenerację, szczególnie w momentach dużego stresu. Innym istotnym aspektem była refleksja nad integracją kulturową i wychowywaniem dziecka w dwujęzycznym środowisku. Łucja wyraziła swoje zdziwienie, gdy w jednej z instytucji norweskich została zapytana o to, czy w domu używają języka polskiego: *„Zdziwiłam się, gdy zapytano mnie, czy moje dziecko poradzi sobie językowo, skoro w domu mówimy po polsku. Uważam, że dwujęzyczność to raczej zaleta.”* Poruszyła również swoje podejście do organizacji czasu i priorytetów życiowych. Podkreśliła, jak ważna jest dla niej równowaga między pracą, rodziną a czasem wolnym: *„Mam wszystko poukładane – czy jest lato, czy zima, mam plan na każdy dzień. To daje mi spokój i poczucie kontroli.”* Łucja odniosła się także do trudnych początków w Norwegii, związanych z brakiem wsparcia i negatywnym nastawieniem niektórych osób w jej otoczeniu. Wyciągnęła z tego jednak pozytywne wnioski: *„Przestałam słuchać ludzi, którzy narzekali. Wzięłam sprawy w swoje ręce i zaczęłam czerpać z tego, co Norwegia ma do zaoferowania.”* Te elementy podkreślają szerokie spektrum doświadczeń i refleksji Łucji, które, choć nie zawsze wpisują się w klasyczne kategorie, dają pełniejszy obraz jej życia i sposobu radzenia sobie z różnorodnymi wyzwaniami.

Wyłonione słowa kluczowe



Łącznie transkrypcja badania z Łucją składała się z 8982 słów. Najczęściej używanym słowem było „wiesz” ($n = 116$), co może wskazywać na interaktywny charakter rozmowy oraz sposób budowania relacji. Kolejne słowo „powiem” ($n = 40$) może świadczyć o dążeniu Łucji do wyrażania swoich przemyśleń i podkreślenia istotnych dla niej kwestii. Często występujące „wiem” ($n = 39$) może ukazuje pewność Łucji w odniesieniu do omawianych kwestii, co mogło być związane z jej doświadczeniami zawodowymi lub osobistymi refleksjami. Słowo „gdzieś” ($n = 38$) sugeruje opisywanie przestrzeni, niekonkretnych miejsc lub przyszłościowych rozważań. Użycie „bardziej” ($n = 30$) wskazuje na stopniowanie emocji, doświadczeń lub decyzji, które były znaczące dla narracji. Słowo „taka” ($n = 28$) pojawiało się w kontekście opisywania szczególnych cech wydarzeń lub sytuacji. Wyraz „lęk” ($n = 24$) akcentuje emocjonalny wymiar rozmowy, zwłaszcza w odniesieniu do trudności, z jakimi Łucja się zmagала, natomiast „pracy” ($n = 24$) odzwierciedla istotne miejsce zagadnień zawodowych w jej narracji. „Norwegii” ($n = 23$) wskazuje na wagę tematów związanych z migracją i procesem adaptacji, natomiast „czuję” ($n = 20$) podkreśla introspektywny charakter rozmowy oraz emocjonalne zaangażowanie Łucji. Wypowiedzi Łucji odzwierciedlają bogate doświadczenie związane zarówno z adaptacją w nowym kraju, jak i z wyzwaniem osobistymi i zawodowymi (por. rys. 8).

Rysunek 8

Chmura słów występujących w wywiadzie z Łucją.



3.5.2 Pre i post test: Łucja

Po przeprowadzeniu badania Łucji otrzymano w badaniu testem PSS10 wyniki dla pre 22 i post 20 ze zmianą -2. Przy badaniu testem BDI-II otrzymane wyniki dla pre 9 i post 0 ze zmianą -9 pomiędzy nimi. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali S-ANG w podskali



F uzyskano wynik 5 w pre, a w post 5, ze zmianą 0. Dla podskali V dla pre 6 i dla post 5, ze zmianą -1. Dla podskali P dla pre uzyskano 5 i dla post 5, ze zmianą 0. Podsumowując, dla skali S-ANG otrzymano wyniki dla pre wynoszący 16, a dla post wynik 15, dając zmianę na poziomie -1 dla S-ANG. Dla przeprowadzonego testu STAXI-2 dla skali T-ANG w podskali T pre dało 13, a dla post wynik 6, dając zmianę -7. Dla podskali R dla pre wynik wynosił 8, a dla post 4, ze zmianą -4. Dla podskali w pre teście uzyskany wynik wyniósł 5, a w post teście 2, dając zmianę na poziomie -3. Łącznie T-ANG wyniósł w pre teście 26, a w post 12, dając zmianę -14. W skali STAXI-2 AE-AC dla podskali A/O w pre uzyskany wynik to 20, a dla post 11, dając zmianę -9. Dla podskali A/I w pre uzyskany wynik to 17, a dla post 8, dając zmianę -9. Dla podskali C/O było odpowiednio 5 i 2, dając zmianę końcową -3. Dla podskali C/I uzyskany wynik dla pre wyniósł 24, a dla post 32, dając zmianę 8. Dało to łącznie wskaźnik AX dla pre na poziomie 56 i 33 dla post testu, zmiana wyniosła więc dla tej skali -23. Podsumowując wyniki dla PSS10, można zauważyć redukcję wyniku o -2, co może wskazywać na zmniejszenie odczuwanego poziomu stresu. W badaniu BDI-II nastąpiła zmiana wyniku o -9, co może sugerować istotne zmniejszenie objawów depresyjnych po interwencji. W teście STAXI-2 w skali S-ANG zarejestrowano niewielki spadek dla podskal, dając łączną zmianę w skali S-ANG na poziomie -1, co może oznaczać zmniejszenie intensywności przeżywania chwilowego gniewu. W skali T-ANG otrzymano znaczące spadki w podskalach, dając łączną zmianę dla T-ANG na poziomie -14, co może wskazywać na istotną poprawę w poziomie złości rozumianej jako cecha. Dla skali AE-AC w teście STAXI-2 otrzymano łączną zmianę na poziomie -23, co może wskazywać na spadek w ekspresji złości i wzrost w jej kontroli. Na podstawie zebranych danych testowych można wnioskować, że interwencja biblioterapeutyczna przyniosła znaczące zmiany w kilku obszarach emocjonalnych i poznawczych. Otrzymane wyniki z interwencji korelują ze zmniejszeniem odczuwanego stresu, redukcją objawów depresyjnych oraz poprawę w zarządzaniu gniewem. Wyniki te sugerują pozytywny związek interwencji z funkcjonowaniem emocjonalnym Łucji w testowanych większości obszarów (por. tab.18).

Tabela 18

Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Łucji

Test	PSS10	BDI-II	STAXI-2 S-ANG				STAXI-2 T-ANG			STAXI-2 AE-AC					
			F	V	P	SUM	T	R	SUM	A/O	A/I	C/O	C/I	AX	
pre	22	9	5	6	5	16	13	8	5	26	20	17	5	24	56
post	20	0	5	5	5	15	6	4	2	12	11	8	2	32	33
zmiana	-2	-9	0	-1	0	-1	-7	-4	-3	-14	-9	-9	-3	8	-23



3.6.1 Studium przypadku: Wiesława

Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego.

Wywiad z Wiesławą został przeprowadzony zgodnie z wcześniej ustalonym harmonogramem w bibliotece. Przebiegał w atmosferze sprzyjającej otwartej i szczerzej rozmowy, uczestniczka wykazała dużą otwartość i zaangażowanie. Wiesława odpowiadała na pytania z refleksją i szczegółowością, starając się wiernie przedstawić swoje doświadczenia, jednocześnie wykazując emocjonalne zaangażowanie, które wzmacniało przekaz jej wypowiedzi. Afekt badanej był spójny z poruszonymi tematami, co świadczyło o jej autentyczności i szczerości. W trakcie rozmowy można było zauważyć różne natężenie emocji. Wiesława wyrażała spokój i zadowolenie, opisując swoją stabilizację życiową i zawodową w Norwegii. Przejawiało się to w stwierdzeniach takich jak: „*Jestem spokojniejsza i mniej nerwowa niż w Polsce.*” Radość i satysfakcję wniosła do rozmowy, mówiąc o swoich zainteresowaniach, takich jak czytanie książek i gotowanie, które określała jako „*czas dla siebie.*” Jednocześnie w jej głosie można było wyczuć troskę i napięcie, gdy mówiła o zdrowiu dziecka i konieczności ciągłego monitorowania jego stanu zdrowia, co podsumowała stwierdzeniem: „*To jest mój lęk, który chciałabym wyrzucić z siebie, ale się nie da*” (por. tab. 19).

Tabela 19

Wiesława – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego

Pseudonim	Wiesława
Wiek	≥ 40
Wykształcenie	Wyższe
W związku	Małżeństwo
Dzieci	≤ 2
Zatrudnienie	Stała umowa o pracę
Na stałe w Norwegii	Tak

Dominującymi tematami w rozmowie z Wiesławą były zagadnienia związane z kategorią Migracja, gdzie kluczowy kod *Strategie adaptacji* stanowił 6% całości kodów (por. tab. 20 i rys. 9). Wiesława chętnie omawiała kwestie związane z adaptacją w Norwegii,



podkreślając znaczenie języka, kultury pracy oraz relacji społecznych w procesie osiedlania się w nowym kraju. W jej narracji można dostrzec refleksje nad wyzwaniem, jakie napotkała oraz strategiami, które przyczyniły się do poprawy jakości życia i integracji z lokalnym środowiskiem. Kolejnym istotnym tematem była kategoria Praca, gdzie kod *Praca jako temat* stanowił 5,3% całości kodów. Wiesława wskazywała na różnice w kulturze pracy między Polską a Norwegią, opisując swoje doświadczenia zawodowe jako bardziej spokojne i sprzyjające jej samopoczuciu. Praca była dla niej nie tylko źródłem utrzymania, ale także przestrzenią dla rozwoju zawodowego oraz budowania nowych relacji społecznych. Ważnym aspektem rozmowy była również kategoria Socjodemograficzne, w której kody *Partner* oraz *Dzieci* łącznie stanowiły 8,7% całości kodów. Wiesława akcentowała rolę swojej rodziny w procesie migracji i adaptacji, podkreślając znaczenie wsparcia ze strony męża oraz dzieci w codziennym życiu. Wypowiedzi te ilustrują, jak ważna była stabilność rodzinna i wzajemna pomoc w radzeniu sobie z nowymi wyzwaniami. Zagadnienia związane ze Zdrowiem i chorobami, kodowane jako *Choroby* (3,5%), były również istotnym wątkiem w rozmowie. Wiesława mówiła o wpływie opieki zdrowotnej w Norwegii na poprawę jej jakości życia oraz jej rodziny oraz o wyzwaniach wynikających z choroby dziecka. Podkreślała, że wsparcie systemu opieki zdrowotnej w Norwegii znacząco zmniejszyło jej stres i poprawiło poczucie bezpieczeństwa. Inne istotne kategorie to Emocje i samopoczucie, gdzie kody *Czas wolny* oraz *Stres jako temat* (po 2,9%) odzwierciedlały jej podejście do radzenia sobie z codziennymi trudnościami oraz znaczenie regeneracji psychicznej poprzez czas wolny i hobby. Wiesława opisywała, jak czas spędzony na czytaniu książek i innych relaksujących aktywnościach pomaga jej zachować równowagę emocjonalną. Podsumowując, analiza kodowa wywiadu pokazuje, że dominującymi wątkami były refleksje Wiesławy dotyczące migracji, pracy oraz rodziny. Te kategorie tworzyły spójną narrację na temat jej doświadczeń, podkreślając zmiany, jakie zaszły w jej życiu w wyniku migracji oraz strategie, które pomogły jej odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

Rysunek 9

Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Wiesławą



migracją są w większości pozytywne. Wsparcie, jakie otrzymała zarówno od Norwegów, jak i od polskiej społeczności, ułatwiło jej adaptację do nowego środowiska i poprawiło jakość życia jej rodziny.

- Doświadczenie życiowe

Wiesława, posiada bogate doświadczenia życiowe związane zarówno z pracą zawodową, edukacją, jak i życiem rodzinnym. W Polsce przez ponad dekadę pracowała w zawodzie niezwiązanym z wykształceniem, co pozwoliło jej zdobyć i rozszerzyć praktyczne umiejętności zawodowe. Jak sama wspomina: *„Przez te lat pracowałam (...), gdzie zdobyłam doświadczenie, ale wiedziałam, że chcę coś zmienić.”* Decyzja o migracji do Norwegii była początkowo motywowana finansowo, aby pokryć koszty leczenia dziecka: *„[ImięPartnera] pracował w (...), żeby zarobić na pompę (...) dla dziecka.”* Z czasem Wiesława doceniła nowe możliwości rozwoju, jakie oferuje życie w Norwegii. Jej doświadczenia w Norwegii obejmują zarówno trudności związane z nauką języka norweskiego, jak i proces adaptacji do nowego systemu zawodowego i edukacyjnego. Jak sama zaznacza: *„Język na początku był dużym stresem, nie byłam pewna, czy dam radę pisać egzaminy i wykonywać prace pisemne.”* Dzięki wytrwałości ukończyła szkołę dla dorosłych, co umożliwiło jej zdobycie nowych kwalifikacji zawodowych: *„Chciałam zmienić swój zawód, swoje wykształcenie, dlatego poszłam do szkoły dla dorosłych, a teraz odbywam praktyki zawodowe.”* Wiesława ceni spokój i rytm życia w Norwegii, które wpłynęły pozytywnie na jej zdrowie psychiczne: *„Jestem tu zdecydowanie spokojniejsza, mniej nerwowa niż w Polsce.”* Podkreśla różnice między kulturą pracy w Polsce i Norwegii, zaznaczając, że norweskie środowisko zawodowe charakteryzuje się mniejszym stresem: *„W Polsce wszystko robi się szybko, a tutaj pracuje się bez pośpiechu i bardziej bezstresowo.”* Stabilizacja finansowa i możliwość spędzania czasu na rozwijaniu swoich pasji, takich jak czytanie książek, pozwoliły jej na osiągnięcie równowagi w życiu codziennym: *„Czytam książki namiętnie, to mój czas tylko dla siebie.”* Jednym z kluczowych doświadczeń życiowych Wiesławy jest radzenie sobie z wyzwaniami związanymi z chorobą dziecka: *„Mój lęk o dziecko jest głęboko we mnie zakorzeniony. Nawet jeśli wiem, że już sobie świetnie radzi, to wciąż czuję potrzebę czuwać.”* Ten aspekt odgrywał znaczącą rolę w jej decyzjach i wpływał na poziom stresu zarówno przed, jak i po migracji. Mimo to Wiesława ocenia swoje doświadczenia migracyjne jako pozytywne, dzięki wsparciu rodziny, norweskich instytucji i otoczenia społecznego: *„Spotkałam ludzi otwartych, pomocnych i pozytywnych, dzięki nim adaptacja była łatwiejsza.”* Jak sama podsumowuje: *„Warto wierzyć*



w siebie i spróbować czegoś nowego, żeby mieć satysfakcję, że byłam w stanie to zrobić, mimo że nie wierzyłam w siebie.”

- Samopoczucie

Wiesława podkreśla, że jej samopoczucie znacząco poprawiło się po migracji do Norwegii. Jak sama zauważa: *„Jestem tu zdecydowanie spokojniejsza, mniej nerwowa niż w Polsce. Zdecydowanie jeździ mi się lepiej samochodem tutaj.”* Duży wpływ na jej pozytywny stan psychiczny ma spokojny rytm życia i kontakt z naturą: *„Lubię ten wiatr, deszcz. Lubię ciemność, która panuje w jesiennie-zimowych miesiącach.”* Wiesława ocenia swoje codzienne samopoczucie jako dobre: *„Ja ogólnie zazwyczaj mam dobre samopoczucie, chyba, że jestem fizycznie chora, to co innego.”* Podkreśla, że nie doświadcza depresji ani stanów obniżonego nastroju: *„Nie mam żadnych depresji, dołów. Nie. To nie ja.”* Migracja do Norwegii, w tym stabilizacja finansowa i uporządkowanie codziennego życia, miały pozytywny wpływ na jej kondycję psychiczną: *„Jesteśmy stabilni finansowo i dlatego jestem stabilna psychicznie, bo nie muszę po prostu się stresować innymi rzeczami.”* Wiesława zwraca uwagę na różnice między życiem w Polsce a Norwegii: *„W Polsce żyje się dwa razy szybciej. Tutaj jest spokojniej w mojej głowie.”* Codzienne rytuały, takie jak czytanie książek, pomagają Wiesławie utrzymać dobre samopoczucie i równowagę emocjonalną: *„Robię sobie herbatkę z imbirem i cytryną, czytam książkę. To jest mój czas, tylko dla mnie.”* Jej pozytywne nastawienie do życia w Norwegii przekłada się także na ogólną ocenę jej sytuacji życiowej: *„Ja w ogóle absolutnie nie mogę na nic narzekać, jeżeli chodzi o Norwegię.”*

- Znajomość biblioterapii, CBT, psychoterapii

Wiesława nie miała wcześniejszych doświadczeń ani wiedzy o biblioterapii, choć sama jest pasjonatką czytania: *„Nie słyszałam wcześniej o biblioterapii, ale co to jest?”* Po wyjaśnieniu, że biblioterapia polega na czytaniu książek z przesłaniem terapeutycznym, Wiesława z entuzjazmem podchodzi do tej idei, zauważając: *„Ale robię tę terapię codziennie, jeżeli chodzi o książkę. (...) Moja książka jest wszędzie, dlatego zawsze ją obkładam w okładkę.”* Jej codzienne czytanie stało się integralną częścią życia i sposobem na relaks oraz rozwój: *„Czytam namiętnie. To mój czas, tylko dla mnie.”* Wiesława ceni literaturę obyczajową, historyczną, a także kryminalną: *„Lubię czytać historyczne, zwłaszcza związane z II wojną światową. To mnie interesuje.”* Wiesława nie miała wcześniejszego kontaktu z psychoterapią ani CBT. Jak sama mówi: *„Nie mam za dużo pojęcia o tym temacie.”* Po krótkim wyjaśnieniu zasad CBT i jego założeń, Wiesława zaczyna dostrzegać potencjał tej



metody: „*To znaczy, że możemy wpływać na swoje zachowanie poprzez to, jak myślimy. Okej, to ciekawe.*” Chociaż Wiesława nie miała bezpośrednich doświadczeń z psychoterapią, wyrażała otwartość na nowe koncepcje, takie jak biblioterapia i chętnie angażowała się w poznawanie ich w ramach badania: „*Nigdy na czymś takim nie byłam, więc oddaję się cała... będziemy nad tym pracować.*”

- Lęk i zamartwianie

Wiesława doświadczała lęków, które są głównie związane z chorobą jej dziecka: „*Wiesz, to jest takie wybudzanie się w nocy nagle i patrzenie w aplikację, czy wszystko jest dobrze, czy nie.*” Lęk ten wynikał z potrzeby ciągłego czuwania nad zdrowiem dziecka, nawet jeżeli wiedział, że jest ono w stanie samo sobie poradzić: „*Wiem, że świetnie sobie poradzi, ale mimo wszystko mam to cały czas w głowie.*” Opisując swoje uczucia, Wiesława podkreśla ich głęboko zakorzeniony charakter: „*To jest coś, co ja bym chciała wyrwalić z siebie, a się nie da. To jest już tak głęboko we mnie, że nie potrafię się od tego uwolnić.*” Mimo że rozumie, że dziecko stało się bardziej samodzielne, nie potrafi przestać myśleć o jego bezpieczeństwie: „*[On/a] przejął/a już większość moich obowiązków, ale ja nie potrafię tego wyrzucić sobie z głowy.*” Wiesława szukała wsparcia w grupach pomocowych, takich jak społeczności rodziców dzieci z podobnymi problemami: „*Jak wejdiesz na grupę i widzisz, że ktoś ma takie same problemy, jak ty, to jest ciszej.*” Oprócz tego, duże wsparcie emocjonalne otrzymywała od rodziny: „*Babcia zawsze pyta, czy może zrobić naleśniki, czy dziecko ma odpowiedni poziom (...), czy nie.*” Mimo że lęk Wiesławy był bardzo silny w tym wymiarze, starała się z nimi radzić, ale nie zawsze jej się to udawało: „*Jestem uzależniona od telefonu, ciągle patrzę, czy coś się dzieje, czy nie.*” Na pytanie, czy chciałaby zmniejszyć swój poziom lęku, odpowiedziała: „*Chciałabym, żeby było trochę lekkości w głowie, żeby nie musiała o tym ciągle myśleć.*” Wiesławy mówiła też o innym rodzaju lęku, takim jak strach przed pajakami: „*Kocham gady, żaby mogę całować, ale jak widzę pajaka, to mam wszystko wiotkie w sobie.*” Jednak ten rodzaj lęku był zdecydowanie mniej obciążający w porównaniu z lękiem o dziecko. Podsumowując, lęk w życiu Wiesławy wynikał przede wszystkim z poczucia odpowiedzialności za zdrowie dziecka. Mimo wsparcia rodziny i społeczności, był to stan emocjonalny, która wciąż wpływa na jej codzienność i którego trudno jej się pozbyć.

- Stres

Stres w życiu Wiesławy wynika z różnych obszarów jej codzienności, jednak najbardziej zauważalny jest w kontekście zawodowym i związany z chorobą dziecka. W



pracy stres wynika z odpowiedzialności za decyzje zawodowe: „*To jest stres, bo jesteś za tych ludzi odpowiedzialny, twoja decyzja warunkuje, co się z tym [RodzajKlienta] dalej dzieje.*” Szczególnie na początku swojej pracy w nowym środowisku Wiesława odczuwała niepewność wynikającą z niewystarczającej znajomości języka norweskiego i specyfiki lokalnego systemu: „*Nie byłam pewna siebie, czy podołam językowo, czy dam radę pisać egzaminy i wykonywać prace pisemne.*” Choroba dziecka to kolejny istotny czynnik stresogenny. Wiesława przyznaje, że poczucie odpowiedzialności za zdrowie dziecka jest głęboko zakorzenione: „*To jest taki ciągły stres, że muszę być na baczność, cały czas czuwać, nawet jeśli wiem, że już tego nie potrzebuje.*” Choć sytuacja w Norwegii pozwoliła na większy spokój dzięki lepszemu dostępowi do opieki zdrowotnej, stres związany z chorobą dziecka pozostał stałym elementem jej życia. Wiesława podkreślała także różnice w poziomie stresu między życiem w Polsce a w Norwegii. Życie w Norwegii przyniosło jej większy spokój: „*Tutaj żyję bardzo spokojnie, w Polsce miałam wrażenie, że wszystko dzieje się dwa razy szybciej.*” Zauważała, że norweski styl życia pozwolił na redukcję stresu i dał więcej przestrzeni na odpoczynek: „*Tu po prostu masz czas dla siebie. Możesz iść na spacer, nikt cię nie goni.*” Wiesława szukała sposobów na radzenie sobie ze stresem, na przykład analizując swoje działania po zakończeniu dnia pracy: „*Wracam do domu i analizuję w głowie, co mogłam zrobić lepiej, jak mogłam bardziej pomóc.*” Mimo to, zauważała, że wraz ze wzrostem doświadczenia zawodowego poziom stresu maleje: „*Jak zyskam więcej doświadczenia i zobaczę, jak funkcjonują różne działy, stres na pewno się zmniejszy.*” Podsumowując, stres w życiu Wiesławy ma różnorodne źródła, ale głównie wynika z odpowiedzialności zawodowej i troski o zdrowie dziecka. Pomimo tych wyzwań, Wiesława ocenia swoje życie w Norwegii jako bardziej spokojne i mniej stresujące w porównaniu z doświadczeniami w Polsce.

- Depresja

Wiesława nie doświadczała depresji ani jej objawów, co sama podkreślała w rozmowie: „*Nie mam żadnych depresji, dołów. To nie ja.*” Jej ogólne samopoczucie psychiczne jest dobre, a codzienne wyzwania nie prowadzą do trwałego obniżenia nastroju. Wiesława wiąże swoje dobre samopoczucie z życiem w Norwegii, które określała jako spokojniejsze i mniej stresujące niż w Polsce. Uważa, że rytm życia w Norwegii oraz lepszy dostęp do usług zdrowotnych przyczyniły się do poprawy jej zdrowia psychicznego: „*Jestem tu zdecydowanie spokojniejsza, mniej nerwowa niż w Polsce.*” Wiesława zauważała, że spokój i stabilizacja w Norwegii wpłynęły pozytywnie na jej ogólne samopoczucie: „*Żyję*



tutaj swoim życiem, a nie życiem całej rodziny. Mam czas na swoje hobby, na czytanie książek, gotowanie. To daje mi poczucie równowagi.” Podsumowując, brak depresji w doświadczeniach Wiesławy może być związany z pozytywnymi zmianami, jakie zaszły w jej życiu po migracji do Norwegii. Stabilizacja, spokój i możliwość rozwoju osobistego wpłynęły na jej pozytywną ocenę zdrowia psychicznego.

- Złość

Złość nie odgrywa dominującej roli w emocjonalnym życiu Wiesławy. Najczęściej dotyczy ona drobnych, codziennych spraw, które wynikają z obowiązków domowych, takich jak np. opieka nad zwierzęciem domowym. Tego rodzaju sytuacje ograniczały jej spontaniczność, np. możliwość wyjazdów na krótkie wycieczki. Podkreślała jednak, że życie w Norwegii rzadko dostarcza jej powodów do złości. Wiesława ceni sobie spokojny rytm życia w tym kraju, który pozwala jej na unikanie emocji negatywnych, typowych dla bardziej stresującego środowiska w Polsce. Jak sama mówiła: *„Nie mam tu sytuacji, które wywołują u mnie złość. Wręcz przeciwnie, jestem pozytywnie nastawiona do [MiejsceZamieszkania].”* Jej sposób radzenia sobie z frustracjami również odzwierciedla spokojne podejście do codziennych wyzwań. Złość, gdy się pojawia, jest neutralizowana przez rytuały relaksacyjne, takie jak czytanie książek czy przygotowanie herbaty z imbirami i cytryną: *„Robię sobie herbatkę z imbirkiem i cytryną, czytam książkę. To jest mój czas, tylko dla mnie.”* Złość dla Wiesławy jest marginalnym elementem jej życia i nie wynika z jej sytuacji migracyjnej czy zawodowej. Skupiła się głównie na drobnych niedogodnościach domowych, które były łagodzone przez aktywności relaksacyjne. Jej ogólny spokój i pozytywne nastawienie do życia w Norwegii znacząco ograniczają występowanie złości w codziennym funkcjonowaniu.

- Poczucie własnej wartości

Wiesława określiła swoje poczucie własnej wartości jako raczej niskie, podkreślając: *„Nigdy nie miałam wysokiego poczucia własnej wartości, zawsze byłam raczej z tych wycofanych.”* Nie miała więc też tendencji do wyróżniania się ani dominowania w grupie, co wyrażała w słowach: *„Nie lubię się wybijać ani wyróżniać. Wolę być gdzieś w drugim rzędzie.”* Poczucie własnej wartości Wiesławy nie zmieniło się znacząco po migracji do Norwegii: *„Ja to tak mam od dziecka i chyba tak już zostanie.”* Wiesława wskazywała, że jej wewnętrzne przekonania o własnych możliwościach nie zawsze odzwierciedlają rzeczywistość, ponieważ, mimo obaw, często osiąga zamierzone cele: *„Uczyłam się, a potem okazywało się, że wynik był dobry, ale cały czas myślę: a co, jeśli zapomnę albo coś mnie*



zablokuje?.” Może to wskazywać też na możliwą tendencję do zamartwiania się. Pomimo tych wyzwań Wiesława uważała, że niskie poczucie własnej wartości nie wpłynęło znacząco na jej samopoczucie: *„Mam samopoczucie raczej dobre i pozytywne, więc myślę, że to nie jest dla mnie problem.”* Nie odczuwała też potrzeby zmiany tego stanu rzeczy: *„Już się przyzwyczaiłam, że jestem zawsze taka w oddali. Nie, chyba nie chciałabym tego zmieniać..”* Wiesława ma stabilne, ale niskie poczucie własnej wartości, które nie uległo zmianie po migracji. Postrzegała siebie jako osobę wycofaną, ale funkcjonującą skutecznie w swoim środowisku. Nie odczuwała też potrzeby zmiany swojej postawy, gdyż nie postrzega jej jako problematycznej, akceptując samą siebie na obecnym etapie życia.

- Migracja

Migracja do Norwegii była dla Wiesławy procesem, który wymagał przystosowania do nowych warunków, ale przyniósł również wiele korzyści. Wiesława podkreśla, że kluczowym czynnikiem ułatwiającym jej adaptację było wsparcie, jakie otrzymała od norweskich instytucji i otoczenia: *„NAV mi bardzo pomógł, wskazując, gdzie powinnam zacząć wszystko i jak mogę się rozwijać.”* Szczególnie doceniała pomoc w zakresie dojazdów do szkoły i pracy, co znacząco ułatwiło jej codzienne funkcjonowanie. Proces migracji miał także wymiar edukacyjny. Wiesława wspominała, że nauka języka norweskiego była jednym z największych wyzwań: *„Gdy przyjechałam, nie znałam języka i to był bardzo duży stres.”* Pomimo początkowych trudności, Wiesława stopniowo nabrała pewności siebie w posługiwaniu się językiem i włączała się w lokalne życie społeczne: *„Teraz jestem w stanie się porozumiewać, a jeśli nie znam jakiegoś słowa, znajduję sposób, żeby wytłumaczyć, o co mi chodzi.”* Migracja wpłynęła pozytywnie na jej życie rodzinne i osobiste, rodzina zacieśniła więzi, a jej codzienność w Norwegii stała się bardziej uporządkowana i stabilna: *„Czujemy się tutaj stabilnie jako rodzina, każdy zna swoje obowiązki i mamy czas na rozwijanie własnych pasji.”* Wiesława podkreślała również, że kontakt z polską tradycją jest dla niej ważny: *„Podtrzymujemy nasze tradycje i uczymy dzieci, żeby również pamiętały o swoich korzeniach.”* Jednocześnie chętnie uczestniczyła w norweskiej kulturze: *„Uważam, że warto integrować się z Norwegami, bo to pozwala lepiej zrozumieć ich sposób życia.”* Wiesława realizowała więc strategię integracji według modelu akulturacji Berry’ego z jednoczesnym zachowaniem własnej tożsamości kulturowej oraz aktywnym angażowaniem się w życie społeczne i zawodowe w Norwegii. Podsumowując, migracja była dla Wiesławy zarówno wyzwaniem, jak i okazją do rozwoju. Dzięki determinacji i wsparciu z otoczenia udało jej się



zbudować stabilne życie w Norwegii, w którym łączyła polskie korzenie z norweską codziennością.

- Praca

Wiesława postrzega swoją pracę w Norwegii jako bardziej zrównoważoną i mniej stresującą w porównaniu do doświadczeń zawodowych w Polsce. Zauważała, że norweska kultura pracy kładzie większy nacisk na spokój i komfort pracowników: *„Tutaj pracuje się bez pośpiechu, nie ma tego presji, która była w Polsce.”* Docenia także większe zrozumienie i wsparcie, jakie otrzymuje w swoim miejscu pracy: *„Moi współpracownicy są pomocni i otwarci, zawsze mogę liczyć na wsparcie, kiedy czegoś nie wiem.”* Wiesława odbywała praktyki zawodowe, które są zgodne z jej nową ścieżką kariery. Praca ta dawała jej satysfakcję i poczucie, że może rozwijać się w obszarze, który wybrała świadomie: *„Czuję, że to, co robię, ma sens, bo pracuję z ludźmi, co zawsze było dla mnie ważne.”* Mimo początkowych obaw związanych z brakiem doświadczenia w norweskim systemie, zdobywanie praktyki pozwalało jej na stopniowe osvajanie się z nowymi obowiązkami: *„Z każdym dniem czuję się pewniej i widzę, że nabieram doświadczenia.”* Jednym z głównych wyzwań, jakie napotkała na swojej drodze zawodowej, była bariera językowa. Początkowo brak znajomości norweskiego utrudniał jej komunikację z klientami i współpracownikami: *„Nie byłam pewna, czy podołam językowo, ale z czasem udało mi się przelamać ten strach.”* Wsparcie ze strony norweskich instytucji, takich jak NAV, umożliwiło jej uczestnictwo w kursach językowych i zdobycie niezbędnych kwalifikacji. Wiesława zwracała również uwagę na różnice w relacjach zawodowych. W Norwegii dostrzegała większy szacunek dla pracowników i ich potrzeb: *„W Polsce miałam wrażenie, że wszystko trzeba robić szybko i bez błędów, tutaj jest inaczej, bardziej ludzko.”* Ta zmiana pozwoliła jej na lepsze samopoczucie w miejscu pracy i większe zaangażowanie w wykonywane obowiązki. Podsumowując, Wiesława postrzegała swoją pracę w Norwegii jako mniej stresującą i bardziej dostosowaną do potrzeb pracowników. Choć na początku mierzyła się z wyzwaniami, takimi jak bariera językowa, dzięki determinacji i wsparciu udało jej się znaleźć swoje miejsce w norweskim systemie pracy.

- Wsparcie społeczne

Wsparcie społeczne odegrało kluczową rolę w procesie adaptacji Wiesławy do życia w Norwegii. Szczególnie istotne było wsparcie, jakie otrzymała od norweskich instytucji i osób, które spotkała na swojej drodze. Wspominała m.in. o pomocy, jaką zapewniły jej osoby



prowadzące kursy zawodowe i językowe: „*Osoba prowadząca kurs zaproponowała, żebym poszła do szkoły i wspierała mnie na każdym kroku.*” Dzięki temu Wiesława mogła zdobyć nowe kwalifikacje, które pomogły jej w zmianie ścieżki zawodowej. Norweski system pomocy społecznej, w tym NAV, zapewnił Wiesławie nie tylko finansowe wsparcie, ale także praktyczne porady i wskazówki, jak poradzić sobie z różnymi wyzwaniami: „*NAV pomógł mi w dofinansowaniu dojazdów na praktyki i nakierował na odpowiednie rozwiązania.*” Również rodzina odegrała ważną rolę w procesie adaptacji. Wiesława podkreśla, że jej mąż i dziecko szybko odnaleźli się w Norwegii, co pozytywnie wpłynęło na jej samopoczucie: „*Dziecko szybko nauczyło się języka, a mąż był tutaj wcześniej, co pomogło nam zacząć wszystko od zera.*” Szczególne wsparcie zapewniała także dalsza rodzina, która wykazywała zrozumienie i troskę: „*Codzienny kontakt z rodzicami i bliskimi był dla mnie bardzo ważny, pomagał mi zachować równowagę.*” Internetowe grupy wsparcia, zwłaszcza dla rodziców dzieci z chorobami przewlekłymi, również okazały się cennym źródłem pomocy emocjonalnej: „*Na grupie mogłam zobaczyć, że inni rodzice mają podobne problemy, co pomagało mi czuć się mniej samotną w tych wyzwaniach.*” Sąsiedzi i współpracownicy również przyczynili się do jej integracji w nowym środowisku. Wiesława ceniła sobie ich otwartość i gotowość do pomocy: „*Sąsiedzi zawsze byli gotowi coś doradzić albo po prostu zaprosić na kawę, co było dla mnie bardzo mile.*” Podsumowując, wsparcie społeczne Wiesławy obejmowało zarówno formalne struktury instytucji norweskich, jak i nieformalne relacje rodzinne, sąsiedzkie oraz społecznościowe. To wsparcie okazało się ważnym elementem jej pozytywnego doświadczenia migracyjnego i pomogło jej lepiej funkcjonować w nowym środowisku.

- Inne

Wiesława dostrzegała różne drobne aspekty życia w Norwegii, które ułatwiają jej codzienne funkcjonowanie i wpływają na jej pozytywną ocenę nowego miejsca zamieszkania. Jednym z nich jest efektywność i prostota organizacji życia codziennego: „*Wszystko tutaj jest uporządkowane. Na przykład przypomnienia o wizytach u lekarza SMS-em to coś, co naprawdę ułatwia życie.*” Ceniła sobie również możliwość uczestniczenia w wydarzeniach lokalnych oraz interakcje z mieszkańcami Norwegii: „*W Norwegii to, co mnie cieszy, to święta narodowe, takie jak 17 maja. Możemy w tym uczestniczyć, czujemy się częścią tej społeczności.*” Choć Wiesława jest dobrze zintegrowana z lokalną społecznością, dba także o podtrzymywanie kontaktów z rodziną w Polsce. Wyjazdy do ojczyzny oraz pielęgnowanie tradycji polskich są dla niej niezwykle istotne: „*Co roku jeździmy na trzy tygodnie do Polski. To dla nas czas, żeby odwiedzić rodzinę, zobaczyć znajomych i być bliżej korzeni.*” Jednym z



ulubionych aspektów życia w Norwegii, który Wiesława szczególnie podkreśla, jest bliskość natury oraz możliwości rekreacyjne: „*Uwielbiam spacerować po lasach i nad jeziorami. Tutejsza przyroda pozwala na prawdziwy odpoczynek i refleksję.*” Podsumowując, inne aspekty życia Wiesławy w Norwegii pokazują, jak czerpie radość z codzienności i wykorzystuje możliwości, jakie daje jej nowe środowisko. Organizacja życia, kontakt z naturą oraz uczestnictwo w kulturze lokalnej stanowią integralną część jej pozytywnego doświadczenia migracyjnego.

Wyłonione słowa kluczowe

Łącznie transkrypcja badania z Wiesławą składała się z 9093 słów, wśród których wyłoniono 10 najczęściej powtarzających się wyrazów, pozwalające na identyfikację kluczowych tematów w jej narracji. Najczęściej używanym słowem było „wiem” ($n = 31$), co może wskazywać na pewność Wiesławy w odniesieniu do omawianych kwestii. Może to świadczyć o jej refleksyjności oraz świadomości związanej z własnymi doświadczeniami, zwłaszcza w kontekście rodziny, pracy i migracji. Kolejne słowo „chodzi (o)” ($n = 27$) może wskazywać na sposób, w jaki Wiesława starała się precyzować swoje wypowiedzi i wyjaśniać omawiane kwestie. Sugeruje to dążenie do jasności i podkreślenia istotnych dla niej aspektów rozmowy. Często pojawiające się „czas” ($n = 27$) odzwierciedla znaczenie, jakie Wiesława przywiązuje do organizacji swojego dnia oraz rytmu życia. Słowo to może również wskazywać na różnice między tempem życia w Norwegii a Polską, co było istotnym elementem jej migracyjnych doświadczeń. Słowo „ImięDziecka” ($n = 25$) podkreśla centralną rolę dziecka i rodziny w narracji Wiesławy, a w szczególności jej troskę o zdrowie dziecka jako ważnego motywu podejmowanych przez nią decyzji życiowych. Słowo „pracy” ($n = 25$) może odzwierciedlać ważne miejsce zagadnień zawodowych w narracji Wiesławy. Jej wypowiedzi podkreślają wagę adaptacji do nowego środowiska zawodowego oraz znaczenie satysfakcji z wykonywanej pracy. Często używane „myślę” ($n = 24$) wskazuje na introspektywny charakter rozmowy i skłonność Wiesławy do refleksji nad swoimi doświadczeniami i wyborami życiowymi. Słowo to może również akcentować proces analizowania zmian, które zaszły w jej życiu po migracji. „Mogę” ($n = 23$) pojawia się w kontekście wyrażania przez Wiesławę swoich możliwości i sprawczości. Może to odzwierciedlać jej poczucie, że zyskała większą kontrolę nad swoim życiem po przeprowadzce do Norwegii. „Muszę” ($n = 23$) podkreśla poczucie obowiązku i odpowiedzialności, zwłaszcza w kontekście rodziny i pracy. Słowo to odzwierciedla wyzwania, z jakimi Wiesława mierzy się na co dzień, próbując pogodzić różne role społeczne



dając zmianę 3. Dało to łącznie wskaźnik AX dla pre na poziomie 47 i dla post 43, zmiana wyniosła więc dla tej skali -4. Podsumowując wyniki dla PSS10, można zauważyć wzrost wyniku o 5, co może wskazywać na zwiększenie odczuwanego poziomu stresu. W badaniu BDI-II wynik pozostał niezmienny na poziomie 0, sugerując brak objawów depresyjnych zarówno przed, jak i po interwencji. W teście STAXI-2 w skali S-ANG zarejestrowano wzrost w podskalach F i V, dając łączną zmianę w skali S-ANG na poziomie 2, co może oznaczać większą intensywność przeżywania chwilowego gniewu. W skali T-ANG otrzymano niewielkie zróżnicowanie wyników, dając łączną zmianę na poziomie 0, co wskazuje na stabilność w poziomie złości rozumianej jako cecha. Dla skali AE-AC w teście STAXI-2 otrzymano łączną zmianę na poziomie -4 w wskaźniku AX, co może wskazywać na spadek ogólnej ekspresji złości i wzrost w jej kontroli. W szczególności, wzrost w podskalach C/O i C/I sugeruje lepszą kontrolę nad złością zarówno na zewnątrz, jak i do wewnątrz. Na podstawie zebranych danych testowych można wnioskować, że interwencja biblioterapeutyczna wpłynęła na kilka obszarów emocjonalnych. Zaobserwowano wzrost odczuwanego stresu oraz chwilowego gniewu, co może sugerować zwiększoną świadomość własnych emocji po interwencji, przy jednoczesnej poprawie w zakresie kontroli złości (por. tab.21).

Tabela 21

Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Wiesławy

Test	PSS10	BDI-II	STAXI-2 S-ANG			STAXI-2 T-ANG			STAXI-2 AE-AC						
			F	V	P	SUM	T	R	SUM	A/O	A/I	C/O	C/I	AX	
pre	20	0	5	5	5	15	7	7	2	16	10	17	2	26	47
post	25	0	6	6	5	17	6	7	3	16	12	15	3	29	43
zmiana	5	0	1	1	0	2	-1	0	1	0	2	-2	1	3	-4

3.7 Analiza wyników na podstawie treści wywiadów

W tej części przeprowadzono analizę treści wywiadów w celu określenia, w jaki sposób lęk, wsparcie społeczne oraz czynniki związane z pracą kształtowały doświadczenia uczestniczek. W pierwszej części wyłoniono lęk jako emocję badaną wyłącznie w metodzie jakościowej. Następnie zaprezentowano podobieństwo wzajemne obserwacji osób badanych prezentując dane uzyskane z narzędzia QDA w postaci grafu i macierzy. W prezentacji wyników badań dokonano indywidualnej analizy wcześniej przedstawionych danych.



3.7.1 Lęk

Na podstawie analizy własnej poziomu lęku w grupie badanych osób wyróżniono cztery poziomy natężenia: wysoki, umiarkowany, średni oraz minimalne natężenie. Ocena opierała się na analizie aspektów poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych. Barbara doświadczała wysokiego poziomu lęku, wynikającego z problemów zdrowotnych i obaw związanych z pracą. Negatywne schematy poznawcze prowadziły do katastrofizacji i poczucia beznadziei, możliwe, że wpływały na unikanie pełnego zaangażowania zawodowego. Wyniki sugerują możliwość zmiany poprzez pracę w ramach CBT. Celina wykazywała umiarkowany poziom lęku, skoncentrowany było on na powrocie do pracy i obawach o rodzinę. Jej lęk wynikał z niepewności i potrzeby wsparcia emocjonalnego, co przejawiało się np. w poszukiwaniu grup wsparcia. Sytuacja Celiny wpisuje się w teorię Spielbergera, opisującą lęk jako stan. Katarzyna odczuwała umiarkowany lęk związany z przyszłością dzieci. Obawy te miały charakter adaptacyjny, mobilizując ją do dbania o relacje rodzinne i aktywność fizyczną. Interpretacja wyników znajduje oparcie w modelu Barlowa, wskazującym na pozytywną rolę umiarkowanego lęku. Łucja i Wiesława charakteryzowały się minimalnym poziomem lęku. Brak negatywnych schematów poznawczych oraz stabilne emocje sprzyjały ich spokojnemu funkcjonowaniu. Regularne hobby i stabilny styl życia sugerują obecność skutecznych mechanizmów regulujących emocji. Podsumowując, w grupie zaobserwowano zróżnicowanie poziomów lęku. Wysoki lęk u Barbary sugeruje możliwość podjęcia interwencji, podczas gdy umiarkowany lęk Celiny i Katarzyny wskazuje na możliwość wsparcia sytuacyjnego. Minimalny lęk Łucji i Wiesławy potwierdza ich zdolność do skutecznego radzenia sobie z codziennymi wyzwaniami (por. tab. 22).

Tabela 22

Porównawcza poziomu lęku w grupie badanej n = 5³⁷

Osoba badana	Przejawy lęku	Natężenie	Poznawcze	Emocjonalne	Behawioralne
Barbara	Silny lęk związany z pracą	(4) Duże natężenie z	Negatywne schematy dotyczące	Przygnębiecie, obawy o przyszłość,	Unikanie pełnego zaangażowania zawodowego,

³⁷ Przyjęto kategoryzację natężenie lęku oznaczając ją w skali o 0-5 gdzie, (5) wysoki poziom lęku, (4) duża intensywność: głębokie obawy, trudności w codziennym funkcjonowaniu, (3) umiarkowana intensywność: lęk występujący w określonych sytuacjach, ale niedezorganizujący życia, (2) niska intensywność: lęk odczuwany sporadycznie, o niewielkim wpływie na funkcjonowanie, (1) minimalna intensywność: brak znaczących przejawów lęku w życiu codziennym, (0) brak objawów lęku.



	fabryce, problemy zdrowotne, lęk przed zmianą zawodową		zdrowia i pracy, katastrofizacja	poczucie beznadziei	potrzeba zmiany
Celina	Lęk związany (3) z powrotem Umiarkow do pracy po ane chorobie, umiarkowany niepokój o rodzinę		Niepewność i potrzeba wsparcia powrocie pracy	Niepewność, potrzeba w wsparcia do emocjonalnego	Poszukiwanie wsparcia grupowego
Katarzyn a	Lęk związany (2) Niskie z przyszłością dzieci, umiarkowany, skoncentrowa ny na relacjach rodzinnych		Obawy o dzieci, skoncentrowane na przyszłości	Troska o dzieci, umiarkowany stres	Dbanie o aktywność fizyczną, regularna komunikacja z rodziną
Łucja	Minimalny (1) lęk, spokojne Minimaln dostosowanie e do życia w Norwegii, brak większych obaw		Brak istotnych negatywnych myśli	Spokój, minimalne napięcie	Utrzymywanie stabilnego stylu życia
Wiesław a	Brak (1) istotnych Minimaln objawów e lęku, spokój		Brak negatywnych myśli, optymizm	Spokój i zadowolenie	Regularne aktywności, hobby, brak zachowań



związany z
nowym
stylem życia

unikania

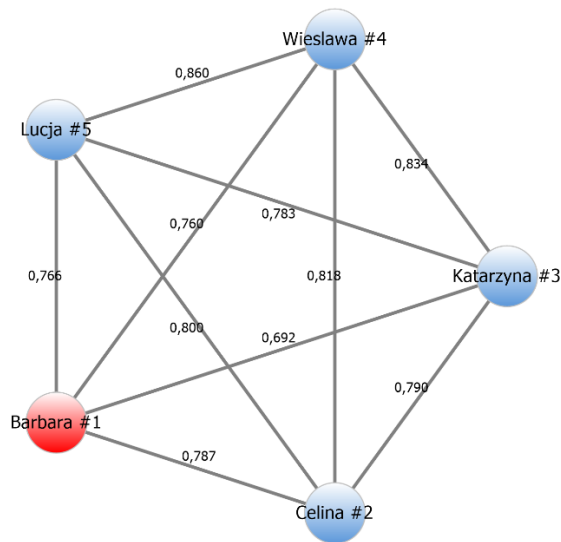
3.7.2 Podobieństwo obserwacji

Na podstawie zebranych informacji można wnioskować, iż najwyższe podobieństwo (0,860) występuje między Wiesławą a Lucją. To może oznaczać, że te dwie osoby w badanym obszarze miały najbardziej zbliżone stanowiska, narracje. Drugie w kolejności wysokie podobieństwo (0,834) pojawia się między Katarzyną a Wiesławą. Może to wskazywać, że Katarzynę i Wiesławę łączyły podobne motywy wypowiedzi, spójne doświadczenia czy przekonania. Najniższe podobieństwo (0,692) dotyczy Barbary i Katarzyny. Choć 0,692 to wciąż dość wysoki wynik, w odniesieniu do pozostałych korelacji oznacza, że Barbara różni się najbardziej (relatywnie) od Katarzyny w badanym zakresie. Ogólny można uznać, iż wystąpił wysoki poziom podobieństwa w badanej grupie (wszystkie wartości $> 0,69$) sugeruje, że cała piątka jest dość jednorodna. Może to oznaczać, że nie ma wśród nich skrajnie odrębnych poglądów, doświadczeń i postaw, co może to wpływać na wyniki badania.

Podsumowując, zarówno wizualizacja (graf z krawędziami i wartościami korelacji), jak i macierz liczbowa wskazują na wysoki stopień podobieństwa wszystkich pięciu osób. Niewielkie różnice (0,692 vs. 0,860) sugerują jednak, że pewne pary uczestniczek (np. Wiesława-Lucja) są wyjątkowo zbliżone, inne zaś (np. Barbara-Katarzyna) różnią się bardziej, choć nadal wykazują dość dużą korelację. W kontekście analizy jakościowej oznacza to dość spójną grupę z delikatnymi wewnętrznymi odmiennościami (por. rys. 11-12).

Rysunek 11

Wizualizacja podobieństw analizy treści wywiadów osób w badaniu jakościowym z wykorzystaniem QDA miner

**Rysunek 12**

Macierz podobieństw osób w badaniu jakościowym z wykorzystaniem QDA miner

	Barbara	Celina	Katarzyna	Wiesława	Lucja
Barbara	1,000	0,787	0,692	0,760	0,766
Celina	0,787	1,000	0,790	0,818	0,800
Katarzyna	0,692	0,790	1,000	0,834	0,783
Wiesława	0,760	0,818	0,834	1,000	0,860
Lucja	0,766	0,800	0,783	0,860	1,000

3.7.3 Barbara analiza badania

Po analizie i przedstawieniu wcześniej zebranego materiału dotyczącego Barbary, łączącego wywiad, dane jakościowe (analiza QDA Miner) oraz wyniki psychometryczne (PSS10, BDI-II, STAXI-2) przed i po interwencji biblioterapeutycznej, można zauważyć jak złożony jest obraz funkcjonowania tej osoby badanej. Analiza jakościowa wywiadu wykazała centralne znaczenie „Adaptacji w pracy” jako wątku powiązanego z innymi kategoriami – życiem rodzinnym, migracją oraz stanem zdrowia. Praca pełniła funkcję osi organizującej codzienność Barbary, stając się nie tylko źródłem stabilizacji finansowej, ale też obszarem wyzwań i stresu. W narracji badanej pojawiają się wyraźne wątki trudnych doświadczeń zawodowych, presji kulturowej oraz ograniczonego poczucia kontroli. Jednocześnie występowała refleksja nad własną sprawczością, wartościami i samooceną, co wskazuje na zwiększoną introspekcję oraz próby adaptacji poznawczej. Z perspektywy CBT taki kontekst może sprzyjać powstawaniu dysfunkcyjnych przekonań na temat własnej wartości, możliwości radzenia sobie czy poczucia bezpieczeństwa. Jednocześnie wdrożone oddziaływania, w tym biblioterapia, mogły stanowić formę wzmocnienia zasobów

poznawczych i behawioralnych, np. poprzez dostarczenie nowych treści do reinterpretacji sytuacji trudnych (w tym sytuacji migracyjnych i zawodowych). Wyniki psychometryczne wskazują na znaczące obniżenie poziomu stresu (PSS10: spadek o 16 punktów), co można interpretować jako efekt pracy nad modyfikacją przekonań i strategii radzenia sobie z obciążeniem. Jednocześnie wzrost wyników w BDI-II o 12 punktów po interwencji może sugerować złożony efekt biblioterapii, polegający na lepszym rozpoznaniu trudnych emocji, a także wyłanianiu się bardziej świadomego, choć chwilowo bardziej obciążającego, obrazu własnych trudności. Zjawisko to można rozumieć w duchu CBT jako moment konfrontacji z negatywnymi schematami lub emocjami, które wcześniej mogły być tłumione bądź niedostatecznie zidentyfikowane. Jednocześnie wzrost wskaźników depresyjnych może wskazywać na konieczność kontynuacji pracy terapeutycznej oraz dodatkowego wsparcia w tym zakresie. W związku z tym Barbarze przekazano informację o możliwości dalszej pracy psychoterapeutycznej i została zachęcona do skorzystania z pomocy specjalisty. Różnicowana dynamika w obszarze złości (STAXI-2) – wzrost złości jako stanu (S-ANG +3), ale jednocześnie spadek złości rozumianej jako cecha (T-ANG -4) oraz poprawa w obszarze kontroli i wyrażania złości (AX -10) – może wskazywać na większą świadomość i wyodrębnianie emocji w aktualnych sytuacjach, przy jednoczesnym obniżeniu jej stałego, cechowego komponentu. W ujęciu poznawczo-behawioralnym może oznaczać to, że Barbara lepiej rozumie swoje reakcje emocjonalne, a zwiększona umiejętność rozpoznawania i ekspresji złości może być przejściowym etapem w kierunku bardziej adaptacyjnych strategii regulacji emocji. Podsumowując te dane w zakresie różnorodnych metod w tym momencie – połączenie analizy jakościowej, kwantyfikowalnych wskaźników stresu, nastroju i gniewu – może sugerować, że interwencja biblioterapeutyczna mogła ułatwić Barbarze proces identyfikowania problemów i przekonań leżących u podłoża jej trudności, zwłaszcza w wymiarze poznawczym. Choć nastąpił czasowy wzrost wskaźników depresyjnych, z perspektywy CBT może to być etap przejściowy, wynikający z konfrontacji z trudnymi treściami psychicznymi i przejścia od strategii unikających w stronę bardziej świadomej analizy własnych przeżyć. Jednocześnie spadek postrzeganego stresu oraz zmiany w obszarze ekspresji złości sugerują początkową skuteczność interwencji w redukcji nieadaptacyjnych wzorców reakcji. Podsumowując, z perspektywy CBT wnioski z analizy przypadku Barbary – uwzględniające dane jakościowe i ilościowe – sugerują proces przebudowy jej poznawczej reprezentacji sytuacji życiowej, co wyraża się w rosnącej świadomości własnych emocji i przekonań, spadku napięcia stresowego oraz stopniowym rozwijaniu zdrowszych strategii regulacji emocjonalnej. Jednocześnie zmiana w obszarze nastroju (BDI-II) podkreśla



konieczność dalszej pracy nad reinterpretacją negatywnych myśli, wzmocnieniem pozytywnych przekonań o samo sprawczości i budowaniem bardziej stabilnych, elastycznych wzorców zachowania, typowych dla podejścia poznawczo-behawioralnego.

3.7.4 Celina analiza badania

Analizując zebrany materiał dotyczący Celiny, uwzględniający wywiad, dane jakościowe (QDA Miner) oraz wyniki psychometryczne (PSS10, BDI-II, STAXI-2) przed i po interwencji biblioterapeutycznej, przedstawiono obraz funkcjonowania Celiny w wielu obszarach. Analiza jakościowa wywiadu wskazała, że praca odgrywała centralną rolę w życiu Celiny, stanowiąc podstawę stabilności finansowej, ale również źródło wyzwań i presji. Wyraźnie wybrzmiewały wątki dotyczące zawodowych trudności, ograniczonego poczucia kontroli oraz refleksji nad własną wartością i zdolnościami. Jej narracja, uwzględniająca introspekcję oraz strategie adaptacyjne, wskazuje na aktywną próbę poznawczej reorganizacji trudnych doświadczeń. Interwencja biblioterapeutyczna, poprzez wzmocnienie zasobów poznawczych i behawioralnych, mogła umożliwić Celinie dostarczenie nowych treści i narzędzi do reinterpretacji wyzwań, takich jak migracja czy zdrowotne ograniczenia. Wyniki psychometryczne wspierają te wnioski – redukcja poziomu stresu (PSS10: spadek o 9 punktów) wskazuje na skuteczność pracy nad strategiami radzenia sobie i modyfikacją obciążających przekonań. Jednocześnie istotne obniżenie wyniku w BDI-II (-14 punktów) sugeruje znaczącą poprawę w zakresie objawów depresyjnych, co może być efektem zarówno introspekcji, jak i zmiany negatywnych schematów myślowych. Spadek wyników w skali S-ANG (-1) oraz T-ANG (-1) w STAXI-2, a także obniżenie wskaźnika AX o 11 punktów, wskazują na poprawę w obszarze regulacji emocji, w szczególności kontroli i wyrażania złości. Dane jakościowe i psychometryczne wskazują synergiczny efekt interwencji, w której Celina mogła lepiej rozpoznać i przepracować trudności emocjonalne oraz poznać swoje schematy poznawcze. Z perspektywy CBT proces ten można zrozumieć jako etap konfrontacji z tłumionymi emocjami i dysfunkcyjnymi przekonaniami, co prowadziło do wzrostu samoświadomości oraz stopniowego rozwijania bardziej adaptacyjnych strategii funkcjonowania. Redukcja stresu i poprawa w zarządzaniu gniewem wskazują na efektywność działań w obszarze emocji, choć zmiany te mogą wymagać dalszego utrwalenia w ramach psychoterapii. Podsumowując, analiza przypadku Celiny wskazuje, że interwencja biblioterapeutyczna w modelu CBT mogła korelować z rozwojem jej zasobów emocjonalnych i poznawczych, a także mogła przyczynić się do poprawy funkcjonowania w różnych obszarach życia. Redukcja objawów stresu i depresji, poprawa w regulacji emocji oraz wzrost

samoświadomości wskazują na efektywność tego podejścia. Dalsza praca terapeutyczna mogłaby skupić się na utrwalaniu zmian, rozwijaniu pozytywnych przekonań o samo sprawczości oraz wspieraniu elastycznych wzorców zachowań, co sprzyjałoby dalszemu rozwojowi i stabilności emocjonalnej Celiny.

3.7.5 Katarzyna analiza badania

Uwzględniając dane jakościowe i wyniki psychometryczne pre- i post-testów, można zbudować obraz funkcjonowania Katarzyny w którym, jawi się jako osoba stabilna emocjonalnie, zdolna do adaptacji i efektywnego zarządzania codziennymi wyzwaniami, przy jednoczesnym podtrzymywaniu więzi z polską kulturą i tradycją. Redukcja poziomu stresu o 5 punktów w teście PSS10 (z 23 w pre-test do 18 w post-test) wskazuje na możliwą skuteczność interwencji w zakresie dystresu i obniżenia napięcia psychicznego. Katarzyna wielokrotnie podkreślała znaczenie zdrowego stylu życia, aktywności fizycznej oraz zorganizowanego rytmu dnia jako kluczowych czynników stabilizujących jej funkcjonowanie. Wyniki te mogą świadczyć o poprawie w zakresie reinterpretacji sytuacji stresowych oraz wdrożeniu bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie z codziennym obciążeniem, co jest zgodne z założeniami CBT. Brak zmian w wynikach testu BDI-II (stały wynik 1) może potwierdzać stabilny stan emocjonalny Katarzyny oraz brak objawów depresyjnych. Katarzyna dba o równowagę między życiem zawodowym a rodzinnym, a jej regularne zaangażowanie w aktywności społeczne, takie jak gry planszowe czy wycieczki z bliskimi, wydaje się pełnić rolę bufora chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu i trudności emocjonalnych. Jej narracja wskazuje na zdolność do świadomego zarządzania swoim samopoczuciem i korzystania z dostępnych zasobów. Analiza wyników STAXI-2 przynosi bardziej złożone wnioski w obszarze emocji gniewu. Brak zmian w skali S-ANG (15 punktów w pre i post) sugeruje stabilność w chwilowym przeżywaniu gniewu. Natomiast wzrost o 3 punkty w skali T-ANG (z 12 do 15 punktów) może odzwierciedlać większą świadomość Katarzyny w zakresie własnych emocji, szczególnie w relacjach interpersonalnych. W jej narracji pojawiały się wątki frustracji związane z brakiem wsparcia w obowiązkach domowych, co mogło skutkować większym uświadomieniem i precyzyjniejszą artykulacją tej emocji. Wzrost wskaźnika AX o 1 punkt wskazuje na niewielkie zmiany w zdolności do zarządzania gniewem, co może potwierdzać, że Katarzyna posiada efektywne mechanizmy regulacji emocji, unika eskalacji konfliktów, a jej reakcje mają charakter przejściowy. Triangulacja wyników psychometrycznych z danymi jakościowymi wskazuje, że interwencja biblioterapeutyczna mogła przyczynić się do zmniejszenia poziomu stresu oraz zwiększenia

świadomości emocjonalnej Katarzyny. Wyniki te sugerują, że Katarzyna skutecznie wykorzystuje swoje zasoby osobiste i społeczne, by radzić sobie z wyzwaniami życia codziennego, zachowując przy tym równowagę i stabilność emocjonalną. Z perspektywy CBT redukcja stresu, wzrost świadomości emocjonalnej oraz stabilność w obszarze nastroju wskazują na skuteczność dotychczasowych strategii Katarzyny, a także na potencjał do dalszego rozwijania umiejętności w zakresie reinterpretacji trudnych sytuacji i elastycznego zarządzania emocjami. Jej zdolność do utrzymywania pozytywnego nastawienia, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym, może stanowić podstawę do dalszego rozwoju w wymiarze poznawczo-behawioralnym.

3.7.6 Łucja analiza badania

Łucja, która od kilku lat mieszkała w Norwegii, wykazywała wysoki poziom adaptacji do nowego środowiska, co odzwierciedlała jej narracja dotycząca życia zawodowego, rodzinnego oraz emocjonalnego. Praca zajmowała centralne miejsce w codzienności Łucji, co zostało uwypuklone w analizie kodów (5,9% całości). Łucja postrzegała pracę jako źródło stabilizacji, samorealizacji oraz wsparcia w procesie integracji z norweskim społeczeństwem. Jej narracja ukazywała świadome podejście do planowania ścieżki zawodowej oraz gotowość do podejmowania wyzwań, w tym nauki języka norweskiego, co pozwoliło jej na przejście z pracy produkcyjnej do stanowiska biurowego. Z perspektywy terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) praca może pełnić rolę zasobu wspierającego budowanie pozytywnych przekonań o własnych kompetencjach oraz skuteczności działania. Analiza jakościowa wykazała, że kluczowym czynnikiem wspierającym proces adaptacji Łucji były jej strategie radzenia sobie z wyzwaniami migracyjnymi (5,7% całości kodów). Łucja podkreślała znaczenie wsparcia rodziny i świadomego kształtowania relacji z otoczeniem, co pozwoliło jej na zminimalizowanie początkowych trudności związanych z negatywnym wpływem niewłaściwego otoczenia. W narracji Łucji pojawiały się także wątki dotyczące troski o dziecko i stabilność finansową, co wskazuje na epizodyczne doświadczenia lęku (3,4%) oraz stresu wynikającego z wysokiego poziomu odpowiedzialności zawodowej. Jej zdolność do introspekcji i umiejętność identyfikowania trudnych emocji sugerują rosnącą świadomość mechanizmów emocjonalnych. Wyniki testów psychometrycznych wskazują na istotne zmiany po interwencji biblioterapeutycznej. W teście PSS10 odnotowano spadek poziomu postrzeganego stresu o 2 punkty, co może świadczyć o pozytywnym wpływie interwencji na zdolność Łucji do radzenia sobie z codziennymi trudnościami. Wyraźny spadek wyniku BDI-II o 9 punktów sugeruje redukcję objawów depresyjnych, co może być związane z procesem



lepszego rozumienia własnych emocji i bardziej konstruktywnego podejścia do wyzwań. Najbardziej znaczące zmiany zaobserwowano w teście STAXI-2. W skali T-ANG odnotowano spadek o 14 punktów, wskazując na zmniejszenie intensywności złości jako cechy. W skali AE-AC zmiana o 23 punkty (wzrost w podskali kontroli emocji i spadek w podskalach ekspresji złości) sugeruje możliwą poprawę w obszarze zarządzania emocjami. Łącząc dane jakościowe i ilościowe, można zauważyć, że interwencja biblioterapeutyczna odegrała istotną rolę w poprawie funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego Łucji. Z perspektywy CBT zauważalna redukcja objawów depresyjnych i złości może wynikać z usprawnienia procesu monitorowania automatycznych myśli i wzmacniania zdolności do bardziej funkcjonalnej analizy sytuacji trudnych. Spadek poziomu stresu może wskazywać na lepsze wykorzystanie technik behawioralnych, takich jak stopniowa ekspozycja na stresujące sytuacje lub wprowadzanie elementów planowania aktywności, które przyczyniają się do poczucia sprawczości i kontroli. Narracja Łucji wskazała potencjał do dalszej pracy nad rozwijaniem zdolności rozpoznawania i zmiany dysfunkcyjnych schematów myślowych oraz nad włączaniem ćwiczeń uważności jako elementu stabilizującego jej emocje w długoterminowej perspektywie. Wyniki mogą wskazywać na skuteczność biblioterapii jako narzędzia wspierającego procesy adaptacyjne i emocjonalne wśród osób migrujących, jednocześnie podkreślając znaczenie dalszego wsparcia terapeutycznego w rozwijaniu strategii regulacji emocji oraz wzmacnianiu zasobów poznawczych.

3.7.7 Wiesława analiza badania

Dane uzyskane z wywiadu wskazują na wysoki poziom adaptacji Wiesławy do nowego środowiska. Główne kategorie, takie jak strategia adaptacji (6% kodów) i praca jako temat (5,3% kodów), potwierdzają centralną rolę, jaką odgrywały te obszary w jej narracji. Stabilizacja zawodowa i społeczna, wspierana przez norweski system opieki społecznej oraz rodzina, wpłynęły pozytywnie na jej samopoczucie i ogólną ocenę życia. Jednocześnie analiza kodów wskazuje na istotne źródła stresu, takie jak odpowiedzialność zawodowa i troska o zdrowie dziecka, które znajdują potwierdzenie w wynikach testów psychometrycznych. Wzrost wyniku w teście PSS10 (+5) po interwencji sugeruje zwiększone odczucie stresu, co może być wynikiem wzrostu świadomości emocjonalnej i lepszego wglądu w swoje trudności. W teście STAXI-2 odnotowano wzrost chwilowego gniewu w skali S-ANG (+2) oraz poprawę w zakresie kontroli złości w skali AE-AC (-4 w wskaźniku AX). Wynik testu BDI-II pozostaje na poziomie 0, co wskazuje na brak objawów depresyjnych. Wzrost odczuwanego stresu i chwilowego gniewu można interpretować jako efekt wzrostu



samoświadomości emocjonalnej, co może być początkowym efektem interwencji. Wiesława zaczynała lepiej identyfikować swoje emocje, takie jak lęk o zdrowie dziecka czy frustracja zawodowa, co stanowi pierwszy krok w kierunku ich efektywnej regulacji. Interwencja biblioterapeutyczna, poprzez pracę z literaturą, mogła przyczynić się do zmiany sposobu myślenia Wiesławy o sobie i otoczeniu. Jej narracja wskazuje na większą akceptację codziennych trudności i wyzwań, co jest zgodne z celem CBT, jakim jest rozwój elastycznych i wspierających przekonań. Spadek wskaźnika AX (-4) w skali AE-AC sugeruje lepszą kontrolę złości. Narracja Wiesławy wskazuje na zastosowanie skutecznych strategii, takich jak techniki relaksacyjne (np. czytanie książek) i wsparcie społeczne, co jest zgodne z podejściem CBT do budowania zdrowych nawyków emocjonalnych. Relacje z rodziną, sąsiadami i norweskimi instytucjami odegrały kluczową rolę w procesie adaptacji i zmniejszenia lęku. Wsparcie społeczne, zarówno formalne, jak i nieformalne, mogło wzmocnić przekonania Wiesławy o jej zdolności do radzenia sobie z wyzwaniami. Na podstawie analizy danych można wnioskować, że interwencja biblioterapeutyczna przyczyniła się do wzrostu samoświadomości emocjonalnej Wiesławy, poprawy w zakresie regulacji emocji oraz rozwoju bardziej elastycznych przekonań. Zwiększone odczuwanie stresu i chwilowego gniewu należy interpretować jako etap przejściowy, będący wynikiem głębszej introspekcji i pracy nad emocjami, co jest typowe dla procesu terapeutycznego w CBT. Stabilność w zakresie braku objawów depresyjnych (BDI-II) oraz poprawa w kontroli złości wskazują na możliwą pozytywną zależność interwencji na funkcjonowanie emocjonalne Wiesławy.

4. Wyniki i analiza badań ilościowych

W tej części przedstawiono wyniki badań własnych, które następnie poddano analizie statystycznej.

4.1 Grupa badana poddana biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów

W przeprowadzonym badaniu zmiennymi zależnymi były wyniki uzyskane w testach psychometrycznych, które mogły ulec zmianie w trakcie terapii. Jako zmienną niezależną przyjęto interwencję terapeutyczną, która mogła potencjalnie korelować ze zmianami zmiennych zależnych. Procedura badawcza obejmowała następujące kroki: w pierwszej kolejności opracowano statystyki opisowe, obliczając średnią oraz odchylenie standardowe i współczynnik zmienności dla zmiennych zależnych. Następnie przeprowadzono test Shapiro-Wilka w celu oceny normalności rozkładu danych, co umożliwiło wybór odpowiedniego testu



statystycznego. Na podstawie jego wyników podjęto decyzję o zastosowaniu testów nieparametrycznych ze względu na istotne odchylenie od normalności rozkładu. W pierwszej kolejności przeprowadzono test rang Wilcozona oraz test t dla prób zależnych. Na końcu wyniki analiz zostały poddane interpretacji pod kątem istotności statystycznej oraz wielkości efektu, co umożliwiło podjęcia próby wnioskowania dotyczącego interwencji terapeutycznej. W tabelach użyto skrótów pre jako wyniki przed terapią oraz post jako uzyskane po terapii.

4.1.1 Opis wyników badania grupy badanej poddanej biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów

W badaniu wzięło udział 5 kobiet i 0 mężczyzn, dając łącznie 5 przebadanych kobiet w badaniu pre i post testami psychometrycznymi, PSS-10, BDI-II oraz STAXI-2 (por. tab. 24).

Tabela 23

Rozkład liczbowy i procentowy osób w grupie badanej ze względu na płeć

Płeć	Ilość [n]	Udział [%]
Mężczyzn	0	0
Kobiet	5	100
Razem	5	100

W badaniu statystycznym przeanalizowano wyniki uzyskane z kwestionariuszy w dwóch etapach: pre-testu (PSS10_PRE, BDI-II_PRE, S-ANG_PRE, T-ANG_PRE, AX-I_PRE) oraz post-testu (PSS10_POST, BDI-II_POST, S-ANG_POST, T-ANG_POST, AX-I_POST). Wyniki przedstawiono w formie statystyki opisowej oraz różnic między etapami. W badaniu wyników z PSS10 średnia wartość w pre-teście wyniosła 15,4, a w post-teście spadła do 13,6, co może wskazywać na zmniejszenie poziomu postrzeganego stresu o -1,8. Zmniejszenie stresu potwierdza zmiana odchylenia standardowego z 5,505 w pre-teście do 7,232 w post-teście, co jednak wskazuje na większą zmienność wyników w grupie po interwencji. Współczynnik zmienności wzrósł z 0,357 do 0,532, co oznacza większe zróżnicowanie względne wyników po interwencji. W przypadku wyników dla BDI-II wyniki średnie wskazują na spadek poziomu objawów depresji z 6,0 w pre-teście do 3,8 w post-teście, co odpowiada różnicy -2,2. Zmienność wyników mierzona odchyleniem standardowym wzrosła nieznacznie z 6,595 do 6,870. Współczynnik zmienności wzrósł z 1,099 do 1,808, co może sugerować większą różnorodność efektów interwencji w grupie. Dla



testu STAXI-2 i skali S-ANG średnia wartość wzrosła nieznacznie z 15,4 w pre-teście do 16,0 w post-teście (+0,6). Odchylenie standardowe wzrosło z 0,548 do 1,414, co może sugerować większe różnice w wynikach między uczestnikami. Współczynnik zmienności wzrósł z 0,036 do 0,088, ale zmienność względna nadal pozostaje bardzo niska. Dla skali T-ANG poziom gniewu cechującego zmniejszył się z 18,2 w pre-teście do 14,6 w post-teście, co odpowiada różnicy -3,6. Odchylenie standardowe zmniejszyło się z 5,404 do 2,074, co wskazuje na bardziej jednorodne wyniki po interwencji. Współczynnik zmienności zmniejszył się z 0,297 do 0,142, co potwierdza większą spójność grupy po interwencji. Dla skali AX-I ze STAXI-2 średnia wartość zmniejszyła się znacznie z 55,2 w pre-teście do 45,8 w post-teście, co odpowiada różnicy -9,4. Odchylenie standardowe wzrosło z 4,970 do 9,445, co może wskazywać na większe zróżnicowanie wyników po interwencji. Współczynnik zmienności wzrósł z 0,090 do 0,206, co również świadczy o większej różnorodności względnej wyników. Na podstawie tych informacji opisowych można próbować wnioskować, iż interwencja przyniosła pozytywne efekty w zakresie obniżenia poziomu stresu (PSS10), depresji (BDI-II) oraz złości jako cechy (T-ANG) i ekspresji złości (AX-I). Wzrost wyników S-ANG może być związany z krótkoterminowym wzrostem odczuwania złości jako stanu. Wyższe odchylenia standardowe oraz współczynniki zmienności w post-teście sugerują większe różnice indywidualne w odpowiedzi na interwencję, co może wskazywać na zróżnicowaną zależność interwencji na poszczególnych uczestników (por. tab.25).

Tabela 24

Statystyka opisowa dla ws. testów dla gr. badanej z zestawieniem wyników pre i post oraz różnicy między nimi

	Średnia	Zmiana	Odch. stand.	Błąd stand.	Współczynnik zmienności
PSS10_PRE	15.400		5.505	2.462	0.357
PSS10_POST	13.600	-1.8	7.232	3.234	0.532
BDI-II_PRE	6.000		6.595	2.950	1.099
BDI-II_POST	3.800	-2.2	6.870	3.072	1.808
S-ANG_PRE	15.400		0.548	0.245	0.036
S-ANG_POST	16.000	0.6	1.414	0.632	0.088
T-ANG_PRE	18.200		5.404	2.417	0.297
T-ANG_POST	14.600	-3.6	2.074	0.927	0.142
AX-I_PRE	55.200		4.970	2.223	0.090
AX-I_POST	45.800	-9.4	9.445	4.224	0.206



4.1.2 Analiza statystyczna wyników badania grupy badanej poddanej biblioterapii ($n = 5$), część ilościowa dla pre i post testów

Analiza korelacji w wynikach grupy badanej w oparciu o test rang Wilcoxoną wskazała na brak statystycznie istotnych różnic między wynikami w pomiarach pre i post dla wszystkich analizowanych zmiennych W przypadku skali PSS10 statystyka W wyniosła 6.000 z wynikiem 0.365 i $p = 0.855$ co sugeruje brak istotnych różnic, estymacja Hodgesa-Lehmanna wskazuje na zmianę mediany o 4.585 punktów jednak ta różnica nie była statystycznie istotna W skali BDI-II statystyka W wyniosła 4.000 z wynikiem 0.535 i $p = 0.789$ co również wskazuje na brak istotnych różnic między pomiarami, różnica w medianach wyniosła 3.192 punktu co może sugerować niewielkie obniżenie wyników ale nie osiągnęło istotności statystycznej. W skali S-ANG statystyka W wyniosła 3.000 z wynikiem -0.730 i $p = 0.581$ co również potwierdza brak istotnych różnic w poziomie gniewu w stanie między pre i post, estymacja Hodgesa-Lehmanna wskazuje na niewielki wzrost mediany o -0.804 co było statystycznie nieistotne. W skali T-ANG statystyka W wyniosła 8.500 z wynikiem 1.278 i $p = 0.269$ co wskazuje na brak istotnych różnic, różnica median wyniosła 3.597 punktu co sugeruje spadek jednak różnica ta była niewielka i nieistotna statystycznie W przypadku skali AX-I statystyka W wyniosła 14.000 z wynikiem 1.753 i $p = 0.125$ co również potwierdza brak istotnych różnic. Różnica median w Estymacji Hodgesa-Lehmanna wyniosła 10 punktów co sugeruje wyraźniejszy trend spadkowy, ale również bez istotności statystycznej Podsumowując, analiza testem rang Wilcoxoną nie wykazała istotnych różnic między pomiarami pre i post dla żadnej z analizowanych zmiennych choć obserwuje się pewne trendy takie jak obniżenie poziomu stresu w skali PSS10 depresji w skali BDI-II czy gniewu w skali AX-I żaden z tych trendów nie osiągnął poziomu istotności statystycznej. Może to wynikać z niewielkiej liczebności próby co ogranicza moc testu. Wyniki sugerują, że efekty interwencji mogą być obecne, ale nie są wystarczająco silne, aby zostały potwierdzone w analizie statystycznej (por. tab. 26).

Tabela 25

Test rang Wilcoxoną dla grupy badanej

Pomiar 1		Pomiar 2	W	z	p	Estymacja Hodgesa-Lehmanna
PSS10_PRE	-	PSS10_POST	6.000	0.365	0.855	4.585



BDI-II_PRE	-	BDI-II_POST	4.000	0.535	0.789	3.192
S-ANG_PRE	-	S-ANG_POST	3.000	-0.730	0.581	-0.804
T-ANG_PRE	-	T-ANG_POST	8.500	1.278	0.269	3.597
AX-I_PRE	-	AX-I_POST	14.000	1.753	0.125	10.000

4.1.3 Podsumowanie wyników i analizy statystycznej

Podsumowując wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych, można stwierdzić, że pomimo obserwowanych zmian w wartościach średnich pomiędzy pomiarami przed i po interwencji biblioterapeutycznej, nie uzyskano istotności statystycznej dla żadnej z badanych zmiennych (PSS-10, BDI-II, S-ANG, T-ANG, AX-I). Wyniki opisowe sugerują możliwe tendencje do spadku poziomu stresu (PSS-10), objawów depresji (BDI-II) czy gniewu jako cechy (T-ANG) i ekspresji gniewu (AX-I) w grupie badanej. Jednocześnie zaobserwowano niewielki wzrost poziomu gniewu jako stanu (S-ANG). Wzrost wartości odchyłań standardowych i współczynników zmienności w części pomiarów po interwencji może wskazywać na większe zróżnicowanie indywidualnych reakcji uczestniczek na zastosowaną formę terapii. Test rang Wilcoxona, zastosowany ze względu na brak normalności rozkładu badanych zmiennych, nie wykazał istotnych różnic statystycznych między wynikami uzyskanymi przed i po interwencji, pomimo pewnych trendów zmian. Brak istotności może wynikać z niewielkiej liczebności próby, co ogranicza moc przeprowadzonych testów. Otrzymane rezultaty sugerują zatem, że choć pewne pozytywne zmiany mogą mieć miejsce, to nie są one na tyle wyraźne i jednorodne, aby można było jednoznacznie potwierdzić skuteczność oddziaływania biblioterapeutycznego w analizowanej grupie. W odniesieniu do postawionych pytań badawczych oraz hipotez wyniki uzyskane z analiz pre-post wewnątrz w grupie badanej nie pozwoliły na odrzucenie hipotez zerowych dotyczących wpływu biblioterapii w modelu CBT na poziom stresu, depresji i złości.

W kontekście pytań i hipotez ogólnych (PP1 i PP2; H01/H11 oraz H02/H12) otrzymane wyniki dla grupy badanej, przy braku istotnych statystycznie zmian między pomiarem przed i po interwencji, wskazują na brak potwierdzenia hipotezy alternatywnej (H11) w tej części analizy. Dane nie pozwalają zatem na stwierdzenie, że poziom stresu, depresji i złości u badanych uległ statystycznie istotnemu obniżeniu po zastosowaniu biblioterapii. Oznacza to, że hipoteza zerowa (H01) – zakładająca brak różnic – nie została



obalona w przypadku badanej grupy. Tym samym pierwsze pytanie problemowe (PP1), dotyczące powiązań między interwencją a poziomem badanych zmiennych, uzyskało odpowiedź negatywną w aspekcie statystycznej istotności. Należy jednak podkreślić, że w tym etapie nie analizowano bezpośrednio grupy kontrolnej, wobec czego hipotezy dotyczące różnic między grupą badaną a kontrolną (H02/H12) pozostają bez rozstrzygnięcia, co będzie kontynuowane w dalszej części. Z perspektywy pytań szczegółowych (PS1), pomimo pewnych tendencji wskazujących na spadek średnich poziomów stresu (PSS-10), depresji (BDI-II) oraz komponentów złości (STAXI-2) po interwencji, zmiany te nie osiągnęły istotności statystycznej. Oznacza to, że szczegółowe hipotezy badawcze, zakładające obniżenie poziomu stresu, depresji i złości po interwencji, nie uzyskały empirycznego potwierdzenia w obrębie tej próby.

Odnosząc się do wywiadów wskazują one na wysoki poziom tych zmiennych przed interwencją. Respondentki opisywały trudności w radzeniu sobie z codziennym stresem, związaną z migracją lękiem i niepewnością oraz frustracją wynikającą z braku wsparcia społecznego i zawodowego. W podsumowaniu, obecne wyniki sugerują brak statystycznie istotnych efektów biblioterapii opartej na CBT w analizowanym aspekcie i w tej wielkości próbie. Nie pozwala to na wykluczenie, że istnieją czynniki – takie jak lęk (odnoszący się do PS2) oraz wsparcie społeczne i uwarunkowania zawodowe (PS3) – które mogą wpływać na doświadczenia migracyjne i adaptacyjne.

4.2 Badania ilościowe w badanej grupie kontrolnej osób polskiego pochodzenia a mieszkających w Norwegii ($n = 106$)

W tej części skupiono się na prezentacji wyników badania ilościowego w grupie kontrolnej poprzez opis wyników badania a następnie analizie statystycznej pozyskanych obserwacji.

4.2.1 Opis wyników badania grupy kontrolnej osób polskiego pochodzenia a mieszkających w Norwegii ($n = 106$)

W badaniu grupy kontrolnej, opartym na kwestionariuszu ankiety, uwzględniono pięć ogólnych pytań demograficznych oraz badanie psychometryczne testami PSS10, BDI-II oraz STAXI-2. Pierwsze z nich dotyczyło wyrażenia zgody na udział w badaniu (T/N), przy czym brak zgody wykluczał dalszy udział. Kolejne pytania obejmowały: płeć (K/M), wiek uczestników podzielony na pięć grup (18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56+), poziom wykształcenia (podstawowe, gimnazjalne, zawodowe, średnie, wyższe), miejsce zamieszkania



(wieś, miasto <20 tys., miasto 20–100 tys., miasto 100–500 tys., miasto >500 tys.) oraz zamieszkiwanie w Norwegii (T/N/Sezonowo). Ostatnie pytanie było pytaniem otwartym, niewymaganym. W przeprowadzonym badaniu udało się zebrać odpowiedzi od 106 osób, jednak ze względu na warunek zgody na udział w badaniu, ostateczna liczba wyniosła 103 osoby ($n = 103$), co stanowiło 97% ogółu. Osoby, które nie wyraziły zgody ($n = 3$), co stanowiło 3% ogółu, zostały automatycznie wykluczone z dalszej części badania.

Pytanie drugie dotyczyło deklarowanej płci, w badaniu wzięło udział dokładnie 103 osoby, w tym 81 kobiet i 22 mężczyzn, większość osób badanych stanowiły więc kobiety. Może to sugerować, że osoby płci żeńskiej wyraziły większe zainteresowanie ankietą lub że osoby tej płci są bardziej skłonne do wykonywania tego rodzaju zadań (por. tab. 27, rys. 13).

Rysunek 13

Rozkład wg. płci

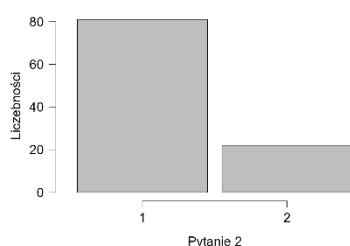
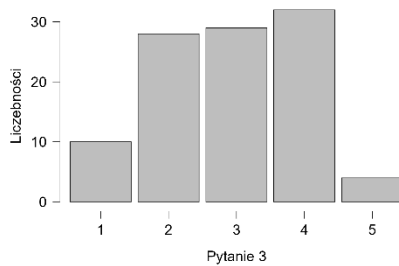


Tabela 26

Rozkład wg. płci

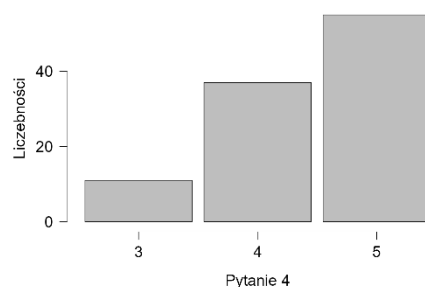
Płeć	Ilość [n]	Udział [%]
K	81	79
M	22	21
Razem	103	100

W pytaniu numer trzy, dotyczącym wieku uczestników, badani zostali podzieleni na pięć grup wiekowych: 18–25 lat, 26–35 lat, 36–45 lat, 46–55 lat oraz 56+ lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku od 36 do 45 lat (32, 31%), co wraz z grupą wiekową od 46 do 55 lat (29, 28%) stanowiło łącznie blisko 60% badanych. Kolejną grupą pod względem liczebności były osoby w wieku od 26 do 35 lat (28, 27%). Mniejszy udział odnotowano w grupie wiekowej 18–25 lat (10, 10%), natomiast najmniej liczną grupą były osoby powyżej 56 lat (4, 4%). Dominacja osób w wieku od 36 do 55 lat może sugerować ich większe zaangażowanie w badanie, potencjalnie związane z zainteresowaniami lub większą gotowością do udziału w ankietach tego typu (por. tab. 28, rys. 14).

Rysunek 14*Rozkład wg. wieku***Tabela 27***Rozkład wg. wieku*

Wiek	Ilość [n]	Udział [%]
18–25	10	10
26–35	28	27
36–45	29	28
46–55	32	31
56+	4	4
	103	100

W pytaniu numer cztery, zapytano o wykształcenie. Wśród osób badanych, wzięły udział osoby z wykształceniem zawodowym (3), średnim (4) i wyższym (5). Większość osób deklarowało wykształcenie wyższe (5), stanowiąc dominującą grupę ($n = 55$, 53,4%). Kolejną liczebnie grupą były osoby z wykształceniem średnim (4), stanowiąc 35,9% próby ($n = 37$). Natomiast najmniejszą liczebnie kategorią były osoby z wykształceniem zawodowym (3), reprezentowane przez 11 osób (10,7%). Analizując zależność pomiędzy wykształceniem a deklarowaną płcią (pyt. 1), w grupie kobiet największy odsetek również stanowiły osoby z wykształceniem wyższym ($n = 48$, 78,4% odpowiedzi). Mężczyźni najczęściej deklarowali wykształcenie średnie ($n = 9$, 40,9%) lub wyższe ($n = 7$, 31,8%). Analiza ta pokazuje, że kobiety miały lub były bardziej skłonne deklarować wyższy poziom wykształcenia. Test chi-kwadrat wykazał istotną statystycznie zależność pomiędzy pyt. 1 (płeć) a pytaniem 3 (poziom wykształcenia), z wartością $\chi^2 = 9,846$, $df = 2$ i 0,007. Wynik ten sugeruje, że odpowiedzi na pyt. 1 mogły być powiązane z poziomem wykształcenia deklarowanym w pytaniu 3. Można wnioskować o różnicach między zbadanymi kobietami i mężczyznami pod kątem deklarowanego wykształcenia, co może sugerować, że kobiety z wykształceniem wyższym były bardziej skłonne do udziału w badaniu (por. tab. 29, rys. 15).

Rysunek 15*Rozkład wg. wykształcenia***Tabela 28***Rozkład krzyżowy płeć/wykształcenie*

Pytanie 2	Pytanie 4			Ilość [n]	Udział [%]
	3	4	5		
K	5	28	48	81	78,64
M	6	9	7	22	21,36
Ilość [n]	11	37	55	103	
Udział [%]	10.68	35.92	53.40		100



W pytaniu piątym zapytano respondentów o ich miejsce zamieszkania, wybierając spośród pięciu kategorii: wieś, miasto poniżej 20 tys. mieszkańców, miasto od 20 do 100 tys. mieszkańców, miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców oraz miasto powyżej 500 tys. mieszkańców. Rozkład odpowiedzi wskazuje na stosunkowo równomierne rozłożenie w poszczególnych kategoriach, z dominacją osób zamieszkujących miasta o wielkości od 100 do 500 tys. mieszkańców. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby deklarujące miejsce zamieszkania w miastach od 100 do 500 tys. mieszkańców ($n = 23$, 22,3%), natomiast najmniej liczną grupą były osoby mieszkające na wsi ($n = 19$, 18,4%). Pozostałe odpowiedzi rozkładały się niemal równomiernie między pozostałymi kategoriami, z udziałem od 19,4% do 20,4% próby. Podsumowując respondenci grupy kontrolnej byli stosunkowo równomiernie rozproszeni między różnymi kategoriami miejsca zamieszkania. Większa ilość osób zamieszkujących miasta średniej wielkości (od 100 do 500 tys. mieszkańców) może sugerować ich większe zaangażowanie w badanie (por. tab. 30, rys. 16).

Rysunek 16

Rozkład wg. miejsca zamieszkania

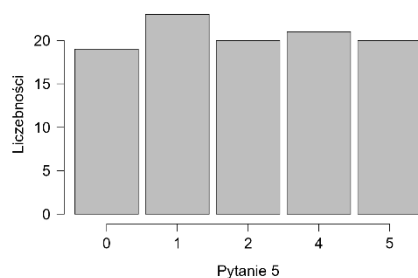


Tabela 29

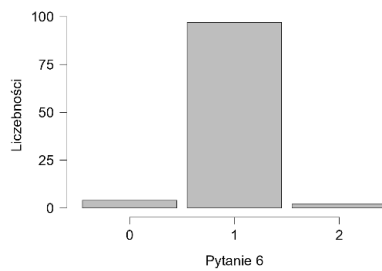
Rozkład wg. miejsca zamieszkania

Miejsce	Ilość [n]	Udział [%]
0	19	18
1	23	22
2	20	19
4	21	20
5	20	19
Razem	103	100%

W pytaniu szóstym zapytano respondentów o charakter ich pobytu w Norwegii. Do wyboru były trzy kategorie: brak zamieszkania (0), stałe zamieszkanie (1) oraz pobyt sezonowy (2). Większość osób deklarowało stałe zamieszkanie w Norwegii ($n = 97$, 94%). Kolejną grupą, znacznie mniej liczebną, były osoby, które nie zamieszkują Norwegii ($n = 4$, 4%). Najmniej liczną kategorię stanowiły osoby przebywające w Norwegii sezonowo ($n = 2$, 2%) (por. tab. 31, rys. 17). Pytanie to było ostatnim pytaniem o charakterze socjodemograficznym, kolejne pytania były związane z pytaniami psychometrycznymi.

Rysunek 17

Tabela 30

Rozkład wg. charakteru pobytu*Rozkład wg. charakteru pobytu*

Pobyt	Ilość [n]	Udział [%]
0	4	4
1	97	94
2	2	2
Razem	103	100

4.2.2 Opis wyników testu PSS10 dla grupy kontrolnej

Następnie w badaniu przeprowadzono test PSS10 na grupie kontrolnej, uwzględniając ogólne wyniki dla całej grupy oraz ich podział według płci. Średnia Wartość wyniku skali dla całej grupy wyniosła 17.612 z odchyleniem standardowym 7.087, przy medianie i modalnej równych 16. Minimalny wynik wynosił 1, a maksymalny 39. Analiza rozkładu wyników wskazała na szeroki zakres wyników, co odzwierciedla różnorodność odczuwanego poziomu stresu w grupie kontrolnej. Histogram wyników dla całej grupy pokazał stosunkowo jednorodny rozkład, choć test Sh-W wykazał brak zgodności wyników z rozkładem normalnym (p (Sh-W) < .001). W podziale na płeć zaobserwowano pewne różnice w wynikach. Kobiety osiągnęły średnią 17.642, przy odchyleniu standardowym 7.088, z medianą i modalną równymi 16, a wyniki mieściły się w zakresie od 1 do 39. Rozkład wyników dla kobiet wskazywał na większe rozproszenie wyników, szczególnie w średnich i wyższych zakresach skali stresu. Z kolei mężczyźni uzyskali średnią 17.5 z odchyleniem standardowym 7.249, przy medianie 16.5 i modalnej 14, a wyniki w tej grupie zawierały się w przedziale od 5 do 33. W tej grupie rozkład wyników był bardziej jednorodny, a test Sh-W nie wykazał istotnych różnic w stosunku do rozkładu normalnego (p (Sh-W) = 0.792). Porównanie wyników w całej grupie kontrolnej oraz w podziale według płci sugeruje, że kobiety częściej osiągały wyższe wyniki w skali stresu, co może świadczyć o większym odczuciu dystresu w tej grupie. Mężczyźni, natomiast, wykazali bardziej skupione wyniki w niskich i średnich zakresach, co może sugerować mniejsze odczuwanie stresu. Histogramy wyników dla poszczególnych grup płciowych oraz dla całej grupy kontrolnej potwierdzają te obserwacje, ukazując bardziej rozproszony rozkład wyników wśród kobiet i bardziej jednorodny rozkład wyników wśród mężczyzn. Kobiety częściej deklarowały wyższy poziom stresu, podczas gdy mężczyźni byli bardziej skłonni do wskazywania niższych i średnich poziomów odczuwanego stresu. Analiza potwierdziła różnorodność wyników oraz brak zgodności z rozkładem normalnym w wynikach całej grupy i w grupie kobiet, co wskazuje na



potrzebę stosowania nieparametrycznych metod analizy. Podsumowując, wyniki testu PSS10 w grupie kontrolnej sugerują różnice w poziomach odczuwanego stresu między kobietami a mężczyznami, przy czym kobiety częściej deklarowały wyższe wartości stresu, co może wskazywać na większe doświadczenie dystresu w badanym okresie (por. tab. 32, rys. 18–20).

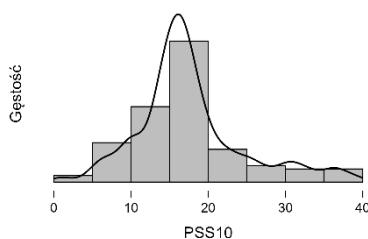
Tabela 31

Statystyka opisowa dla badania PSS10 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci

	Modalna	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Sh-W	p (Sh-W)	Min.	Max.
PSS10	16	16	17.612	7.087	0.924	< .001	1	39
K	16	16	17.642	7.088	0.898	< .001	1	39
M	14	16.5	17.5	7.249	0.974	0.792	5	33

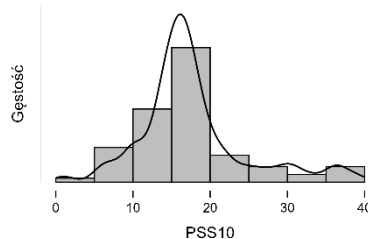
Rysunek 18

Całość grupy



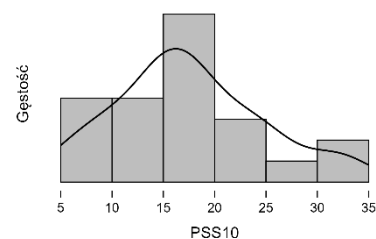
Rysunek 19

Kobiety



Rysunek 20

Mężczyźni



4.2.3 Opis wyników testu BDI-II dla grupy kontrolnej

W badaniu z wykorzystaniem kwestionariusza BDI-II, przeprowadzonym na grupie kontrolnej ($n = 103$), uzyskano wyniki wskazujące na niski poziom objawów depresji w badanej próbie. Dla całej grupy średnia wyniosła 9.592 (odchylenie standardowe 8.169), przy medianie 7 i modalnej 4. Wyniki mieściły się w zakresie od 0–44, obejmując wszystkie możliwe kategorie interpretacyjne: brak depresji, depresję łagodną, umiarkowaną oraz ciężką. Analiza rozkładu wyników za pomocą testu Sh-W wykazała brak zgodności z rozkładem normalnym (p (Sh-W) < .001). Histogram dla całej grupy potwierdził asymetrię wyników, wskazując na dominację w niższych przedziałach (0–11), co oznaczało brak objawów depresji lub jedynie jej łagodne objawy u większości uczestników. W grupie kobiet (K, $n = 81$),

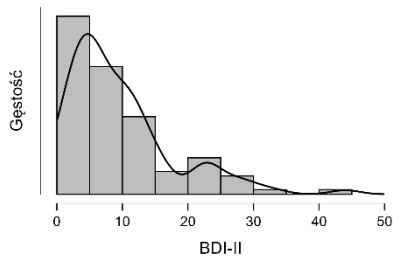
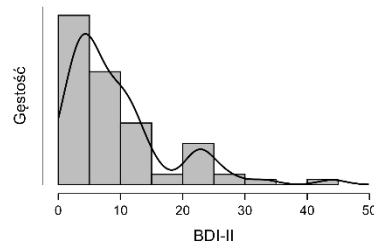
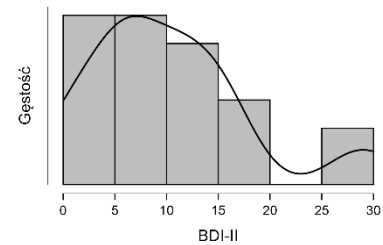
Średnia Wyniosła 9.42 (Odchylenie standardowe 8.293), przy Medianie 7 i Modalna 4, z wynikami w przedziale od 0 do 44. Rozkład wyników również odbiegał od normalności (p (Sh-W) < .001). Histogram dla kobiet pokazał dominację wyników w niższych zakresach (0–11), jednak odnotowano także pojedyncze wyniki w przedziale ciężkiej depresji (26–63). Wyniki sugerują, że choć większość kobiet nie doświadczała depresji, niektóre przypadki wskazywały na umiarkowaną lub ciężką depresję. W grupie mężczyzn (M, $n = 22$), średnia wyniosła 10.227 (odchylenie standardowe 7.849), przy medianie 9 i modalnej 16, z wynikami od 0 – 30. Wyniki testu Sh-W wskazały, że rozkład wyników w tej grupie był bliższy normalnemu (p (Sh-W) = 0.036). Histogram dla mężczyzn pokazał bardziej równomierny rozkład wyników, z przewagą wyników w niższych przedziałach (0 – 11), co wskazuje na brak depresji lub jej łagodną formę w tej grupie. Nie odnotowano wyników wskazujących na ciężką depresję. Podsumowując, wyniki testu BDI-II wskazują, że większość uczestników, niezależnie od płci, osiągnęła wyniki wskazujące na brak objawów depresji lub jej łagodną formę. Kobiety częściej niż mężczyźni uzyskiwały wyniki wskazujące na nasilenie objawów dla depresji umiarkowanej i ciężkiej, co może świadczyć o większym obciążeniu emocjonalnym w tej grupie. Z kolei mężczyźni uzyskali bardziej jednorodny rozkład wyników, koncentrujący się w niższych przedziałach skali (por. tab. 33, rys. 21 – 23).

Tabela 32

Wyniki surowe testu BDI-II dla grupy kontrolnej z podziałem według płci

PSS10	Modalna	Mediana	Średnia	Odchylenie standardowe	Sh-W	p (Sh-W)	Min.	Max.
Gr. Kon.	4	7	9.592	8.169	0.862	< .001	0	44
K	4	7	9.42	8.293	0.84	< .001	0	44
M	16	9	10.227	7.849	0.904	0.036	0	30



Rysunek 21*Całość grupy***Rysunek 22***Kobiety***Rysunek 23***Mężczyźni*

4.2.4 Opis wyników testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej

W pytaniach od trzydziestego dziewiątego do przedostatniego zadano pytania związane z badaniem testem STAXI-2. W wynikach podobnie jak poprzednio użyto podziału na kobiety i mężczyzn, nie analizowano jednak wyników wszystkich podskal ze względu na objętość pracy, skupiono się na wynikach w trzech głównych skalach S-ANG, T-ANG i AX-INDEX.

W badaniu STAXI-2 analizowano skalę S-ANG (złość jako stan) w grupie kontrolnej ($n = 103$). Wyniki dla całej grupy wskazały średnią 20.67 (odchylenie standardowe 8.118), co sugeruje umiarkowany poziom odczuwanej złości. Modalna wyniosła 15, a mediana 18, co wskazuje na koncentrację wyników w dolnym zakresie skali. Wyniki rozkładu nie spełniły założenia normalności, co potwierdził test Sh-W (p (Sh-W) < .001). Zakres wyników wynosił od 14 do 59. W grupie kobiet (K, $n = 81$) średnia wyniosła 20.395 (odchylenie standardowe 8.22), co jest zbliżone do wyniku całej grupy. Mediana wyniosła 18, a modalna 15, co również sugeruje dominację wyników w dolnym zakresie skali. Wyniki kobiet nie spełniły założeń normalności (p (Sh-W) < .001), a zakres wyników mieścił się między 14 – 55. Histogram wyników kobiet wskazał na dominację wyników w dolnym zakresie z pojedynczymi wartościami w wyższych przedziałach. W grupie mężczyzn (M, $n = 22$) średnia była nieco wyższa i wyniosła 21.682 (odchylenie standardowe 7.834), przy medianie 17.5 i modalnej 15. Wyniki wskazują na większą zmienność w porównaniu do grupy kobiet. Test Sh-W również wskazał na brak normalności rozkładu (p (Sh-W) = .001), a zakres wyników wynosił od 14 – 36. Histogram wyników mężczyzn pokazał większe rozproszenie wyników w porównaniu do kobiet, z mniejszym skupieniem w dolnym zakresie skali.

Podsumowując wyniki w skali S-ANG dla całej grupy kontrolnej oraz podgrup kobiet i mężczyzn wykazały brak normalności rozkładu, co wskazuje na konieczność stosowania testów nieparametrycznych w dalszych analizach. Kobiety miały wyższe średnie wyniki w porównaniu do mężczyzn, co sugeruje większe nasilenie złości jako stanu w tej grupie. Rozkład wyników kobiet był bardziej skoncentrowany w dolnym zakresie skali, podczas gdy mężczyźni wykazali większe rozproszenie wyników z pojedynczymi wartościami w górnym zakresie. Wyniki mogą odzwierciedlać różnice w nasileniu złości jako stanu między kobietami a mężczyznami w grupie kontrolnej (por. tab. 34, rys. 24–26).

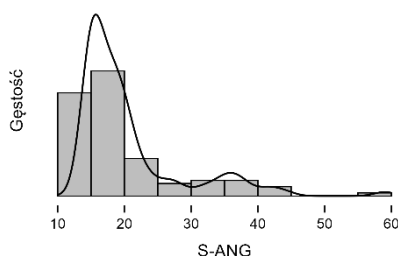
Tabela 33

Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali S-ANG

S-ANG	Modalna	Mediana	Średnia	Odch. st.	Sh-W	p (Sh-W)	Min.	Max.
Gr. Kon.	15	18	20.67	8.118	0.716	< .001	14	59
K	15	18	20.395	8.22	0.656	< .001	15	59
M	15	17.5	21.682	7.834	0.822	0.001	14	36

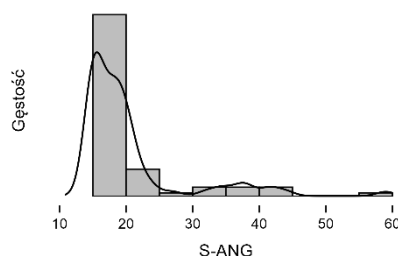
Rysunek 24

S-ANG całość grupy



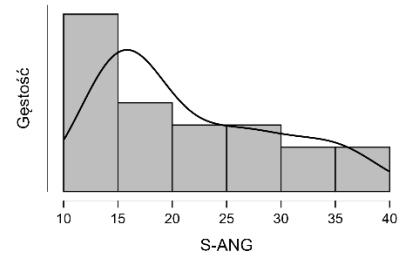
Rysunek 25

S-ANG kobiety



Rysunek 26

S-ANG mężczyźni



4.2.4.2 Opis wyników testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej w skali T-ANG

W skali T-ANG (złość jako cecha) testu STAXI-2 analizowano wyniki dla całej grupy kontrolnej (grupa, $n = 103$), a także z podziałem na kobiety (K, $n = 81$) i mężczyzn (M, $n = 22$). Średnia wyników w całej grupie wyniosła 17.602 (odchylenie standardowe 5.779), co wskazuje na umiarkowany poziom cechy złości. Modalna wyniosła 12, a mediana 16, co sugeruje dominację wyników w dolnym zakresie skali. Test Sh-W wykazał brak normalności rozkładu (p (Sh-W) < .001), a zakres wyników wynosił od 10 do 38. Histogram wyników całej grupy (rys. 25) ukazał koncentrację wyników w niższych przedziałach (10–20), przy

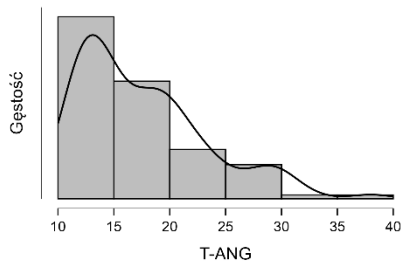
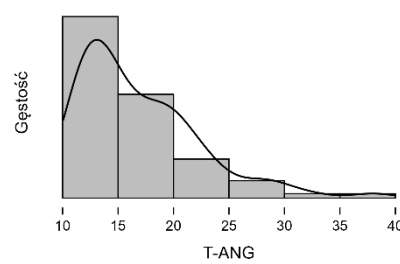
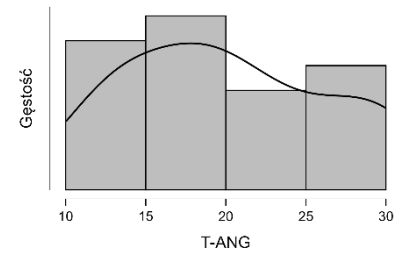
mniejszej liczbie wyników w wyższych przedziałach. W grupie kobiet średnia wyniosła 16.914 (odchylenie standardowe 5.457), co wskazuje na nieco niższy poziom złości jako cechy w porównaniu do całej grupy. Mediana wyniosła 15, a modalna 12, co wskazuje na koncentrację wyników w dolnym zakresie. Test Sh-W potwierdził brak normalności rozkładu wyników (p (Sh-W) < .001). Zakres wyników wynosił od 10 do 38. Histogram (rys. 26) wskazał skupienie wyników w dolnym zakresie (10–20), co sugeruje przewagę niskich do umiarkowanych poziomów złości jako cechy u kobiet. W grupie mężczyzn średnia wyniosła 20.136 (odchylenie standardowe 6.342), co wskazuje na wyższy poziom cechy złości w porównaniu do kobiet. Mediana wyniosła 19, a modalna 19, co wskazuje na większą koncentrację wyników w umiarkowanym zakresie. Test Sh-W nie wykazał istotnego odchylenia od normalności rozkładu (p (Sh-W) = 0.181). Zakres wyników wynosił od 10 do 30. Histogram (rys. 27) wskazał na bardziej równomierne rozproszenie wyników w grupie mężczyzn, z koncentracją w umiarkowanych przedziałach (20–25). Wyniki w skali T-ANG dla całej grupy kontrolnej oraz podgrup wskazują, że kobiety charakteryzowały się generalnie niższymi wynikami w tej skali w porównaniu do mężczyzn, co może wskazywać na mniejsze nasilenie cechy złości w tej grupie. Mężczyźni uzyskali wyższe średnie wyniki, co może wskazywać na większe tendencje do przejawiania złości jako cechy. Różnice te mogą wynikać z uwarunkowań psychologicznych, społecznych lub biologicznych. Ze względu na niewielką liczebność grupy mężczyzn ($n = 22$), należy jednak zachować ostrożność przy generalizowaniu tych wyników. Brak normalności rozkładu wyników w grupie kobiet i całej grupie wskazuje na potrzebę stosowania testów nieparametrycznych w dalszych analizach. Analiza rozkładu wyników wskazuje, że większość badanych, zarówno kobiet, jak i mężczyzn, charakteryzowała się umiarkowanymi poziomami złości jako cechy (por. tab. 35, rys. 27–29).

Tabela 34

Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali T-ANG

T-ANG	Modalna	Mediana	Średnia	Odch. st.	Sh-W	p (Sh-W)	Min.	Max.
Grupa	12	16	17.602	5.779	0.904	< .001	10	38
K	12	15	16.914	5.457	0.878	< .001	10	38
M	19	19	20.136	6.342	0.938	0.181	10	30



Rysunek 27*T-ANG całość grupy***Rysunek 28***T-ANG K***Rysunek 29***T-ANG M*

4.2.4.3 Opis wyników testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej dla AX-INDEX

W grupie kontrolnej (grupa, $n = 103$), skala AX-INDEX, oceniająca ekspresję i kontrolę złości, wykazała średnia wynoszącą 38.534 (odchylenie standardowe 12.828), mediana wyniosła 41, a modalna 47, wskazując na tendencję skupienia wyników w górnych przedziałach skali. Test Sh-W potwierdził brak normalności rozkładu (p (Sh-W) = 0.011). Wyniki rozkładały się w zakresie od 9 do 67, co odzwierciedla szeroką zmienność w odpowiedziach uczestników. Histogram wskazał dominację wyników w przedziale 30–50 oraz asymetryczny rozkład wyników. W grupie kobiet (K, $n = 81$) średnia wyniosła 38.235 (odchylenie standardowe 12.585), a mediana i modalna odpowiednio 41 i 47, co pokazuje zbliżony rozkład do wyników całej grupy. Test Sh-W wykazał normalność rozkładu (p (Sh-W) = 0.113). Wyniki w grupie kobiet mieściły się w przedziale od 9 do 67. Histogram (rys. 29) pokazał bardziej wyrównany rozkład, z największą koncentracją wyników w przedziale 30–50. W grupie mężczyzn (M, $n = 22$) średnia była wyższa i wyniosła 39.636 (odchylenie standardowe 13.941), co wskazuje na nieco większą zmienność wyników w porównaniu do grupy kobiet. Mediana wyniosła 43.5, a modalna 50, sugerując przesunięcie rozkładu w kierunku wyższych wartości. Test Sh-W potwierdził brak normalności rozkładu (p (Sh-W) = 0.018). Wyniki w grupie mężczyzn mieściły się w przedziale od 15 do 59. Histogram wykazał szerszy i bardziej rozproszony rozkład wyników, z dominacją w przedziale 40–50. Wyniki w skali AX-INDEX w grupie kontrolnej sugerują umiarkowane poziomy ekspresji i kontroli złości. Kobiety charakteryzowały się bardziej wyrównanym rozkładem wyników, skoncentrowanym w przedziale 30–50, co może świadczyć o większej stabilności w kontroli emocji. Mężczyźni osiągnęli wyższe średnie wyniki oraz wykazywali większą zmienność, co może wskazywać na większą skłonność do trudności w kontroli złości lub różnice w sposobie przejawiania emocji. Brak normalności rozkładu wyników w całej grupie oraz grupie mężczyzn sugeruje potrzebę dalszej analizy z wykorzystaniem testów nieparametrycznych.

Wyniki mieszczące się w wyższych przedziałach skali, powyżej 50, które mogą wskazywać na trudności w kontroli i ekspresji złości, wystąpiły sporadycznie, szczególnie w grupie mężczyzn (por. tab. 36, rys. 30–32).

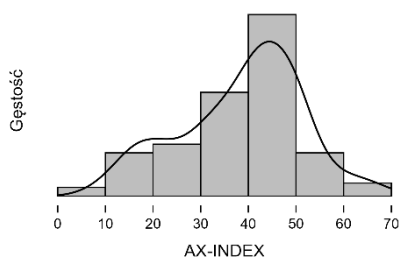
Tabela 35

Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali AX-INDEX

S-ANG	Modalna	Mediana	Średnia	Odch. st.	Sh-W	<i>p</i> (Sh-W)	Min.	Max.
Gr. Kon.	47	41	38.534	12.828	0.967	0.011	9	67
K	31	41	38.235	12.585	0.975	0.113	9	67
M	50	43.5	39.636	13.941	0.888	0.018	15	59

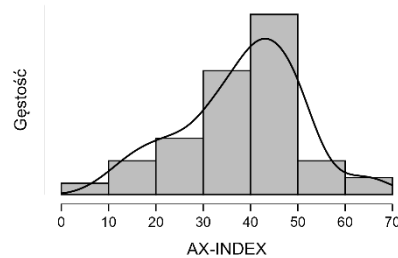
Rysunek 30

AX-INDEX grupa



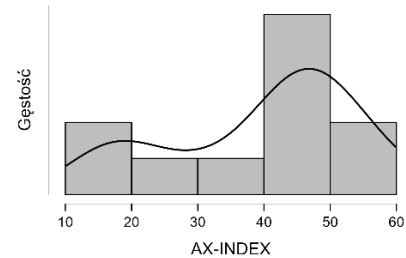
Rysunek 31

AX-INDEX K



Rysunek 32

AX-INDEX M



4.2.5 Analiza statystyczna dla wyników badania grupy kontrolnej

Badanie korelacji w grupie kontrolnej przeprowadzono z użyciem testu Spearmana, dodatkowo obliczając wielkość efektu (z Fishera) oraz kowariancję dla każdej pary zmiennych. W pierwszej kolejności skupiono się na zmiennych socjodemograficznych (pytania 2–6) w kontekście dalszych analiz z wynikami psychometrycznymi. Szczególną uwagę zwrócono na pytanie 2 (płeć), ponieważ w grupie poddanej biblioterapii udział brały wyłącznie kobiety, co mogło rzutować na uzyskane wyniki. Analiza wykazała, że dla pary pyt. 2 (płeć) – pyt. 3 (wiek) wyniki wyniosły współczynnik $\rho = -0.153$ ($p = 0.124$), $d_F = -0.154$, kowariancja = $-0,071$. Korelacja była słaba i nieistotna statystycznie, co sugeruje brak związku między płcią a wiekiem w tej próbie. Dla par pyt. 2 (płeć) – pyt. 4 (wykształcenie) wyniki wyniosły: współczynnik $\rho = -0.273$ ($p = 0.005$), $d_F = -0.280$, kowariancja = -0.082 . Korelacja była zatem ujemna i umiarkowana, a przy tym istotna statystycznie ($p < 0.01$). Wskazuje to, że w badanej grupie kobiety częściej deklarowały wyższe wykształcenie niż

mężczyźni. Dla pary pyt.2 (płeć) – pyt.5 (miejsce zamieszkania) wyniki wyniosły: współczynnik $\rho = -0.119$ ($p = 0.231$), $d_F = -0.120$, kowariancja = -0.086 . Korelacja jest słaba i nieistotna statystycznie, co wskazuje, że w tej próbie płeć nie wiązała się w istotny sposób z wyborem miejsca zamieszkania. W dalszej kolejności sprawdzono zależności między pytaniem 3 (wiek) a pytaniem 4 (wykształcenie). Uzyskany współczynnik $\rho = 0.044$ ($p = 0.656$) nie pozwala stwierdzić istotnej korelacji ($d_F = 0.044$, kowariancja = 0.083). Oznacza to, że w grupie kontrolnej wiek badanych nie był powiązany z poziomem wykształcenia w sposób statystycznie istotny. Na koniec przeanalizowano pyt.5 (miejsce zamieszkania) i pyt.6 (sezonowość pobytu w Norwegii), uzyskany wynik tej korelacji osiągnął poziom istotności na poziomie $p < 0.01$, co może sugerować, iż osoby mieszkające w różnych regionach inaczej definiowały formę swojego pobytu (stałego bądź sezonowego). Wysokość kowariancji (0.008) była jednak stosunkowo niewielka, co wskazuje na raczej niską współzmiennność tych zmiennych w badanej próbie. Podsumowując, spośród par pytań socjodemograficznych jedynie związek między płcią (pyt.2) a poziomem wykształcenia (pyt.4) okazał się istotny statystycznie i zarazem miał umiarkowaną wielkość efektu. Pozostałe korelacje były nieistotne lub bardzo słabe, co sugeruje, że w grupie kontrolnej nie wystąpiły wyraźne zależności między wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania i poziomem wykształcenia, poza wspomnianym efektem płci na deklarowane wykształcenie. Dodatkowo, zgodnie z tabelą, pyt.5 i pyt.6 mogą wykazywać pewną zależność związaną z rodzajem pobytu w Norwegii, lecz stopień tej współzmienności (niewielka wartość kowariancji) wymaga ostrożnej interpretacji (por. tab. 37).

Tabela 36

Zaobserwowane korelacje w grupie pytań socjodemograficznych z uwzględnieniem wielkości efektu (z Fishera) i kowariancji

pary	ρ Spearmana	P	Wielkość efektu (z Fishera)	Błąd stand. Wielkości efektu	Kowariancja
Pytanie 2 - Pytanie 3	-0.153	0.124	-0.154	0.101	-0.071
Pytanie 2 - Pytanie 4	-0.273	0.005	-0.280	0.102	-0.082
Pytanie 2 - Pytanie 5	-0.119	0.231	-0.120	0.100	-0.086
Pytanie 3 - Pytanie 4	0.044	0.656	0.044	0.100	0.083
Pytanie 5 - Pytanie 6	$p < 0.01$	0.998	$p < 0.01$	0.100	0.008



Zbadano również korelacje między pytaniami socjodemograficznymi a wynikami psychometrycznymi, uwzględniając przy tym wielkość efektu (z Fishera) oraz kowariancję. W wynikach zaobserwowano, że pytanie 2 (płeć) korelowała dodatnio z T-ANG ($\rho = 0.225$; $p = 0.022$; $d_F = 0.229$; kowariancja = 0.547), co wskazuje na słabą, dodatnią zależność. Może to oznaczać, że kobiety w badanej próbie częściej doświadczały wyższej intensywności złości jako cechy osobowościowej w porównaniu z mężczyznami. Wykształcenie (pytanie 4) okazało się istotnie skorelowane z PSS10 ($\rho = -0.330$; $p < .001$; $d_F = -0.342$; kowariancja = -1.029). Ta umiarkowana, ujemna korelacja sugeruje, że osoby o wyższym wykształceniu deklarowały niższy poziom przeżywanego stresu. Wykształcenie pozostawało także w ujemnym związku z poziomem depresji (BDI-II), co wyraża korelacja -0,306 ($p = 0.002$; $d_F = -0,316$; kowariancja = -1.354). Ten wynik wskazuje na umiarkowaną zależność i może świadczyć, że im wyższy poziom wykształcenia, tym mniejsze nasilenie objawów depresyjnych w grupie. Ponadto wykształcenie korelowało również z AX-INDEX ($\rho = -0.202$; $p = 0.041$; $d_F = -0.201$), co sugeruje słabą, ujemną zależność, osoby z wyższym wykształceniem mogły lepiej kontrolować ekspresję złości, co potwierdza znaczenie tej zmiennej w regulacji emocji. Ostatnią istotną zależność zaobserwowano między miejscem zamieszkania (pytanie 5) a T-ANG ($\rho = -0.200$; $p = 0.043$; $d_F = -0.203$; kowariancja = -2.271). Korelacja jest słaba, lecz wskazuje na to, że osoby mieszkające w różnych warunkach mogą się różnić pod względem długotrwałej tendencji do odczuwania złości. Podsumowując, wyniki sugerują, że płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania w istotny sposób wiążą się z różnymi aspektami funkcjonowania emocjonalnego (m.in. ze stresem, złością i objawami depresji), choć siła tych zależności jest przeważnie słaba lub umiarkowana. Wykształcenie zaś wydaje się szczególnie ważne w kontekście regulacji emocji i poziomu dobrostanu psychicznego (por. tab. 38).

Tabela 37

Wybrane korelacje Spearmana między wynikami między pytań socjodemograficznymi oraz psychometrycznymi w grupie kontrolnej z uwzględnieniem wielkości efektu i kowariancji

pary			rho Spearmana	p	Wielkość efektu (z Fishera)	Błąd stand. Wielkości efektu	Kowariancja
Odp. 2	-	T-ANG	0.225	0.022	0.229	0.101	0.547
Odp. 4	-	PSS10	-0.330	<.001	-0.342	0.102	-1.029
Odp. 4	-	BDI-II	-0.306	0.002	-0.316	0.102	-1.354
Odp. 4	-	AX- INDEX	-0.202	0.041	-0.205	0.101	-2.064
Odp. 5	-	T-ANG	-0.200	0.043	-0.203	0.101	-2.271



W oparciu o wyniki korelacji Spearmana przeprowadzono analizę zależności między zmiennymi z wyników testów psychometrycznych, zaobserwowano, że poziom stresu (PSS10) wyraźnie współwystępował z nasileniem objawów depresji (BDI-II), co potwierdza silna, dodatnia korelacja ($\rho = 0.667$; $p < .001$). Wielkość efektu (z Fishera) wynosząca 0,805 oraz kowariancja rzędu 42,928 wskazują na wyraźną współzmiennność obu zmiennych. Wysoki poziom stresu okazał się także umiarkowanie dodatnio powiązany zarówno ze złością jako stanem (S-ANG; $\rho = 0.505$; $p < .001$; $d_F = 0.556$; kowariancja = 34.263), jak i ze złością jako cechą (T-ANG; $\rho = 0.357$; $p < .001$; $d_F = 0.373$; kowariancja = 19.442). Wyniki te sugerują, że osoby doświadczające silniejszego stresu mogą być bardziej podatne na przejawy złości w codziennym życiu, zarówno w formie chwilowego pobudzenia emocjonalnego, jak i utrwalonej cechy. W przypadku AX-INDEX, wskaźnika ekspresji i kontroli złości, korelacja z PSS10 wyniosła $\rho = 0.416$ ($p < .001$; $d_F = 0.443$; kowariancja = 42.592), wskazując, że wyższy poziom stresu może się wiązać z większymi trudnościami w regulacji i wyrażaniu złości. Nasilenie objawów depresji (BDI-II) istotnie korelowało z obiema formami złości: zarówno chwilową (S-ANG; $\rho = 0.523$; $p < .001$; $d_F = 0.581$; kowariancja = 46.992), jak i trwałą (T-ANG; $\rho = 0.485$; $p < .001$; $d_F = 0.53$; kowariancja = 25.493). Wskazuje to, że wyższy poziom depresji może sprzyjać intensywniejszemu przeżywaniu złości – zarówno jako reakcji sytuacyjnej, jak i utrwalonej cechy osobowościowej. Podobny charakter ma zależność między BDI-II a AX-INDEX ($\rho = 0.416$; $p < .001$; $d_F = 0.443$; kowariancja = 42.004), co potwierdza, że wzrost objawów depresyjnych wiąże się z większymi trudnościami w kontrolowaniu ekspresji złości. Złość jako stan (S-ANG) i złość jako cecha (T-ANG) również okazały się istotnie powiązane ($\rho = 0.336$; $p < .001$; $d_F = 0.35$; kowariancja = 23.318), co wskazuje, że osoby intensywnie odczuwające złość w danym momencie częściej przejawiają także tendencję do reagowania złością w sposób chroniczny. Obie zmienne dodatnio korelują z AX-INDEX (dla S-ANG $\rho = 0.348$; $d_F = 0.364$; kowariancja = 31.119; dla T-ANG $\rho = 0.462$; $d_F = 0.50$; kowariancja = 38.381; $p < .001$), co sugeruje, że zarówno stanowa, jak i cechowa skłonność do złości może przekładać się na trudności w kontrolowaniu ekspresji tej emocji.

Podsumowując, omawiane zależności w grupie kontrolnej analiza uwidoczniła możliwe istotne powiązania między stresem, depresją i różnymi wymiarami złości, przy czym zarówno wysoki poziom stresu, jak i nasilenie objawów depresji współwystępują ze wzrostem częstotliwości i intensywności złości (zarówno chwilowej, jak i utrwalonej) oraz z problemami w jej regulacji. Wyniki te są zgodne z założeniami teoretycznymi, wedle których



obciążenie emocjonalne i brak skutecznych mechanizmów kontroli złości mogą wzajemnie się wzmacniać, prowadząc do trudności w codziennym funkcjonowaniu i pogorszenia dobrostanu psychicznego. Wskazuje to na potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na strategie radzenia sobie z złością i umiejętności regulacji emocji w kontekście szeroko rozumianego zdrowia psychicznego, zwłaszcza wśród osób narażonych na wysoki poziom stresu i cechujących się objawami depresyjnymi (por. tab. 39).

Tabela 38

Korelacje Spearmana między wynikami testów psychometrycznych w grupie kontrolnej

Pary testów		ρ Spearmana	p	Wielkość efektu (z Fishera)	Kowariancja
PSS10	- BDI-II	0.667	< .001	0.805	42.928
PSS10	- S-ANG	0.505	< .001	0.556	34.263
PSS10	- T-ANG	0.357	< .001	0.373	19.442
PSS10	- AX-INDEX	0.416	< .001	0.443	42.592
BDI-II	- S-ANG	0.523	< .001	0.581	46.992
BDI-II	- T-ANG	0.485	< .001	0.53	25.493
BDI-II	- AX-INDEX	0.416	< .001	0.443	42.004
S-ANG	- T-ANG	0.336	< .001	0.35	23.318
S-ANG	- AX-INDEX	0.348	< .001	0.364	31.119
T-ANG	- AX-INDEX	0.462	< .001	0.5	38.381

4.2.6 Wyniki uzyskane w pytaniu otwartym

W pytaniu otwartym skierowanym do grupy kontrolnej uzyskano $n = 7$ odpowiedzi, można podzielić je na zawierające treści o zabarwieniu pozytywnym jak wskazujące na znaczenie atmosfery pracy w regulacji emocji. Jedna z osób podkreśliła, że dobra atmosfera w Norwegii wpływa na jej odczuwanie spokoju: „*Jestem o wiele spokojniejsza. Wszystko jest spowodowane dobrą atmosferą w pracy.*” Może to sugerować, że środowisko pracy jest kluczowym czynnikiem w kształtowaniu emocjonalnych reakcji uczestników badania. W treściach, o zabarwieniu negatywnym ujawniają się trudności społeczne doświadczane przez

osoby badane, szczególnie w kontekście emigracji. Wskazano na brak solidarności między rodakami za granicą: „Zagranicą Polak Polakowi wilkiem.”

Odpowiedzi wskazały, że atmosfera pracy odgrywa istotną rolę w regulacji emocji i odczuwaniu spokój w tej grupie badanej, co zgodne jest z wynikami z przeprowadzonej części jakościowej. W kontekście badania oddziaływania emocji na codzienne funkcjonowanie, atmosfera pracy może być oceniana jako zmienna pełniąca rolę potencjalnego czynnika ochronnego. Negatywne doświadczenia związane z relacjami między rodakami za granicą wskazują na wyzwania, z którymi na co dzień mierzą się migrantki i migranci – co znajduje potwierdzenie również w doświadczeniach części badanej grupy.

4.3 Wnioskowanie statystyczne – grupa badana a grupa kontrolna

Założeniem tej części badań statystycznych było sprawdzenie czy różnice między grupą kontrolną a grupą w której została podjęta interwencja terapeutyczna pojawiające się po zastosowanej metodzie terapeutycznej mogą być przypisane właśnie tej interwencji, w tym przypadku biblioterapii w modelu CBT. Podstawą dla dalszych analiz było założenie, że grupy nie różniły się znacząco przed interwencją (PRE-testy), co pozwalałoby na interpretowanie wszelkich zmian obserwowanych w POST-testach jako efektu interwencji. W związku z celem tej części analizy, którym było sprawdzenie efektu biblioterapii w modelu CBT na zmienne psychologiczne w porównaniu z grupą kontrolną, zastosowano test U Manna-Whitneya, przyjmując jako kryterium podziału przynależność do grupy badanej (poddanej interwencji) lub kontrolnej. Założono, że brak istotnych różnic w PRE-testach pozwoli przypisywać ewentualne zmiany w POST-testach efektowi interwencji. W przypadku PSS-10, przed interwencją (PRE-test) otrzymano $U = 174,500$, $p = 0.226$, z rangowo-dwuseryjną korelacją $= -0,322$. Wartość ta wskazuje na słabą, nieistotną statystycznie różnicę między poziomem stresu w grupie kontrolnej a badanej. W POST-testach korelacja wyniosła $-0,421$ przy $p = 0.113$, co sugeruje wprowadzenie umiarkowaną tendencję do obniżenia poziomu stresu u osób poddanych interwencji, lecz nadal nieosiągającą progu istotności statystycznej. Można wnioskować więc, że efekt biblioterapii na redukcję stresu nie został jednoznacznie potwierdzony w badanej próbie ($n = 5$). Dla BDI-II, w PRE-testach zaobserwowano $U = 183.000$, $p = 0.278$, przy korelacji -0.289 , co nie wskazywało na istotną różnicę w poziomie depresji między grupami przed interwencją. Jednak w POST-testach otrzymano $U = 111,000$, $p = 0.032$, korelacja $= -0.569$, co oznacza umiarkowaną do silnej różnicę, grupa poddana biblioterapii cechowała się wyraźnie niższym poziomem objawów depresyjnych



w porównaniu z grupą kontrolną. Wynik ten pozwala sądzić, że interwencja terapeutyczna mogła skutecznie przyczynić się do obniżenia poziomu depresji. W odniesieniu do S-ANG (złość jako stan), w PRE-testach uzyskano wartość korelacji -0.518 przy $p = 0.048$, co może świadczyć o tym, że grupy już przed interwencją różniły się istotnie pod względem natężenia złości jako stanu. W grupie badanej poziom S-ANG był niższy niż w grupie kontrolnej jeszcze przed wdrożeniem biblioterapii. Po interwencji wartość korelacji wyniosła -0.431 , przy $p = 0.100$, co może wskazywać na utrzymanie się pewnej różnicy, jednak już nieistotnej statystycznie. Obecność różnic w badaniu PRE-testem utrudnia jednoznaczne przypisanie ewentualnych zmian działaniu interwencji, ponieważ brak jest wyjściowej równowagi między grupami. Dla T-ANG (złość jako cecha) odnotowano w PRE-testach korelację 0.113 przy $p = 0.676$, co świadczy o praktycznie nieistotnej różnicy początkowej między grupami. W POST-testach korelacja wyniosła -0.260 ($p = 0.329$), nadal pozostając nieistotną. Można zatem wnioskować, że interwencja biblioterapeutyczna nie wywołała istotnych zmian w utrwalonych tendencjach do odczuwania złości. Wyniki dla AX-INDEX (ekspresja i kontrola złości) w PRE-testach pokazały natomiast korelację $0,804$ przy $p = 0.003$, co oznaczało silną, istotną różnicę jeszcze przed interwencją. Grupa badana prezentowała wyższe wartości w skali AX-INDEX niż grupa kontrolna, co może oznaczać, że już na starcie charakteryzowała się innym stylem radzenia sobie ze złością. Po interwencji zaobserwowano korelację 0.322 przy $p = 0.227$, co wskazuje na osłabienie wcześniejszych różnic, lecz w kontekście istotności statystycznej pozostaje to wartość nieznacząca.

Podsumowując, najbardziej wyraźny i statystycznie istotny efekt zaobserwowano w zakresie zmniejszenia objawów depresji (BDI-II), z czego można podjąć próbę wnioskowania o skutecznością biblioterapii w modelu CBT w redukowaniu objawów depresji. Dla stresu (PSS-10), złości stanowej (S-ANG) oraz ekspresji i kontroli złości (AX-INDEX) zaobserwowano pewne tendencje, jednak różnice nie były istotne statystycznie lub już występowały przed interwencją, co utrudnia jednoznaczne wnioskowanie o efekcie terapii. Złość jako cecha (T-ANG) również nie uległa istotnej zmianie, co może wynikać z większej trwałości tego komponentu emocjonalnego. Ogółem sugeruje to, że biblioterapia w modelu CBT może być szczególnie pomocna w zakresie redukcji objawów depresyjnych, choć do pełniejszej weryfikacji skuteczności potrzebne byłyby dalsze badania o większej liczebności próby i z bardziej kontrolowanym doбором uczestników (por. tab. 40).

Tabela 39

Badanie testem U- Manna-Whitneya pomiędzy wynikami z pre i post testów a grupa kontrolną



Test	Badano		<i>U</i>	<i>p</i>	Korelacja rangowo- dwuseryjna
	Grupy				
PSS-10	PRE-Kontrolna		174.500	0.226	-0.322
	POST-Kontrolna		149.000	0.113	-0.421
BDI-II	PRE-Kontrolna		183.000	0.278	-0.289
	POST-Kontrolna		111.000	0.032	-0.569
S-ANG	PRE-Kontrolna		124.000	0.048	-0.518
	POST-Kontrolna		146.500	0.100	-0.431
T-ANG	PRE-Kontrolna		286.500	0.676	0.113
	POST-Kontrolna		190.500	0.329	-0.260
AX-INDEX	PRE-Kontrolna		464.500	0.003	0.804
	POST-Kontrolna		340.500	0.227	0.322

5. Dyskusja wyników

W niniejszym rozdziale, na podstawie uzyskanych w projekcie danych ilościowych oraz informacji jakościowych, podjęta została dyskusja nad wynikami w odniesieniu do założonych hipotez badawczych i postawionych pytań problemowych. Projekt miał na celu empiryczną weryfikację, czy interwencja biblioterapeutyczna oparta na modelu CBT wiąże się z modyfikacją poziomu stresu, depresji i złości u polskich migrantek i migrantów w Norwegii, a także eksplorację czynników takich jak lęk, wsparcie społeczne i adaptacja zawodowa oraz ich roli w strategiach radzenia sobie z wyzwaniami migracyjnymi.

5.1 Weryfikacja głównych hipotez badawczych

Celem projektu było uzyskanie odpowiedzi na pytania problemowe PP1/PP2/PP3, które brzmiały:

PP1. Czy istnieją powiązania między interwencją w postaci biblioterapii a poziomem stresu, depresji i złości u polskich migrantek i migrantów w Norwegii?



PP2. Czy grupa badana różni się istotnie od grupy kontrolnej pod względem poziomu stresu, depresji i złości przed i po przeprowadzonej interwencji?

PP3. Jaka jest zależność między postrzeganym lękiem a doświadczeniami migracyjnymi oraz strategiami adaptacyjnymi polskich migrantek i migrantów w Norwegii?

W celu rozstrzygnięcia zbudowano pytania szczegółowe PS1/PS2/PS3 o treści:

PS1. Czy i jakie występują różnice w poziomie badanych cech w grupie badanej w pre i post teście?

PS2. Czy lęk odgrywa istotną rolę w doświadczeniach migracyjnych wpływając na podejmowane strategie adaptacyjne?

PS3. W jaki sposób wsparcie społeczne i czynniki związane z pracą są powiązane z doświadczeniami polskich migrantek i migrantów uczestniczących w biblioterapii w modelu CBT w Norwegii?

Aby odpowiedzieć na te pytania przeprowadzono analizy zebranych wyników, które przedstawiono w poprzednich rozdziałach.

Po przeprowadzeniu opracowania statystycznego w ilościowej, można zweryfikować postawione dwie główne hipotezy badawcze (H01/H11 i H02/H12):

- H01 (zerowa). Poziom stresu, depresji i złości w grupie badanej polskich migrantów w Norwegii nie różni się istotnie przed i po zastosowaniu biblioterapii opartej na podejściu CBT.

Wyniki badań wskazują, że w grupie badanej nie zaobserwowano istotnej redukcji poziomu stresu i złości, co oznacza, że hipoteza zerowa H01 nie została obalona w tym zakresie. Natomiast poziom objawów depresji uległ istotnej zmianie, co świadczy o skuteczności interwencji w tym obszarze i skutkuje częściowym obaleniem H01. Ze względu na brak istotnych zmian w poziomie stresu i złości, nie można przyjąć w pełni hipotezy alternatywnej H11, zakładającej, że poziom stresu, depresji i złości różni się istotnie przed i po zastosowaniu biblioterapii opartej na podejściu CBT.

W odniesieniu do drugiej głównej hipotezy badawczej:

- H02 (zerowa). Grupa kontrolna i badana grupa ilościowa nie różnią między sobą pod względem badanych czynników.



Przeprowadzone badania wskazały, że grupa kontrolna i badana grupa ilościowa różnią się między sobą pod względem mierzonych zmiennych przed interwencją.

Dla objawów depresji (BDI-II) w badaniu wewnątrzgrupowym stwierdzono różnicę w medianach wynoszącą 3.192 punktu, co może sugerować niewielkie obniżenie wyników, jednak nie osiągnęło ono istotności statystycznej. Istotną redukcję po interwencji w grupie badanej (0.032, korelacja rangowo-dwuseryjna = -0.569, $U = 111$) stwierdzono w odniesieniu do grupy kontrolnej, co obala hipotezę zerową H_01 w zakresie depresji i potwierdza hipotezę alternatywną H_{11} . Z tego względu, że w porównaniu z grupą kontrolną pojawiła się istotna różnica (0.032), częściowo obalono hipotezę H_02 oraz potwierdzono H_{12} .

Dla stresu (PSS-10), nie odnotowano istotnych statystycznie zmian wewnątrz grupy badanej (0.113, korelacja rangowo-dwuseryjna = -0.421, $U = 149$), co oznacza, że hipoteza zerowa H_01 w odniesieniu do stresu nie została obalona.

W odniesieniu do złości (STAXI-2), w pomiarach (T-ANG, S-ANG i AX-INDEX), nie uzyskano różnic o istotnym poziomie (0.329, 0.100, 0.227), przez co hipoteza H_01 o braku zmian w zakresie złości pozostaje w mocy.

Podsumowując, na podstawie porównań wewnątrz grupy badanej (pre–post) nie uzyskano istotnych statystycznie zmian w żadnej ze skal (PSS-10, BDI-II, STAXI-2). Niemniej w porównaniu z grupą kontrolną, po interwencji pojawił się istotny statystycznie efekt w skali BDI-II (spadek nasilenia objawów depresyjnych). Wyniki sugerują więc, że biblioterapia w nurcie CBT i wsparciem warsztatów, może być pomocna w redukcji obniżonego nastroju, łagodnych objawów depresyjnych. Brak wyraźnych różnic w stresie (PSS-10) i złości (STAXI-2) wskazuje, że czas trwania i wielkość próby może były zbyt małe, by jednoznacznie potwierdzić skuteczność w tych wymiarach. Jednak w przypadku zarówno stresu, jak i złości, brak istotnych statystycznie różnic nie wyklucza istnienia rzeczywistego efektu, lecz może być związany z małą mocą testów, co wynika z niewielkiej liczebności grupy badanej ($n = 5$). W rezultacie nie można jednoznacznie wykluczyć, że biblioterapia może przyczyniać się do obniżenia poziomu stresu oraz poprawy umiejętności radzenia sobie ze złością, zwłaszcza przy dłuższej interwencji lub większej próbie badawczej (por. tab. 41).

Podsumowując, najbardziej wyraźnym efektem okazała się redukcja objawów depresji, co zgodne jest z koncepcją, iż biblioterapia oparta na CBT najskuteczniej oddziałuje na negatywne schematy myślowe i obniżony nastrój.



Tabela 40

Weryfikacja hipotez badawczych

Hipoteza	Zmienna	Wynik	Wniosek
H01	Stres (PSS-10)	Brak istotnej różnicy ($p = 0.113$)	Hipoteza zerowa nie została obalona
H01	Depresja (BDI-II)	Istotna redukcja ($p = 0.032$)	Hipoteza zerowa została obalona
H01	Złość (T, S, AX)	Brak istotnej różnicy ($p = 0.329, 0.100, 0.227$)	Hipoteza zerowa nie została obalona
H11	Stres (PSS-10)	Brak istotnej różnicy	Hipoteza alternatywna nie została potwierdzona
H11	Depresja (BDI-II)	Istotna redukcja	Hipoteza alternatywna została potwierdzona
H11	Złość (T, S, AX)	Brak istotnej różnicy	Hipoteza alternatywna nie została potwierdzona
H02	Depresja (BDI-II)	Istotna różnica po interwencji	Hipoteza zerowa została częściowo obalona
H12	Depresja (BDI-II)	Istotna różnica po interwencji	Hipoteza alternatywna została częściowo potwierdzona

5.2 Weryfikacja szczegółowych hipotez badawczych

W toku analizy sformułowano również hipotezy szczegółowe, odpowiadające na pytania o możliwość redukcji stresu, depresji i złości po interwencji biblioterapeutycznej w modelu CBT, a także o wpływ lęku, wsparcia społecznego, migracji czy czynników zawodowych na strategie adaptacyjne uczestników:

1. Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie poziomu stresu mierzonego Skalą Odczuwanego Stresu (PSS-10) po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

Wynik: Nie uzyskano istotnej statystycznie redukcji poziomu stresu (PSS-10) w grupie badanej po interwencji ($p = 0.113$).



Wniosek: Hipoteza ta nie została potwierdzona, gdyż interwencja biblioterapeutyczna oparta na modelu CBT nie spowodowała istotnych zmian w poziomie stresu w grupie badanej. Możliwe, że krótkoterminowa biblioterapia w modelu CBT wykazuje silniejsze działanie na restrukturyzację negatywnych myśli związanych z nastrojem niż na rozwój umiejętności radzenia sobie z bieżącym stresem.

2. Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie poziomu depresji mierzonego za pomocą Kwestionariusza Depresji Becka (BDI II) po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

Wynik: Zaobserwowano istotną statystycznie redukcję poziomu depresji (BDI-II) po interwencji w grupie badanej ($p = 0.032$).

Wniosek: Hipoteza ta została potwierdzona. Biblioterapia w nurcie CBT efektywnie redukowałą symptomy obniżonego nastroju, co potwierdza jej skuteczność szczególnie w łagodnych/umiarkowanych poziomach depresji.

3. Uczestnicy projektu wykażą zmniejszenie się poziomu złości, mierzonego Kwestionariuszem STAXI-2, po interwencji w porównaniu z pomiarem przed interwencją.

Wynik: Nie uzyskano istotnej statystycznie redukcji poziomu złości (T, S, AX) w grupie badanej po interwencji ($p = 0.329, 0.100, 0.227$).

Wniosek: Hipoteza ta nie została potwierdzona. Biblioterapia w modelu CBT nie spowodowała istotnych zmian w poziomie złości u badanej grupy. Wyniki wskazują na potrzebę ewentualnie dłuższej interwencji lub zastosowania bardziej ukierunkowanego programu skoncentrowanego na regulacji złości.

Weryfikacja założeń w badaniu jakościowym:

4. Eksploracja wpływu lęku, wsparcia społecznego, migracji i czynników związanych z pracą na doświadczenia uczestników podczas biblioterapii.

Wynik: W badaniu jakościowym (PS2 i PS3), skupionym na roli lęku, wsparcia społecznego, czynników zawodowych i migracyjnych, uzyskano istotne korelacje między wsparciem społecznym, wykształceniem, miejscem zamieszkania a poziomem stresu, depresji i złości. Sugeruje to, że czynniki socjodemograficzne oraz poczucie wsparcia mogą moderować efektywność biblioterapii.



Wniosek: Wyniki badań jakościowych pozwalają zauważyć, że u osób z wyższym wykształceniem poziom depresji bywał niższy, zaś miejsce zamieszkania wiązało się z różnicami w poziomie złości. Wskazuje to, że ogólna struktura warunków życia i pracy w Norwegii, np. dostęp do instytucji pomocowych, może wspomagać bądź ograniczać skuteczność oddziaływań.

Otrzymane wyniki wewnątrz grupowe (pre-post) sugerowały, że biblioterapia w modelu CBT może być skuteczna w nie tylko w redukcji objawów depresji u osób doświadczających trudności adaptacyjnych związanych z migracją. Jednak brak istotnych statystycznych potwierdzeń na poziomie międzygrupowym dla stresu i złości sugeruje, że może wynikać to z ograniczonej liczebności próby lub specyfiki interwencji, która może być bardziej skoncentrowana na aspektach kognitywnych związanych z depresją niż na redukcji stresu czy zarządzaniu złością. Może to być związane zarówno ze strukturą samego podejścia CBT, uczącego pracy z myślami negatywnymi, czy ze strukturą materiału biblioterapeutycznego, w którym, jednak to fragment o depresji był jednym z bardziej zaznaczonych, podobnie w ramach warsztatów, to część o depresji była największa pod względem objętości. Inną możliwością jest to, że wszystkie pozostałe części podjętej interwencji, łącznie z przeprowadzeniem wywiadu dały widoczny efekt. Wzrost zmienności wyników po interwencji w grupie badanej pokazał zróżnicowaną odpowiedź uczestników na zastosowaną metodę terapeutyczną, pomimo stwierdzonej jednorodności w grupie badanej. Może to sugerować, że biblioterapia w modelu CBT nie działa jednolicie na wszystkich uczestników, co może być związane z indywidualnymi różnicami w doświadczeniach migracyjnych, poziomie wsparcia społecznego czy strategiami radzenia sobie ze stresem. Analiza korelacji w grupie kontrolnej wykazała istotne zależności między zmiennymi socjodemograficznymi a wynikami testów psychometrycznych. Płeć, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania miały istotny wpływ na poziom stresu, objawów depresji i złości, co sugeruje, że czynniki te mogą moderować efekty interwencji biblioterapeutycznej. Przykładowo, osoby z wyższym wykształceniem wykazywały niższy poziom depresji, co może wskazywać na lepsze zasoby do radzenia sobie z trudnościami adaptacyjnymi, jednak nie jest to element istotny w tej pracy.



5.3 Analiza jakościowa i jej implikacje

Z przeprowadzonych wywiadów i obserwacji uczestniczek (studium przypadków) wynika, że:

Rola pracy i adaptacji zawodowej a w szczególności wątki związane z funkcjonowaniem w środowisku pracy, szczególnie w warunkach migracji, ujawniły istotne znaczenie stabilizacji finansowej, atmosfery w zakładzie pracy oraz możliwości samorozwoju. Czyli stabilizacja finansowa, atmosfera w miejscu pracy oraz perspektywa samorozwoju znacząco wpływały na dobrostan psychiczny. Podwyższony poziom stresu w miejscu pracy mógł utrudniać proces zmniejszania objawów lęku czy złości. Uczestniczki zwracały uwagę na duży wpływ relacji zawodowych na odczuwany poziom stresu i dobrostan psychiczny.

Zaobserwowano duże znaczenie wsparcia społecznego poprzez wsparcie ze strony bliskich, norweskich instytucji czy polskich znajomych przebywających w Norwegii. Stało się one istotne w radzeniu sobie z trudnościami migracyjnymi (język, biurokracja, edukacja) i stresem. Wielokrotnie też podkreślona była również funkcja rodziny w budowaniu poczucia bezpieczeństwa i zmniejszaniu negatywnych konsekwencji stresu.

Samoświadomość emocji i strategii radzenia sobie, przeprowadzenie studium przypadków pokazało, że biblioterapia może sprzyjać lepszemu rozpoznawaniu własnych reakcji poznawczo-emocjonalnych. W niektórych wypadkach obserwowano wzrost chwilowego dyskomfortu czy lęku (związanego z konfrontacją z trudnymi treściami), co jednak jest typowe dla procesu terapeutycznego w ujęciu CBT i może poprzedzać poprawę długoterminową.

Wskazane obserwacje są zbieżne z teorią CBT, która zakłada, że modyfikacja negatywnych przekonań wpływa przede wszystkim na objawy depresyjne, szczególnie w łagodnym i umiarkowanym nasileniu (Burns, 2022; Staniek, 2015). Niewielkie zmiany w poziomie stresu i złości mogą być spowodowane tym, że niezbędne są dodatkowe moduły, takie jak trening kontroli złości czy rozszerzona psychoedukacja dotycząca stresu, umożliwiające wprowadzenie wyraźnych i statystycznie istotnych modyfikacji tych zmiennych.

Przedstawione prace badawcze potwierdzające skuteczność biblioterapii w szczególności w odniesieniu do biblioterapii z użyciem książki *Radości życia* (Burns, 2022) są zgodne z uzyskanymi wyniki w odniesieniu do depresji w odniesieniu do biblioterapii z użyciem książki *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęki* (Staniek, 2015) w połączeniu z



warsztatami. Wyniki te korespondują więc z badaniami nt. efektywności biblioterapii w leczeniu łagodnych objawów depresji oraz sugerują, że samopomoc w nurcie CBT może być najbardziej skuteczna w łagodnych/umiarkowanych objawach.

Pracę tę można uznać za projekt badawczy o charakterze przeglądowym, eksploracyjnym, co wiąże się z ograniczeniami w zakresie możliwości wyciągania daleko idących wniosków. Analiza wyników została przeprowadzona z wykorzystaniem dostępnych zasobów i przy uwzględnieniu ograniczeń czasowych, co mogło determinować jej szczegółowość. Jak w każdym badaniu zaistniały też pewne ograniczenia związane z wybranymi teoriami, użytą metodyką, narzędziami i technikami a także wybraną grupę, jej wielkością czy jej budową. Nie sposób wymienić ich wszystkich, wymienione zostały uznane za najistotniejsze. Z uwagi na niewielką liczebność grupy badanej, uzyskanie miarodajnych wniosków statystycznych było utrudnione. Ograniczenie wynikające z badania tylko kobiet, być może brak obecności mężczyzn w badaniu związany jest wieloma czynnikami, jedynym z nich oprócz różnic związanych z płcią (Becker, 2017) jest mniejszą chęć angażowania się w czytanie, związane z różnym poziomem tej umiejętności³⁸. Grupy były $n = 5$ i $n = 106$, czyli nie równoliczne, co być może utrudniło analizę (moc testu), wyniki należy traktować więc ostrożnie. W ankiecie online w grupie kontrolnej nie nadzorowano czasu ani warunków wypełniania, co mogło skutkować zwiększoną wariancją oraz pojawieniem się ewentualnych błędów pomiaru. Kodowanie przeprowadziła jedna osoba, nie odbyła się więc weryfikacja intersubiektywna, co może zmniejszać rzetelność analizy jakościowej. W celu minimalizacji tych trudności w przyszłych badaniach wskazane byłoby zwiększenie liczebności próby, uwzględnienie grup zróżnicowanych pod względem płci, wprowadzenie weryfikacji intersubiektywnej przy kodowaniu danych, kontrolowanie warunków wypełniania ankiet w grupach online oraz zastosowanie dodatkowych narzędzi badawczych umożliwiających triangulację danych.

Warsztaty stanowiły istotny element wspierający projektu, umożliwiając uczestniczkom lepsze zrozumienie materiału terapeutycznego oraz praktyczne zastosowanie nabytych umiejętności. Warsztaty stanowiły też swoiste forum wymiany informacji oraz wsparcia emocjonalnego. Ich struktura obejmowała elementy psychoedukacji, pracy nad negatywnymi schematami myślowymi oraz rozwijania świadomości emocjonalnej, co mogło przyczynić się do obniżenia objawów depresji. Ze względów edukacyjnych moduł dotyczący

³⁸ Według badania PIAAC2 w zdecydowanej większości krajów OECD oraz w Norwegii w grupie wiekowej 16-65 lat kobiety mają obecnie (2024) lepsze umiejętności czytania ze zrozumieniem niż mężczyźni (OECD, 2024).



depresji był również najobszerniejszy, co mogło przyczynić się do bardziej wyraźnego efektu w tym obszarze w porównaniu do stresu i złości. Wprowadzenie dłuższych warsztatów, większej ilości spotkań z ukierunkowaniem na radzenie sobie ze stresem i regulację złości mogłoby również zwiększyć efektywność interwencji w tych wymiarach. Warsztaty mają duży potencjał rozwoju w kontekście możliwości uczestnictwa w nich online, co mogłoby znacząco zwiększyć ich dostępność dla osób migrujących, zwłaszcza tych mieszkających w odległych regionach Norwegii. Zastosowanie form online pozwalałoby uczestnikom na udział w zajęciach bez konieczności fizycznej obecności, co zmniejszałoby bariery geograficzne i czasowe. Dzięki platformom internetowym można by wzbogacić warsztaty o dodatkowe materiały multimedialne, interaktywne ćwiczenia i grupowe dyskusje w czasie rzeczywistym, co wspierałoby proces terapeutyczny. Rozwiązania online, w połączeniu z indywidualnym podejściem kulturowym, mogą stać się skutecznym narzędziem w integracji migrantów oraz w redukcji objawów depresji i stresu w kontekście migracyjnym. Zgodne jest to z wynikami badań, które mogą zachęcać do korzystania z przestrzeni online (Kumar i in., 2017).

Pomimo wielu ograniczeń tego badania, wyniki sugerują potencjał biblioterapii w modelu CBT jako narzędzia terapeutycznego w redukcji objawów depresji u osób doświadczających trudności adaptacyjnych związanych z migracją. Może to być szczególnie użyteczne w kontekście wsparcia psychologicznego dla Polek i Polaków w Norwegii, oferując alternatywną lub uzupełniającą formę terapii. Przedstawienie profili osób, które wzięły udział w projekcie, pokazało jak pomimo jednorodności grupy, zarówno pod względem płci i analizy treściowej, różnią się wskazując na złożoność poruszanej tematyki na każdym analizowanym poziomie i w norweskim kontekście kulturowym. Wyniki badań mogą mieć zastosowanie w tworzeniu programów integracyjnych dla osób migrujących i ich rodzin. Pogłębienie badania na całą rodzinę migrującą pozwoliłoby podjąć się działań zarówno profilaktycznych, przygotowujących do migracji jak i adaptacyjnych po migracji. Uwzględniając jednak możliwości, zebrano pewną ilość materiałów i lektur, które mogłoby służyć jako materiał biblioterapeutyczny, spis lektur, służąc efektywną pomocą oraz mogą mieć zastosowanie przy tworzeniu projektów dla migrujących do Norwegii. Przygotowane materiały do warsztatów mogą zostać udostępnione dalej dla celów naukowych oraz mogą służyć w pracy z innymi osobami wspierając interwencje terapeutyczne. Jako możliwą kontynuację projektu można by uznać podjęcie współpracy z forum Shared Reading, które posiada w Norwegii ponad 300 osób przeszkolonych w tym zakresie.



Przeprowadzony projekt wykazał potencjał zarówno pod względem zaangażowania badanych, jak i wartości badawczej. Przyszłe badania powinny jednak zwiększyć liczebność próby, co pozwoli na wzmocnienie mocy statystycznej i umożliwi bardziej precyzyjną ocenę efektów interwencji. Zastosować randomizację, aby lepiej kontrolować zmienne zakłócające i zapewnić równość grup przed interwencją. Przeprowadzić badania długoterminowe oraz follow-up (3-6 miesięcy), aby ocenić trwałość efektów biblioterapii w modelu CBT. A także uwzględnić dodatkowe zmienne, takie jak poziom wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie ze stresem czy specyficzne doświadczenia migracyjne, które mogą moderować efekty interwencji.

Zakończenie

We współczesnym świecie migracje zwiększają cały czas swój udział w mechanizmach społecznych, jak przedstawiono prowadzi do różnorodnych efektów na wszystkich etapach migracji, skala tego zjawiska narasta dalej. W takiej rzeczywistości stają wobec wyzwań wszyscy uczestnicy, rodziny migrujące, rodziny i społeczeństwo w kraju pochodzenia i w kraju przyjmującym. W zaprezentowanej pracy, analizie poddano osoby na migracji w Norwegii mieszkające tam na stałe. Mając świadomość, że mała grupa badana nie zapewni istotności statystycznej wewnętrznej skonfrontowano wyniki z grupą kontrolną, do której należały osoby deklarujące również stały pobyt na terenie Norwegii, co pozwoliło zaprezentować szerszą perspektywę i skupić się na badanych czynnikach. Wydaje się, że pomoc jaką można udzielić na każdym z tych etapów i uczestników nie ma ograniczeń. W pracy tej poruszono bardzo wąski zakres możliwej pomocy dostępnej dla większości dotkniętych tym zjawiskiem, a przedstawienie osób migrujących w studium przypadku unaocznilo charakter samego zjawiska.

W głównych problemach badawczych skoncentrowano się na skuteczności podjętej interwencji w obszarze lęku, złości, stresu oraz depresji.

W części teoretycznej przedstawiono wyłącznie przeglądowy obraz i definiowania badanych cech jak lęk, stres, depresja i złość, szukając odniesień zarówno do modelu poznawczo behawioralnego jak i kontekstu migracyjnego. Tematyka migracji została zaprezentowana w kontekście psychologii. Dokonano również opisu podstaw biblioterapii oraz odniesienia do skuteczności jej działania, oraz zaprezentowania wybranego materiału biblioterapeutycznego. Całością spinającą wszystkie te elementy był model terapii poznawczo behawioralnej, którego element zaprezentowany w każdym z tematów.



W części metodologicznej zwrócono uwagę, aby przedstawić zarówno elementy należące do metod jakościowych jak i ilościowych oraz sposób ich użycia odnosząc się także do części warsztatowej

W części praktycznej, podjęto próbę zaprezentowania materiału zebrany w czasie wszystkich części projektu jako studium przypadku, pre i post testów oraz badania grupy kontrolnej.

W rezultacie mimo ograniczeń, niniejsza praca pozwala sformułować wstępnie, że biblioterapia w nurcie poznawczo-behawioralnym, zwłaszcza gdy jest wzmocniona elementami psychoedukacji i krótkimi warsztatami, może stanowić ważne i stosunkowo łatwo dostępne uzupełnienie tradycyjnych form wsparcia psychologicznego dla osób migrujących. Na podstawie wyników można wskazać, że interwencja ta ma szansę szczególnie korzystnie oddziaływać na zwiększenie świadomości emocji i procesów poznawczych (np. rozpoznawanie negatywnych myśli automatycznych), wspieranie redukcji łagodnych i umiarkowanych objawów depresji oraz usprawnianie samokontroli w obszarze regulacji złości i lęku a także budowanie poczucia sprawczości oraz kompetencji życiowych, istotnych w kontekście migracji i funkcjonowania w obcym środowisku.

Na zakończenie należy uwzględnić, że konieczne byłoby przeprowadzenie dalszych badań z większą liczbą uczestników oraz z uwzględnieniem różnic w zmiennych socjodemograficznych (m.in. płeć, wiek, poziom wykształcenia). Podjęcie próby randomizacji i długoterminowego follow-up umożliwiłoby rzetelniejszą ocenę trwałości osiągniętych efektów oraz ich faktycznego oddziaływania na jakość życia migrantek i migrantów. Wzbogacenie warsztatów o elementy treningu relaksacji, pracy z przekonaniami irracjonalnymi czy dłuższy moduł regulacji złości mogłoby dodatkowo usprawnić efektywność interwencji biblioterapeutycznych w perspektywie wielokulturowej. Znacznym rozszerzeniem możliwości byłoby prowadzenie też tego rodzaju wsparcia online uzupełnione o warsztaty prowadzone też przez Internet.

Zabrane dane w części badawczej pozwoliły stwierdzić, że istnieją zależności między badanymi cechami, a także pomiędzy podjętą interwencją biblioterapeutyczną rozszerzoną o warsztaty a poziomem objawów depresji. Wnioski te pokazują, że taka interwencja w kontekście migracyjnym może być skuteczna i poprawiać jakość życia osób biorących w niej udział. Wyniki te zachęcają do korzystania z biblioterapii. Książka służąca jako materiał biblioterapeutyczny *Autoterapia. Pokonaj problemy, stres i lęk* autorstwa Magdaleny Staniek



okazała się skutecznym narzędziem pomocowym oraz stała się realnym i kulturowo dopasowanym narzędziem dla osób żyjących w środowisku emigracyjnym.

Podsumowując, można uznać, iż przedstawiona praca stanowi próbę wypełnienia luki badawczej dotyczącej możliwości zastosowania biblioterapii w nurcie CBT u polskich migrantek i migrantów w Norwegii. Uzyskane wnioski mogą być inspiracją do rozwoju praktycznych programów pomocowych, łączących atuty terapii poznawczo-behawioralnej i biblioterapii, a przede wszystkim wskazują na realną potrzebę kontynuowania eksploracji tego tematu w kolejnych projektach i kontekstach kulturowych.



Bibliografia

- Abadi, D., Arnaldo, I., i Fischer, A. (2021). Anxious and Angry: Emotional Responses to the COVID-19 Threat. *Frontiers in Psychology*, 12, 676116. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.676116>
- Abebe, D., Lien, L., i Hjelde, K. (2012). What We Know and Don't Know About Mental Health Problems Among Immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., i Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358–372. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Achotegui, J. (2022). Immigrants living extreme migratory grief. The ulysses syndrome. *International Journal of Family & Community Medicine*, 6(6), 303–305. <https://doi.org/10.15406/ijfcm.2022.06.00295>
- Adu, P. (Reżyser). (2023, luty 11). *QDA Miner Liter (A Free Qualitative Data Analysis Software) Overview* [Video recording]. <https://www.youtube.com/watch?v=dnaDZASZjCo>
- Alvaro, C., Lyons, R. F., Warner, G., Hobfoll, S. E., Martens, P. J., Labonté, R., i Brown, E. R. (2010). Conservation of resources theory and research use in health systems. *Implementation Science*, 5(1), 79. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-79>
- Anczyk, A., Grzymała-Moszczyńska, H., Krzysztof-Świdorska, A., i Prusak, J. (2020). Polscy migranci i norweska służba zdrowia: Badanie pilotażowe. *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny*, 46(2 (176)), 127–151. <https://doi.org/10.4467/25444972SMPP.20.017.12333>
- Anderson, L., Lewis, G., Araya, R., Elgie, R., Harrison, G., Proudfoot, J., Schmidt, U., Sharp, D., Weightman, A., i Williams, C. (2005). Self-help books for depression: How can



- practitioners and patients make the right choice? *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(514), 387–392. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1463163/>
- Azevedo, F. B. D., Wang, Y.-P., Goulart, A. C., Lotufo, P. A., i Benseñor, I. M. (2010). Application of the Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory in clinical patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68(2), 231–234. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000200015>
- Baranowska, A. S. (2017). Problemy zdrowia psychicznego migrantów w kraju przyjmującym. Rozważania teoretyczne. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 32(4). <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/645>
- Barlow, D. H. (2003). The Nature and Development of Anxiety and its Disorders: Triple Vulnerability Theory. *Eye on Psi Chi Magazine*, 7(2), 14–20. <https://doi.org/10.24839/1092-0803.Eye7.2.14>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., Cassiello-Robbins, C., Pałynyczko-Ćwiklińska, A., Popiel, A., i Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne Wydawca. (2020). *Transdiagnostyczna terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń emocjonalnych: Podręcznik terapeuty*. GWP.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the Emotion Paradox: Categorization and the Experience of Emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20–46. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_2
- Bąk, W. (2016). Personality predictors of anger. The role of FFM traits, shyness, and self-esteem. *Polish Psychological Bulletin*, 47(3), 373–382. <https://doi.org/10.1515/ppb-2016-0044>



- Bąk, W. (2016a). Pomiar stanu, cechy, ekspresji i kontroli złości. Polska adaptacja kwestionariusza STAXI-2. *Polskie Forum Psychologiczne*, XXI. <https://doi.org/10.14656/PFP20160107>
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969–977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., Łojek, E., Stańczak, J., Jaworowska, A., i Pracownia Testów Psychologicznych (Polskie Towarzystwo Psychologiczne ; 1948-) Wydawca. (2019). *Inwentarz depresji Becka: BDI - II: podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Beck, J. S., Cierpisz, M., i Beck, A. T. (2005). *Terapia poznawcza: Podstawy i zagadnienia szczególne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Beck, J. S., Cierpisz, M., Beck, A. T., i Andruszko, R. (2012). *Terapia poznawczo-behawioralna: Podstawy i zagadnienia szczególne* (Wydanie drugie). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Becker, R. (2017). Gender and Survey Participation An Event History Analysis of the Gender Effects of Survey Participation in a Probability-based Multi-wave Panel Study with a Sequential Mixed-mode Design. *Methods, data*, 29 Pages. <https://doi.org/10.12758/MDA.2021.08>
- Bell, J. (2019). *Polskie organizacje imigranckie w Norwegii – Raport z badania ekspertów*. University of Warsaw, Centre of Migration Research (CMR). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-70958-6>
- Berkout, O. V., Tinsley, D., i Flynn, M. K. (2019). A review of anger, hostility, and aggression from an ACT perspective. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 34–43. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.12.001>



- Bhargava, S., Chakroun, M., Halvorsrud, L., Czapka, E., i Hofvind, S. (2024). Polske kvinner's opplevelse av Mammografiprogrammet. *Sykepleien Forskning*, 96790, e-96790. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2024.96790>
- Bielawska-Batorowicz, E., i Dudek, B. (Red.). (2012). *Teoria zachowania zasobów Stevana E. Hobfolla*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. <https://libra.ibuk.pl/reader/teoria-zachowania-zasobow-stevana-e-hobfolla-eleonora-bielawska-batorowicz-44451>
- Bienertova-Vasku, J., Lenart, P., i Scheringer, M. (2020). Eustress and Distress: Neither Good Nor Bad, but Rather the Same? *BioEssays*, 42(7), 1900238. <https://doi.org/10.1002/bies.201900238>
- Billington, J., Farrington, G., Lampropoulou, S., Lingwood, J., Jones, A., Ledson, J., McDonnell, K., Duirs, N., i Humphreys, A.-L. (2017). A comparative study of cognitive behavioural therapy and shared reading for chronic pain. *Medical Humanities*, 43(3), 155–165. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011047>
- Bonsaksen, T., Heir, T., Ekeberg, Ø., Grimholt, T. K., Lerdal, A., Skogstad, L., i Schou-Bredal, I. (2019). Self-evaluated anxiety in the Norwegian population: Prevalence and associated factors. *Archives of Public Health*, 77(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s13690-019-0338-0>
- Borecka-Biernat, D. (2020). Ocena poznawcza konfliktu i emocjonalny wymiar strategii radzenia sobie młodzieży w sytuacji konfliktu społecznego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 33(2), 179. <https://doi.org/10.17951/j.2020.33.2.179-206>
- Boski, P. (2022). *Kulturowe ramy zachowań społecznych: Podręcznik autorski* (Wydanie drugie). PWN.
- Bowlby, J. (2024). *Separacja. Lęk i złość* (T. Czub, Red.). Wydawnictwo Naukowe PWN.



- Bowlby, J., i Polaszewska-Nicke, M. (2021). *Przywiązanie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Brzeziński, J. (2019). *Metodologia badań psychologicznych* (Wyd. 4). Wydawnictwo Naukowe PWN. <https://libra.ibuk.pl/reader/metodologia-badan-psychologicznych-gerzy-m-brzezinski-206683>
- Burns, D. D. (1980). *Feeling Good: The New Mood Therapy* (1st ed). William Morrow and Company.
- Burns, D. D. (2022). *Radość życia czyli jak zwyciężyć depresję* (I). Zysk i S-ka Wydawnictwo.
- Burton, R., i Tabaczyński, M. (2020). *Anatomia melancholii: Antologia* (Wydanie I). Korporacja Ha!art.
- Bustamante, L. H. U., Cerqueira, R. O., Leclerc, E., i Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(2), 220–225. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290>
- Caillaud, S., Doumergue, M., Préau, M., Haas, V., i Kalampaliki, N. (2019). The past and present of triangulation and social representations theory: A crossed history. *Qualitative Research in Psychology*, 16(3), 375–391. <https://doi.org/10.1080/14780887.2019.1605272>
- Campbell, E. A., Cope, S. J., i Teasdale, J. D. (1983). Social Factors and Affective Disorder: An Investigation of Brown and Harris's Model. *British Journal of Psychiatry*, 143(6), 548–553. <https://doi.org/10.1192/bjp.143.6.548>
- Carver, C. S., i Harmon-Jones, E. (2009). Anger Is an Approach-Related Affect: Evidence and Implications. *Psychological Bulletin*, 135(2), 183–204. ERIC. <https://doi.org/10.1037/a0013965>
- Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotion Review*, 7(1), 14–21. <https://doi.org/10.1177/1754073914544408>



- Chatzipentidis, K. (2014). *Zastosowanie biblioterapii w leczeniu zaburzeń seksualnych. Doniesienie z wybranych badań.*
<http://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/edition/78886>
- Chatzipentidis, K. (2016). Analiza bazy Elsevier – Science Direct pod kątem materiałów wyszukiwanych poprzez słowo kluczowe „bibliotherapy.” *Przegląd Biblioterapeutyczny.* <http://repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/publication/edition/89779>
- Chojak, A. (2022). Recent findings in the pathogenesis and treatment of fear and anxiety. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 17(3–4), 132–139.
<https://doi.org/10.5114/nan.2022.124690>
- Cianciara, D., Pruszyński, J., Włodarczyk-Pruszyńska, I., Padzińska-Pruszyńska, I., i Szmigiel, A. (2023). Travelers’, migrants’ and refugees’ health – individual, population and systemic aspects. *Journal of Education, Health and Sport*, 14(1), 59–70. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2023.14.01.007>
- Ciżkowicz, B. (2017). Wyuczona bezradność jako zmienna pośrednicząca między stylem atrybucyjnym a osiągnięciami akademickimi. *Przegląd Badań Edukacyjnych*, 1(24), 79. <https://doi.org/10.12775/PBE.2017.005>
- Clark, D. A., i Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14(9), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2010.06.007>
- Clark, D. A., i Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice.* Guilford Press. [https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD%5D_Cognitive_T\(BookFi.org\).pdf](https://www.terapia-cognitiva.mx/pdf_files/2Semestre/teoria-y-tratamiento-transtornos-ansiedad/recursos/%5BDavid_A._Clark_PhD,_Aaron_T._Beck_MD%5D_Cognitive_T(BookFi.org).pdf)



- Clark, D. A., Beck, A. T., i Zagrodzki, M. (2018). *Zaburzenia lękowe: Podręcznik z ćwiczeniami opartymi na terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Clarke, S. O., Coates, W. C., i Jordan, J. (2021). A practical guide for conducting qualitative research in medical education: Part 3 – Using software for qualitative analysis. *AEM Education and Training*, 5(4), e10644. <https://doi.org/10.1002/aet2.10644>
- Cohen, S., Murphy, M. L. M., i Prather, A. A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual Review of Psychology*, 70(1), 577–597. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Cowen, A., Sauter, D., Tracy, J. L., i Keltner, D. (2019). Mapping the Passions: Toward a High-Dimensional Taxonomy of Emotional Experience and Expression. *Psychological Science in the Public Interest*, 20(1), 69–90. <https://doi.org/10.1177/1529100619850176>
- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319–325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>
- Curyło-Sikora, P., i Kaczmarek, A. (2016). *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*. 51(4), 317–321. <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2016/hyg-2016-4-317.pdf>
- Czapka, E. A. (2010). *The Health of Polish labour immigrants in Norway: A Research Review*. Norwegian Center for Minority Health Research. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2010/czapka-2010-polish-labour-immigrants-nakmirapport-3-2010.pdf>
- Czernianin, H., Czernianin, W., i Chatzipentidis, K. (2017). *Podstawy współczesnej biblioterapii. Podręcznik akademicki*.
- Czernianin, W., i Czernianin, H. (2011). *Poezjoterapia jako jedna z metod biblioterapii*. <http://bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/edition/38963>



- Czerwińska, A., i Pawłowski, T. (2020). Cognitive dysfunctions in depression – significance, description and treatment prospects. *Psychiatria Polska*, 54(3), 453–466.
<https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/105415>
- Czuma, I., i Cwalina, E. (2012). Złość w wybranych podejściach psychoterapeutycznych. *Studia Psychologica*, 12(2), 119–133.
<https://czasopisma.uksw.edu.pl/index.php/sp/article/view/2780/2538>
- Deffenbacher, J. L. (1996). *State-Trait Anger Theory and the Utility of the Trait Anger Scale*. (Reports - Research; Journal Articles 00220167; Journal of Counseling Psychology, Numer 2, s. 131–148). ERIC.
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ535357&lang=pl&site=ehost-live>
- Del Barrio, V., Aluja, A., i Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: Psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 227–244. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.014>
- Den Boer, P. C. A. M., Wiersma, D., i Van Den Bosch, R. J. (2004). Why is self-help neglected in the treatment of emotional disorders? A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 34(6), 959–971. <https://doi.org/10.1017/S003329170300179X>
- Doiczman-Łoboda, N. (2020). Problem „eurosieroctwa” w opinii ekspertów kierujących pomoc do rodzin migrantów zarobkowych. Praca socjalna i wsparcie psychologiczne w doświadczeniach rozłąki migracyjnej. *Teologia i Moralność*, 16(2(28)), 213–225.
<https://doi.org/10.14746/tim.2020.28.2.12>
- Dominiak-Kochanek, M., i Konopka, K. (2018). Rodzinne uwarunkowania cechy, ekspresji i kontroli złości wśród młodych kobiet. *Educational Psychology*, 56(14), 173–191.
<https://doi.org/10.5604/01.3001.0012.8288>



- Dziektarz, A., i Wójcik, S. (2022). Wykorzystanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej w radzeniu sobie z nadmiernym stresem. *Sztuka Leczenia*, 37(2), 57–63.
<https://doi.org/10.4467/18982026SZL.22.015.16674>
- Ekle, L. (2022, grudzień 2). «Det stopper ikke med sinnet, boka er mer enn som så.» NRK.
https://www.nrk.no/anmeldelser/anmeldelse_-_jeg-er-ikke-polakken-din_-av-ewasapiez_yn_ska-1.16201024
- Ekman, P. (2016). What Scientists Who Study Emotion Agree About. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 31–34. <https://doi.org/10.1177/1745691615596992>
- Elshahat, S., Moffat, T., i Newbold, K. B. (2022). Understanding the Healthy Immigrant Effect in the Context of Mental Health Challenges: A Systematic Critical Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 24(6), 1564–1579.
<https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
- Enkhbat, D., Munkhnasan, D., i Dashjamts, T. (2022). Cognitive behavioral therapy (CBT) based anger management program among adolescents. *International Journal of Social Science and Humanities Research-MIYR*, 2(3).
<https://doi.org/10.53468/mifyr.2022.02.03.01>
- Erford, B. T., Johnson, E., i Bardoshi, G. (2016). Meta-Analysis of the English Version of the Beck Depression Inventory–Second Edition. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 49(1), 3–33.
<https://doi.org/10.1177/0748175615596783>
- Erstad, O., Kucirkova, N. I., Mangen, A., Aarsand, P., i Blikstad-Balas, M. (2023). Reading in the digital age: Differences and commonalities across research approaches. *Nordic Journal of Digital Literacy*, 18(4), 272–286. <https://doi.org/10.18261/njdl.18.4.6>
- Essayagh, F., Essayagh, M., Essayagh, S., Marc, I., Bukassa, G., El Otmani, I., Kouyate, M. F., i Essayagh, T. (2023). The prevalence and risk factors for anxiety and depression



- symptoms among migrants in Morocco. *Scientific Reports*, 13(1), 3740.
<https://doi.org/10.1038/s41598-023-30715-8>
- Falewicz, A. (2021). *Psychologiczne koncepcje stresu i radzenia sobie*. 418480 Bytes.
<https://doi.org/10.6084/M9.FIGSHARE.14132228.V3>
- Farley, D., Golonka, K., Kowalski, J., Legierski, J., i Tucholska, K. (2022). Przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu zaburzeń psychicznych. W *Review of meta-analyses of studies on the effectiveness of cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of mental disorders*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej.
<https://ruj.uj.edu.pl/bitstreams/047fdc1a-6852-4bdb-8d82-57666529c0fd/download>
- Finogenow, M. (2021). Experiential techniques and therapeutic relationship in schema therapy. Techniki doświadczeniowe i relacja terapeutyczna w terapii schematów. *Psychoterapia*, 196(1), 49–63. <https://doi.org/10.12740/PT/134156>
- Fischer, A. H., i Evers, C. (2011). The Social Costs and Benefits of Anger as a Function of Gender and Relationship Context. *Sex Roles*, 65(1–2), 23–34.
<https://doi.org/10.1007/s11199-011-9956-x>
- Fordham, B., Sugavanam, T., Edwards, K., Stallard, P., Howard, R., Das Nair, R., Copsey, B., Lee, H., Howick, J., Hemming, K., i Lamb, S. E. (2021). The evidence for cognitive behavioural therapy in any condition, population or context: A meta-review of systematic reviews and panoramic meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(1), 21–29. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005292>
- Gałecki, P., i Talarowska, M. (2017). Cognition, emotions, depression, inflammable processes – basic principles of the neurodevelopmental theory of depression. *Neuropsychiatry i Neuropsychologia*, 1, 30–37. <https://doi.org/10.5114/nan.2017.68899>

- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: Achievements and challenges. *Evidence Based Mental Health, 11*(1), 5–7. <https://doi.org/10.1136/ebmh.11.1.5>
- Gellatly, J., Bower, P., Hennessy, S., Richards, D., Gilbody, S., i Lovell, K. (2007). What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine, 37*(9), 1217–1228. <https://doi.org/10.1017/S0033291707000062>
- Gkiouleka, A., Avrami, L., Kostaki, A., Huijts, T., Eikemo, T. A., i Stathopoulou, T. (2018). Depressive symptoms among migrants and non-migrants in Europe: Documenting and explaining inequalities in times of socio-economic instability. *European Journal of Public Health, 28*(suppl_5), 54–60. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky202>
- Gmaj, K. (2018). „Oswajanie” Norwegii – wzory osiedleńcze polskich migrantów w Norwegii. *Studia Migracyjne – Przegląd Polonijny, 1*. <https://doi.org/10.4467/25444972SMPP.18.008.8917>
- Gmaj, K. (2020). Polacy: Największa grupa imigrancka w Norwegii. *Studia BAS, 4*(60), 101–121. <https://doi.org/10.31268/StudiaBAS.2019.32>
- Golonka, K., Piątek, E., i Stach, R. (2024). Study directions and development of cognitive theory of depression, Kierunki badań i rozwoju poznawczej teorii depresji. *Psychiatria Polska, 58*(4), 669–680. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/161676>
- Gołyszny, M. (2018). „Stare” i „nowe” neuropeptydy jako modulatory czynności osi stresu (podwzgórze–przysadka–nadnercza). *Varia Medica, 2*(5), 409–422. https://journals.viamedica.pl/varia_medica/article/view/61869
- Gregory, R. J., Schwer Canning, S., Lee, T. W., i Wise, J. C. (2004). Cognitive Bibliotherapy for Depression: A Meta-Analysis. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(3), 275–280. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.35.3.275>

- Grygorczuk, A. (2008). Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*, 5(3), 111–115.
<https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29147>
- Grzegorzewska, M. K. (2019). *Psychospołeczne podłoże stresu w zawodzie nauczyciela: Podstawy diagnozy z wykorzystaniem modelu interakcyjno-transakcyjnego*. Wydawnictwa AGH.
- Grzymała-Moszczyńska, H., Grzymała-Moszczyńska, J., Durlik, J., i Szydłowska-Klakła, P. (2015). *(Nie)łatwe powroty do domu? Funkcjonowanie dzieci i młodzieży powracających z emigracji*.
https://www.researchgate.net/publication/321336307_Nielatwe_powroty_do_domu_Funkcjonowanie_dzieci_i_mlodziezy_powracajacych_z_emigracji
- Grzymała-Moszczyńska, J. (2014). Psychologiczne aspekty powrotów z emigracji – Przegląd teoretyczny. *Studia Migracyjne - Przegląd Polonijny*, 40(4(154)), 51–74.
<https://bibliotekanauki.pl/articles/579506.pdf>
- Gualano, M. R., Bert, F., Martorana, M., Voglino, G., Andriolo, V., Thomas, R., Gramaglia, C., Zeppegno, P., i Siliquini, R. (2017). The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 58, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.006>
- Hammen, C. L., i Trzebiatowska, M. (2004). *Depresja*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Harmon-Jones, E., i Sigelman, J. (2001). State anger and prefrontal brain activity: Evidence that insult-related relative left-prefrontal activation is associated with experienced anger and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5), 797–803. APA PsycArticles. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.5.797>
- Håseth, K. J., Spielberger, C. D., i Hagtvet, K. A. (1996). Psychometric Properties and Research with the Norwegian State-Trait Anxiety Inventory. W *Cross Cultural Anxiety* (T. 16, s. 83–106). Taylor & Francis. 10.4324/9781315825724-14



- Haugrud, J. (2022). *Healthy Migrant Effect in the Norwegian Context*.
<https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/99776/Thesis-Sociology-June.pdf?sequence=1>
- Helmikstøl, Ø. (2021, styczeń 4). Testfelt uten styring. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6–13. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2021/01/testfelt-uten-styring>
- Hofstad, E. (2024, luty 23). *Polske innvandrere har dårligere helse enn norske innbyggere*.
<https://sykepleien.no/2024/02/polske-innvandrere-har-darligere-helse-enn-norske-innbyggere>
- Holas, P., i Żołnierczyk-Zreda, D. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for the management and prevention of depression. Terapia poznawcza oparta na uważności w leczeniu i zapobieganiu depresji. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(1), 49–55.
<https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0007>
- Holmgren, L., Tirone, V., Gerhart, J., i Hobfoll, S. E. (2017). Conservation of Resources Theory: Resource Caravans and Passageways in Health Contexts. W C. L. Cooper i J. C. Quick (Red.), *The Handbook of Stress and Health* (1. wyd., s. 443–457). Wiley.
<https://doi.org/10.1002/9781118993811.ch27>
- Isaksen, K. S., i Fallmyr, S. S. (2021, styczeń 13). *Arbeidsinnvandrere reagerer på koronahets: – Stemples som smittespredere*. NRK. <https://www.nrk.no/nordland/polsk-norsk-forening-reagerer-pa-korona-hets-etter-wizzair-sine-flyinger-til-gdansk-1.15324329>
- Jarema, M. (Red.). (2017). *Depresja w praktyce lekarza POZ*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Javaid, S. F., Hashim, I. J., Hashim, M. J., Stip, E., Samad, M. A., i Ahababi, A. A. (2023). Epidemiology of anxiety disorders: Global burden and sociodemographic associations.

Middle East Current Psychiatry, 30(1), 44. <https://doi.org/10.1186/s43045-023-00315-3>

Juczyński, Z., i Ogińska-Bulik, N. (2012). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Jurgilewicz, O. (2017). Stres i stresory w pracy wpływające na poczucie bezpieczeństwa pracownika. *Modern Management Review*. <https://doi.org/10.7862/rz.2017.mmr.41>

Juszczak, S. (2014). *Badania jakościowe w naukach społecznych*. Uniwersytet Śląski. <https://libra.ibuk.pl/reader/badania-jakosciowe-w-naukach-spoecznych-stanislaw-juszczak-116854>

Kaczmarczyk, T. (2015). Migracja – charakterystyka zjawiska. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy*, 3(16). <https://bibliotekanauki.pl/articles/472950.pdf>

Kale, E., i Hjelde, K. H. (2017). *Mental Health Challenges of Immigrants in Norway-A literature review*. Nasjonalt kompetansesenter for migrasjons- og minoritetshelse (NAKMI). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2017/mental-health-challenges-of-immigrants-in-norway-nakmi-rapport-1-2017.pdf>

Karaś, D. (2019). Pojęcia i koncepcje dobrostanu: Przegląd i próba uporządkowania. *Studia Psychologica*, 19(2). <https://doi.org/10.21697/sp.2019.19.2.01>

Karbowski, M. (2024). *Proces migracji w kontekście resentymentu*. <https://doi.org/10.34616/EKS.2024.5.143.159>

Khalouf, D. (2024, grudzień 23). *Mange polakker opplever diskriminering og fordommer – blir kun sett på som arbeidskraft*. NRK. https://www.nrk.no/buskerud/mange-polakker-opplever-diskriminering-og-fordommer-_blir-kun-sett-pa-som-arbeidskraft-1.17063419



- Khodayarifard, M., Spielberger, C. D., Lavasani, M. G., i Zardkhaneh, S. A. (2013). Psychometric Properties of Farsi Version of the Spielberger's State-trait Anger Expression Inventory-2 (FSTAXI-2). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 82, 325–329. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.269>
- Kiejna, A., Piotrowski, P., Adamowski, T., Moskalewicz, J., Wciórka, J., Stokwiszewski, J., Rabczenko, D., i Kessler, R. (2015). The prevalence of common mental disorders in the population of adult Poles by sex and age structure – an EZOP Poland study. *Psychiatria Polska*, 49(1), 15–27. <https://doi.org/10.12740/PP/30811>
- Klein, D. F. (2002). Historical aspects of anxiety. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 4(3), 295–304. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2002.4.3/dklein>
- Kowalski, J., Blaut, A., Dragan, M., Farley, D., Pankowski, D., Sanna, K., Sliwerski, A., i Wiśniowska, J. (2024). *Systematyczny narracyjny przegląd metaanaliz badań nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej i zaleceń terapeutycznych opublikowanych między 2010 a 2023*. Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej. https://www.researchgate.net/publication/380711025_Systematyczny_narracyjny_przeglad_metaanaliz_badan_nad_skutecznościa_psychoterapii_poznawczo-behawioralnej_i_zalecen_terapeutycznych_opublikowanych_miedzy_2010_a_2023
- Kramkowska, E. (2016). Człowiek stary w sytuacji migracji dorosłych dzieci. *Roczniki Nauk Społecznych*, 8(44)(2), 123–141. [https://doi.org/10.18290/rns.2016.8\(44\).2-6](https://doi.org/10.18290/rns.2016.8(44).2-6)
- Krejtz, K., i Stemplewska-Żakowicz, K. (Red.). (2005). *Wywiad w różnych kontekstach praktycznych*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Kubitsky, J. (2012). *Psychologia migracji*. Difin.



- Kumar, V., Sattar, Y., Bseiso, A., Khan, S., i Rutkofsky, I. H. (2017). The Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Treatment of Psychiatric Disorders. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.1626>
- Kwak, Y. T., Yang, Y., i Koo, M.-S. (2016). Depression and Cognition. *Dementia and Neurocognitive Disorders*, 15(4), 103. <https://doi.org/10.12779/dnd.2016.15.4.103>
- Larsen, E. B. (2023). Når vi trenger det som mest: Bruk av metoden Shared reading i helsesektoren. *Nordic Journal of Arts, Culture and Health*, 5(1), 1–5. <https://doi.org/10.18261/njach.5.1.4>
- Lau, V. P., i Shaffer, M. A. (2023). A Typological Theory of Domestic Employees' Acculturation Stress and Adaptation in the Context of Globalization. *Academy of Management Review*, 48(1), 57–77. <https://doi.org/10.5465/amr.2019.0408>
- Laue, J., Diaz, E., Eriksen, L., i Risør, T. (2023). Migration health research in Norway: A scoping review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 51(3), 381–390. <https://doi.org/10.1177/14034948211032494>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S., Gutterrud, Ø., i Joranger, P. (2021, styczeń 25). *Health Literacy in Five Immigrant Populations in Norway: Pakistan, Poland, Somalia, Turkey, and Vietnam*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
- LeDoux, J. E. (2017). *Lęk*. Copernicus Center Press. <https://libra.ibuk.pl/reader/lek-joseph-ledoux-184393>
- LeDoux, J. E., i Pine, D. S. (2016). Using Neuroscience to Help Understand Fear and Anxiety: A Two-System Framework. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1083–1093. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Leineweber, C., Westerlund, H., Theorell, T., Kivimäki, M., Westerholm, P., i Alfredsson, L. (2011). Covert coping with unfair treatment at work and risk of incident myocardial



- infarction and cardiac death among men: Prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)*, 65(5), 420–425. JSTOR.
<https://doi.org/10.1136/jech.2009.088880>
- Leistner, C., i Menke, A. (2020). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis and stress. W *Handbook of Clinical Neurology* (T. 175, s. 55–64). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64123-6.00004-7>
- Lewis, M., Sullivan, M. W., i Kim, H. M.-S. (2015). Infant Approach and Withdrawal in Response to a Goal Blockage: Its Antecedent Causes and Its Effect on Toddler Persistence. *Developmental Psychology*, 51(11), 1553–1563. ERIC.
<https://doi.org/10.1037/dev0000043>
- Lievaart, M., Franken, I. H. A., i Hovens, J. E. (2016). Anger Assessment in Clinical and Nonclinical Populations: Further Validation of the State-Trait Anger Expression Inventory-2: Further Validation of the STAXI-2. *Journal of Clinical Psychology*, 72(3), 263–278. <https://doi.org/10.1002/jclp.22253>
- Lin, X. (2024). A Systematic Review on Bibliotherapy and Its Effectiveness in Psychotherapeutic Dimension. *Transactions on Social Science, Education and Humanities Research*, 11, 733–740. <https://doi.org/10.62051/cv1qbw13>
- Liu, J., Liu, Y., Ma, W., Tong, Y., i Zheng, J. (2024). Temporal and spatial trend analysis of all-cause depression burden based on Global Burden of Disease (GBD) 2019 study. *Scientific Reports*, 14(1), 12346. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62381-9>
- Lohr, J. M., Olatunji, B. O., Baumeister, R. F., i Bushman, B. J. (2007). The psychology of anger venting and empirically supported alternatives that do no harm. *Scientific Review of Mental Health Practice*, 5(1), 53–64. Academic Search Ultimate.
[https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=27802646&lang = pl&site=ehost-live](https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=27802646&lang=pl&site=ehost-live)



- Lyneham, H. J., i Rapee, R. M. (2006). Evaluation of therapist-supported parent-implemented CBT for anxiety disorders in rural children. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1287–1300. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.09.009>
- Łosiak, W. (2007a). *Natura stresu: Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. <https://ruj.uj.edu.pl/entities/publication/422b664b-cb43-4dca-ac54-ed63db25e5d5>
- Łosiak, W. (2023). Stres wojny i migracji – konsekwencje dla dzieci i młodzieży. *Intercultural Relations*, 7(1(13)), 108–117. <https://doi.org/10.12797/RM.01.2023.13.07>
- Maier, S. F., i Seligman, M. E. P. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349–367. <https://doi.org/10.1037/rev0000033>
- Markowitz, J. C., i Weissman, M. M. (2012). Interpersonal Psychotherapy: Past, Present and Future. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 99–105. <https://doi.org/10.1002/cpp.1774>
- Marrs, R. W. (1995). A meta-analysis of bibliotherapy studies. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 843–870. <https://doi.org/10.1007/BF02507018>
- Mason, W. A., i Capitano, J. P. (2012). Basic Emotions: A Reconstruction. *Emotion Review*, 4(3), 238–244. <https://doi.org/10.1177/1754073912439763>
- Maxwell, J. P., Sukhodolsky, D. G., i Sit, C. H. P. (2009). Preliminary validation of a Chinese version of the State-Trait Anger Expression Inventory-2. *Asian Journal of Social Psychology*, 12(1), 1–11. <https://doi.org/10.1111/j.1467-839X.2008.01264.x>
- McGrath, C., Palmgren, P. J., i Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002–1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>



- Męćfal, S. (2020). Analiza praktyk anonimizacji danych w polskich jakościowych badaniach socjologicznych na tle literatury przedmiotu oraz zasad etyczno-prawnych. *Przegląd Socjologiczny*, 69(3), 59–84. <https://doi.org/10.26485/PS/2020/69.3/3>
- Mielimąka, M., Rutkowski, K., Cyranka, K., Sobański, J., Dembińska, E., i Müldner-Nieckowski, Ł. (2017). Trait and state anxiety in patients treated with intensive short-term group psychotherapy for neurotic and personality disorders. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1165–1179. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/60537>
- Modrzyński, R. (2018). Conservation of Resources Theory by Stevan E. Hobfoll and prediction of alcohol dependent persons' abstinence. *Alcoholism and Drug Addiction*, 31(2), 147–170. <https://doi.org/10.5114/ain.2018.79992>
- Moldovan, R., Cobeanu, O., i David, D. (2013). Cognitive bibliotherapy for mild depressive symptomatology: Randomized clinical trial of efficacy and mechanisms of change. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(6), 482–493. MEDLINE. <https://doi.org/10.1002/cpp.1814>
- Monroe, M. E., i Rubin, R. J. (1975). Bibliotherapy: Trends in the United States. *Libri*, 25(2). <https://doi.org/10.1515/LIBR.1975.25.2.156>
- Monroy-Fraustro, D., Maldonado-Castellanos, I., Aboites-Molina, M., Rodríguez, S., Sueiras, P., Altamirano-Bustamante, N. F., De Hoyos-Bermea, A., i Altamirano-Bustamante, M. M. (2021). Bibliotherapy as a Non-pharmaceutical Intervention to Enhance Mental Health in Response to the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Systematic Review and Bioethical Meta-Analysis. *Frontiers in Public Health*, 9, 629872. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.629872>
- Moscoso, M., i Spielberger, C. (2011). Cross-cultural assessment of emotions: The expression of anger. *Revista de Psicología*, 29(2), 343–360. <https://doi.org/10.18800/psico.201102.007>



- Murawiec, S., i Danel, J. (2023). The pathogenesis of anxiety syndromes in the concepts of Jaak Panksepp and Joseph LeDoux: Implications for pharmacotherapy and psychotherapy. *Pharmacotherapy in Psychiatry and Neurology*, 39(1), 65–78. <https://doi.org/10.5114/fpn.2023.127422>
- Musiał, A. (2007). Depresja – rys historyczny. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 7(1), 42–46. <https://bibliotekanauki.pl/articles/945601.pdf>
- Muto, T., Hayes, S. C., i Jeffcoat, T. (2011). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Bibliotherapy for Enhancing the Psychological Health of Japanese College Students Living Abroad. *Behavior Therapy*, 42(2), 323–335. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.009>
- Napora, E. (2024). *Mgr Magdalena Staniek – Katedra Psychologii*. <https://wns.ujd.edu.pl/psychologia/art,239,mgr-magdalena-staniek>
- Navas, M., García, M. C., Sánchez, J., Rojas, A. J., Pumares, P., i Fernández, J. S. (2005). Relative Acculturation Extended Model (RAEM): New contributions with regard to the study of acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 29(1), 21–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.04.001>
- Naylor, E. V., Antonuccio, D. O., Litt, M., Johnson, G. E., Spogen, D. R., Williams, R., McCarthy, C., Lu, M. M., Fiore, D. C., i Higgins, D. L. (2010). Bibliotherapy as a Treatment for Depression in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 258–271. <https://doi.org/10.1007/s10880-010-9207-2>
- Nesic, M., Vogel, J., Krüger, J. P., Wenzel, W., Sahebi, A., Rassaf, T., Siebermair, J., i Wesemann, U. (2023). Association between different dimensions of anger and symptoms of post-traumatic stress disorder in at-risk cardiovascular patients during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1228192. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1228192>



- Niedbalski, J. (2013). Komputerowe wspomaganie analizy danych jakościowych (CAQDAS) w projektowaniu i prowadzeniu badań. *Nauka i Szkolnictwo Wyższe, 1(41)*, 185–202. <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/nsw/article/view/1664>
- Obbarius, N., Fischer, F., Liegl, G., Obbarius, A., i Rose, M. (2021). A Modified Version of the Transactional Stress Concept According to Lazarus and Folkman Was Confirmed in a Psychosomatic Inpatient Sample. *Frontiers in Psychology, 12*, 584333. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.584333>
- Ødegård, A. M., i Andersen, R. K. (2024). *Working and living conditions among resident migrants from Poland and Lithuania | * Faforeport 2021:24. Arbeids- og levevilkår for bosatte arbeidsinnvandrere fra Polen og Litauen. Fafo-rapport 2021:14.* <https://www.fafo.no/images/pub/2021/20785.pdf>
- OECD. (2024). *Do Adults Have the Skills They Need to Thrive in a Changing World?: Survey of Adult Skills 2023.* OECD. <https://doi.org/10.1787/b263dc5d-en>
- Okajima, I., Komada, Y., i Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia: CBT for insomnia: a meta-analysis. *Sleep and Biological Rhythms, 9(1)*, 24–34. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x>
- Østergaard, T., Lundgren, T., Zettle, R. D., Landrø, N. I., i Haaland, V. Ø. (2020). Psychological Flexibility in Depression Relapse Prevention: Processes of Change and Positive Mental Health in Group-Based ACT for Residual Symptoms. *Frontiers in Psychology, 11*, 528. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00528>
- Özmen, A. (2023). Anger and psychological symptoms relationship: Mediator role of maladaptive schemas. *Frontiers in Psychology, 14*, 1183618. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1183618>



- Pacak, K., Palkovits, M., Yadid, G., Kvetnansky, R., Kopin, I. J., i Goldstein, D. S. (1998). Heterogeneous neurochemical responses to different stressors: A test of Selye's doctrine of nonspecificity. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 275(4), R1247–R1255. <https://doi.org/10.1152/ajpregu.1998.275.4.R1247>
- Padesky, C. A., Cierpisz, M., i Greenberger, D. (2017). *Umysł ponad nastrojem: Zmień nastrój poprzez zmianę sposobu myślenia* (Wydanie 2. rozszerzone). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Park, J., Kitayama, S., Markus, H. R., Coe, C. L., Miyamoto, Y., Karasawa, M., Curhan, K. B., Love, G. D., Kawakami, N., Boylan, J. M., i Ryff, C. D. (2013). Social status and anger expression: The cultural moderation hypothesis. *Emotion*, 13(6), 1122–1131. <https://doi.org/10.1037/a0034273>
- Patten, S. B. (1991). Are the Brown and Harris „vulnerability factors” risk factors for depression? *Journal of Psychiatry & Neuroscience : JPN*, 16(5), 267–271.
- Pawlak-Kałużyńska, A. (2022a). Zdrowie a samotność i osamotnienie migrantów zarobkowych. *Przegląd Socjologiczny*, 71(2), 9–34. <https://doi.org/10.26485/PS/2022/71.2/1>
- Pawlak-Kałużyńska, A. (2022b). Życie i praca za granicą w zdrowiu i w chorobie. *Władza Sądzenia*, 23, 32–48. <https://doi.org/10.18778/2300-1690.23.03>
- Pehrsson, D.-E. (2006). Benefits of Utilizing Bibliotherapy within Play Therapy. *Play Therapy*. https://www.researchgate.net/publication/273961304_Benefits_of_Utilizing_Bibliotherapy_within_Play_Therapy
- Pękala, K., i Sobow, T. (2023). *Wiarygodność kliniczna wybranych narzędzi samoopisowych (kwestionariuszy) w rozpoznawaniu depresji.*



https://www.researchgate.net/publication/368667175_WIARYGODNOSC_KLINICZNA_WYBRANYCH_NARZEDZI_SAMOOPISOWYCH_KWESTIONARIUSZY_W_ROZPOZNAWANIU_DEPRESJI

- Pluut, H., Curşeu, P. L., i Fodor, O. C. (2022). Development and Validation of a Short Measure of Emotional, Physical, and Behavioral Markers of Eustress and Distress (MEDS). *Healthcare*, 10(2), 339. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020339>
- Popek, L. (2017). Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży – kiedy można stwierdzić objawy somatyczne i psychopatologiczne. <https://podyplomie.pl/psychiatria/28915,zaburzenia-lekowe-u-dzieci-i-mlodziezy-kiedy-mozna-stwierdzic-objawy-somatyczne-i>
- Popiel, A., i Pragłowska, E. (2009). Psychoterapia poznawczo-behawioralna – Praktyka oparta na badaniach empirycznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2(3), 146–155. https://www.academia.edu/9108312/Psychoterapia_poznawczo_behawioralna_praktyka_oparta_na_badaniach_empirycznych
- Popiel, A., Pragłowska, E., i Popiel, A. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna: Teoria i praktyka* (Wydanie II rozszerzone). PWN.
- Pużyński, S. (2009). *Depresje i zaburzenia afektywne* (Wyd. 5 rozsz. i uaktualnione). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rachman, S. J., i Kowalczevska, J. (2005). *Zaburzenia lękowe*. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne.
- Radziwiłłowicz, W. (2018). Negatywne wydarzenia w życiu dzieci i młodzieży – między ryzykiem wystąpienia depresji a wzrostem potraumatycznym. *Polskie Forum Psychologiczne*, 23, 543–556. <https://doi.org/10.14656/PFP20180305>
- Rajewska-Rager, A., i Rybakowski, J. (2008). Rola stresujących wydarzeń życiowych w patogenezie depresji. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia/Neuropsychiatry and*



- Neuropsychology*, 3(3), 3–4. <https://www.termedia.pl/The-role-of-stressful-live-events-in-the-pathogenesis-of-depression,46,11382,1,1.html>
- Redman, H., Melendez-Torres, G. J., Bethel, A., i Green, J. (2024). The impact of school-based creative bibliotherapy interventions on child and adolescent mental health: A systematic review and realist synthesis protocol. *Systematic reviews*, 13(1), 86. MEDLINE. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02482-8>
- Ressler, K. J. (2010). Amygdala Activity, Fear, and Anxiety: Modulation by Stress. *Biological Psychiatry*, 67(12), 1117–1119. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.027>
- Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., i Von Doellinger, O. (2017). Depression and psychodynamic psychotherapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(1), 105–109. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-2107>
- Richard, Y., Tazi, N., Frydecka, D., Hamid, M. S., i Moustafa, A. A. (2023). A systematic review of neural, cognitive, and clinical studies of anger and aggression. *Current Psychology*, 42(20), 17174–17186. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03143-6>
- Rivrud, K., Walmsness, T., i Valen, T. A. (2023, listopad 9). *Østeuropeere forlater Norge – lønner seg ikke å jobbe her.* NRK. https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/osteuropeere-forlater-norge_-lonner-seg-ikke-a-jobbe-her-1.16630750
- Roberts, L. M., Achotegui, J., Allen, R. C., Lopez, M., i Fakhri, M. (2022). Understanding the Ulysses Syndrome, Effective Engagement, and Ways to Heal. *ENGAGE! Co-created Knowledge Serving the City*, 4(2), 38–49. <https://doi.org/10.18060/26776>
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., i Gau, J. M. (2015). Effectiveness trial of an indicated cognitive-behavioral group adolescent depression prevention program versus bibliotherapy and brochure control at 1- and 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 736–747. <https://doi.org/10.1037/ccp0000022>



- Rottenberg, B. (2022). Bibliotherapy as an integrative psychotherapeutic channel. *Journal of Poetry Therapy*, 35(1), 27–41. <https://doi.org/10.1080/08893675.2021.2004371>
- Rubenstein, L. M., Freed, R. D., Shapero, B. G., Fauber, R. L., i Alloy, L. B. (2016). Cognitive attributions in depression: Bridging the gap between research and clinical practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2), 103–115. <https://doi.org/10.1037/int0000030>
- Samochowicz, A., Wojciechowski, B., i Samochowicz, J. (2004). Rola myślenia magicznego w obronie przed lękiem. *Psychiatria*, 1(1), 17–21. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29244>
- Santomauro, D. F., Herrera, A. M. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Sapieżyńska, E. (2023, kwiecień 29). *Między „ciapatym” a „ziemniakiem.” W Norwegii „polakk” to obelga*. KrytykaPolityczna.pl. <https://krytykapolityczna.pl/kultura/czytaj-dalej/ewa-sapiezynska-w-norwegii-polakk-to-obelga/>
- Sapieżyńska, E., i Wiśniewska-Weiss, I. (2023). *Nie jestem twoim Polakiem: Reportaż z Norwegii* (Wydanie pierwsze). Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Scogin, F. (1990). Two-Year Follow-Up of Bibliotherapy for Depression in Older Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 665–667. ERIC. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.665>



- Segel-Karpas, D. (2024). Anger and anxiety in older adults: A cross-lagged examination. *Aging & Mental Health*, 28(9), 1209–1215. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2320137>
- Selye, H., Dega, W., Zalewski, T., i Państwowy Instytut Wydawniczy. (1977). *Stres okielznany / Hans Selye ; przeł. [Z ang.] Tomasz Zalewski ; przedmową opatrzył Wiktor Dega*. Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Selye, H., Guzek, J. W., Rembiesa, R., i Wydawnictwo Lekarskie PZWL. (1960). *Stress życia / Hans Selye ; [przeł. Z ang. Jan W. Guzek i Roman Rembiesa]*. (Dodr.). Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- She, Z., Li, D., Zhang, W., Zhou, N., Xi, J., i Ju, K. (2021). Three Versions of the Perceived Stress Scale: Psychometric Evaluation in a Nationally Representative Sample of Chinese Adults during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8312. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168312>
- Shimbo, D., Cohen, M. T., McGoldrick, M., Ensari, I., Diaz, K. M., Fu, J., Duran, A. T., Zhao, S., Suls, J. M., Burg, M. M., i Chaplin, W. F. (2024). Translational Research of the Acute Effects of Negative Emotions on Vascular Endothelial Health: Findings From a Randomized Controlled Study. *Journal of the American Heart Association*, 13(9), e032698. <https://doi.org/10.1161/JAHA.123.032698>
- Siqveland, J., i Kornør, H. (2011). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Beck Depression Inventory 2. Utgave (BDI II). *PsykTestBarn*, 1(1), 1–6. <https://doi.org/10.21337/0005>
- Sischka, P. E., Grübbel, L., Reisinger, C. V., Neufang, K. M., i Schmidt, A. F. (2024). Supplemental Material for On the Dimensionality, Suitability of Sum/Mean Scores, and Cross-Country Measurement Invariance of the Perceived Stress Scale 10 (PSS-10)



- Evidence From 41 Countries. *International Journal of Stress Management*, str0000330.supp. <https://doi.org/10.1037/str0000330.supp>
- Skrabacz, A. (2020). Migracje XXI wieku jako wyzwanie dla bezpieczeństwa Polski oraz Unii Europejskiej. *Forum Socjologiczne*, 10, 79–91. <https://doi.org/10.19195/2083-7763.10.7>
- Sluyter, F., Keijser, J., Boomsma, D., Van Doornen, L., Van Den Oord, E., i Snieder, H. (2000). Genetics of testosterone and the aggression-hostility-anger (AHA) syndrome: A study of middle-aged male twins. *Twin Research*, 3(4), 266–276. <https://doi.org/10.1375/twin.3.4.266>
- Smith, N. M., i Floyd, M. R. (1997). Three-year follow-up of bibliotherapy for depression. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(2), 324. Academic Search Ultimate. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.2.324>
- Sobolewski, A., Strelau, J., i Zawadzki, B. (1999). Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZŻ): Polska adaptacja kwestionariusza „Recent Life Change Questionnaire” (RLCQ) R.H. Rahe’a. *Przegląd Psychologiczny: organ Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*. WorldCat. <https://www.kul.pl/files/714/media/3.42.1999.art.2.pdf.pdf>
- Spielberger, C. D. (2006). Cross-cultural assessment of emotional states and personality traits. *European Psychologist*, 11(4), 297–303. <https://doi.org/10.1027/1016-9040.11.4.297>
- Spielberger, C. D., i Reheiser, E. C. (2009). Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(3), 271–302. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01017.x>
- Spielberger, C. D., Strelau, J., Tysarczyk, M., i Wrześniewski, K. (2011). *STAI, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

- Spielman, R. M., Jenkins, W. J., Lovett, M., i Czarnota-Bojarska, J. (with Open Textbook Library). (2022). *Psychologia*. OpenStax.
- Spilker, R. S., Kumar, B. N., Labberton, A. S., Olsen, A. O., Syse, A., Hussaini, L., Straiton, M. L., Qureshi, S. A., Indseth, T., Bruun, T., i Ali, W. A. (2024, maj 6). *The Health of Migrants, Refugees and those of migrant origin in Norway*. Norwegian Institute of Public Health. <https://www.fhi.no/en/he/hin/groups/health-immigrant-population/>
- SSB. (2024a, luty 21). *05196: Population, by sex, age and citizenship 1977 - 2024*. Statbank Norway. SSB. <https://www.ssb.no/en/statbank/table/05196/tableViewLayout1/>
- SSB. (2024b, marzec 7). *Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre*. SSB. <https://www.ssb.no/befolkning/innvandrer/statistikk/innvandrer-og-norskfodte-med-innvandrerforeldre>
- SSB. (2024c, sierpień 21). *Population in Norway 2nd quarter 2024*. SSB. <https://www.ssb.no/en/befolkning/folketall/statistikk/befolkning/>
- Stach, R. (2011). *Nawroty depresji: Rozważania z perspektywy stresu życia i zjawiska rozniecania /kindling/*. XXIII(3–4). https://www.sztukaleczenia.pl/pub/2011/3_4/RStach.pdf
- Staniek, M. (2013). *Nieśmiałość: Zmień myślenie i odważ się być sobą*. Edgard.
- Staniek, M. (2015). *Autoterapia: Pokonaj problemy, stres i lęki*. Edgard.
- Staniek, M. (2020). *Pokonaj problemy i lęki* (Wydanie I poprawione). Edgard.
- Stewart, J. L., Levin-Silton, R., Sass, S. M., Heller, W., i Miller, G. A. (2008). Anger style, psychopathology, and regional brain activity. *Emotion*, 8(5), 701–713. <https://doi.org/10.1037/a0013447>
- Stice, E., Rohde, P., Seeley, J. R., i Gau, J. M. (2008). Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Program for High-Risk Adolescents Outperforms Two Alternative



- Interventions: A Randomized Efficacy Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 595–606. ERIC. <https://doi.org/10.1037/a0012645>
- Stylo, E. (2020a, grudzień 17). *Kozły ofiarne zarazy*. NRK. https://www.nrk.no/ytring/koz_y-ofiarne-zarazy-1.15292942
- Stylo, E. (2020b, grudzień 17). *Smittens syndebukker*. NRK. <https://www.nrk.no/ytring/smittens-syndebukker-1.15288480>
- Suchańska, A. (2012). Złość na siebie: Źródła – Mechanizmy – Konsekwencje. *Oblicza złości : perspektywa psychologów, psychiatrów i psychoterapeutów, XXVI*, 22–38.
- Sweeney, P. D., Anderson, K., i Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 974–991. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.974>
- Szabo, S., Yoshida, M., Filakovszky, J., i Juhasz, G. (2017). “Stress” is 80 Years Old: From Hans Selye Original Paper in 1936 to Recent Advances in GI Ulceration. *Current Pharmaceutical Design*, 23(27). <https://doi.org/10.2174/1381612823666170622110046>
- Szorc, K. (2016). O irytacji bez irytacji. *Parezja. Czasopismo Forum Młodych Pedagogów przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN*, 2(6), 11–22. <https://doi.org/10.15290/parezja.2016.06.02>
- Szulc, W. (1941–2021). (2011). *Biblioterapia. Powrót do źródeł*. <http://bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/edition/38962>
- Szymańska, W. (2023). Kierunki i natężenie migracji zagranicznych na pobyt stały w Polsce. *Rozwój Regionalny i Polityka Regionalna*, 17(67), Article 67. <https://doi.org/10.14746/rrpr.2023.67s.09>
- Tan, S., i Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170–171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>

- Tarka, P. (2017). Specificity and complementarity of quantitative and qualitative research. *Wiadomości Statystyczne. The Polish Statistician*, 62(3), 16–27. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0014.0870>
- TenHouten, W. D. (2018). Anger and Contested Place in the Social World. *Sociology Mind*, 08(03), 226–248. <https://doi.org/10.4236/sm.2018.83018>
- Terelak, J. F. (2008). *Człowiek i stres: Koncepcje, źródła, reakcje, radzenie sobie, modyfikatory*. Oficyna Wydawnicza Branta.
- Titova, O. E., Baron, J. A., Michaëlsson, K., i Larsson, S. C. (2022). Anger frequency and risk of cardiovascular morbidity and mortality. *European Heart Journal Open*, 2(4), oeac050. <https://doi.org/10.1093/ehjopen/oeac050>
- Tomczyk-Maryon, M. (2021, marzec 12). *Czy zdrowie psychiczne Polaków w Norwegii wygląda tak źle, jak pokazują dane FHI? Rozmowa z lekarką pierwszego kontaktu i psychologką*. Den katolske kirke. <https://www.katolsk.no/nyheter/2021/03/czy-zdrowie-psychiczne-polakow-w-norwegii-wyglada-tak-zle-jak-pokazuja-dane-fhi-rozmowa-z-lekarka-pierwszego-kontakt-u-i-psychologka>
- Trąbka, A. (2016). Psychologiczne aspekty radzenia sobie w sytuacji migracji zagranicznej. *Psychological aspects of coping with international migration*, 243–258. <https://ruj.uj.edu.pl/bitstreams/7d5d2893-a97e-4e4f-92b9-f8499928523b/download>
- Utari-Witt, H., Walter, A., Kudritzki, S., Peyeri, C., von Schelling, A., Schmid-Arnold, V., Stachels-Andric, J., Sykutera, M., i Warszawskie Centrum Innowacji Edukacyjno-Społecznych i Szkoleń. (2021). *W drodze na obcą ziemię: Psychoanalityczne refleksje na temat migracji*. Warszawskie Centrum Innowacji Edukacyjno-Społecznych i Szkoleń. <https://books.google.pl/books?id=5R4zzwEACAAJ>



- Veenstra, L., Bushman, B. J., i Koole, S. L. (2018). The facts on the furious: A brief review of the psychology of trait anger. *Current Opinion in Psychology*, 19, 98–103. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.014>
- Wallace, D., Cooper, N. R., Sel, A., i Russo, R. (2023). The social readjustment rating scale: Updated and modernised. *PLOS ONE*, 18(12), e0295943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295943>
- Wciórka, J., Leciak, J., Rawska-Kabacińska, A., Suchecka, E., Świtaj, P., Stefanowski, B., i Stokwiszewski, J. (2021). *EZOP II: rozpowszechnienie zaburzeń (kiedykolwiek w życiu, ostatnie 12 miesięcy, ostatni miesiąc)* (1). Instytut Psychiatrii i Neurologii. https://ezop.edu.pl/wp-content/uploads/2021/12/EZOPII_Rozpowszechnienie.pdf
- Weiner, L., Berna, F., Nourry, N., Severac, F., Vidailhet, P., i Mengin, A. C. (2020). Efficacy of an online cognitive behavioral therapy program developed for healthcare workers during the COVID-19 pandemic: The REduction of STress (REST) study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 870. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04772-7>
- Weissman, M. M. (2006). A Brief History of Interpersonal Psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36(8), 553–557. Academic Search Ultimate. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=22057364&lang=pl&site=ehost-live>
- Wells, A., i Andruszko, R. (2010). *Terapia poznawcza zaburzeń lękowych: Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii* (Wydanie I). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Williams, C. (2024). *Chidiwilliams/buzz* [Python]. <https://github.com/chidiwilliams/buzz> (Original work published 2022)



- Williams, C., Wilson, P., Morrison, J., McMahon, A., Andrew, W., Allan, L., McConnachie, A., McNeill, Y., i Tansey, L. (2013). Guided Self-Help Cognitive Behavioural Therapy for Depression in Primary Care: A Randomised Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(1), e52735. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052735>
- Williams, R. (2017). Anger as a Basic Emotion and Its Role in Personality Building and Pathological Growth: The Neuroscientific, Developmental and Clinical Perspectives. *Frontiers in Psychology*, 8, 1950. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01950>
- Wojtas, A., i Jakuszkowiak-Wojten, K. (2010). Terapia lęku panicznego w ujęciu poznawczo-behawioralnym. *Psychiatria*, 7(6), 227–233. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/29100>
- Wrześniewski, K. (2011). *Inwentarz stanu i cechy lęku STAI: polska adaptacja STAI: podręcznik* (Wyd. 4 rozsz.). Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Xu, Z., Liu, R., Guo, L., Gao, Z., Gao, Z., Liu, X., Li, J., Li, B., i Yang, K. (2023). The 100 most-cited articles on bibliotherapy: A bibliometric analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 28(9), 2728–2744. Academic Search Ultimate. <https://doi.org/10.1080/13548506.2022.2068183>
- Yadav, D. (2022). Criteria for Good Qualitative Research: A Comprehensive Review. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 31(6), 679–689. <https://doi.org/10.1007/s40299-021-00619-0>
- Yasar, A. B. (2024). A randomized controlled trial of the effect of cognitive behavioral therapy-based self-help psychotherapy books on anxiety and depressive symptoms: A bibliotherapy study. *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 5–14. <https://doi.org/10.14744/DAJPNS.2024.00232>



- Zabłocka-Żytka, L., i Lavdas, M. (2023). The stress of war. Recommendations for the protection of mental health and wellbeing for both Ukrainian refugees as well as Poles supporting them. *Psychiatria Polska*, 57(4), 729–746.
<https://doi.org/10.12740/PP/156157>
- Zawadzki, B., Popiel, A., i Pragłowska, E. (2009). Charakterystyka psychometryczna polskiej adaptacji Kwestionariusza Depresji BDI-II Aarona T. Becka (Psychometric Properties of the Polish Version of the Aaron T. Beck's Depression Inventory BDI-II). *PSYCHOLOGIA – ETOLOGIA – GENETYKA*, 2009, 71–95.
https://www.researchgate.net/publication/269107443_Charakterystyka_psychometryczna_polskiej_adaptacji_Kwestionariusza_Depresji_BDI-II_Aarona_T_Becka_Psychometric_Properties_of_the_Polish_Version_of_the_Aaron_T_Beck's_Depression_Inventory_BDI-II
- Żaliński, A. (2022). Akulturacja. *Acculturation*, 129–145.
<https://doi.org/10.35765/slowniki.245>
- Żemojtel-Piotrowska, M., i Piotrowski, J. (2012). *Kiedy złość motywuje? Społeczne funkcje wyrażania złości* (s. 39–55).
https://www.researchgate.net/publication/270271990_Kiedy_zlosc_motywuje_Spoleczne_funkcje_wyrazania_zlosci



Spis tabel

Tabela 1 Różnice pomiędzy biblioterapią a autoterapią.....	41
Tabela 2 Porównanie parametrów psychometrycznych BDI-II w wersji oryginalnej, norweskiej i polskiej.....	59
Tabela 3 Struktura skal i podskal STAXI-2.....	60
Tabela 4 Przebieg i etapy badania jakościowe i ilościowego dla grup badanych	66
Tabela 5 Spełnianie warunków według kryteriów doboru osób do grupy badanej.....	68
Tabela 6 Przegląd danych socjodemograficznych grupy badanej	68
Tabela 7 Informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego.....	70
Tabela 8 Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach	72
Tabela 9 Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Barbary	89
Tabela 10 Celina – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego	90
Tabela 11 Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach	91
Tabela 12 Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Celiny	104
Tabela 13 Katarzyna – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego	105
Tabela 14 Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach	106
Tabela 15 Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Katarzyny	119
Tabela 16 Łucja – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego	120
Tabela 17 Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach	121
Tabela 18 Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Łucji	132
Tabela 19 Wiesława – informacje zebrane w ramach wywiadu częściowo ustrukturyzowanego	133
Tabela 20 Zestawienie procentowe występowania 10 najczęstszych kodów w kategoriach	135
Tabela 21 Wyniki surowe badań psychometrycznych dla Wiesławy	146
Tabela 22 Porównawcza poziomą lęku w grupie badanej n = 5	147



Tabela 24 Rozkład liczbowy i procentowy osób w grupie badanej ze względu na płeć	157
Tabela 25 Statystyka opisowa dla ws. testów dla gr. badanej z zestawieniem wyników pre i post oraz różnicy między nimi	158
Tabela 26 Test rang Wilcozona dla grupy badanej	159
Tabela 27 Rozkład wg. płci	162
Tabela 28 Rozkład wg. wieku.....	162
Tabela 29 Rozkład krzyżowy płeć/wykształcenie	163
Tabela 30 Rozkład wg. miejsca zamieszkania.....	164
Tabela 31 Rozkład wg. charakteru pobytu	164
Tabela 32 Statystyka opisowa dla badania PSS10 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci	165
Tabela 33 Wyniki surowe testu BDI-II dla grupy kontrolnej z podziałem według płci	167
Tabela 34 Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali S-ANG	168
Tabela 35 Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali T-ANG	170
Tabela 36 Wyniki surowe testu STAXI-2 dla grupy kontrolnej z podziałem według płci dla skali AX-INDEX	171
Tabela 37 Zaobserwowane korelacje w grupie pytań socjodemograficznych z uwzględnieniem wielkości efektu (z Fishera) i kowariancji	173
Tabela 38 Wybrane korelacje Spearmana między wynikami między pytań socjodemograficznymi oraz psychometrycznymi w grupie kontrolnej z uwzględnieniem wielkości efektu i kowariancji.....	174
Tabela 39 Korelacje Spearmana między wynikami testów psychometrycznych w grupie kontrolnej	175
Tabela 40 Badanie testem U- Manna-Whitneya pomiędzy wynikami z pre i post testów a grupa kontrolną.....	178
Tabela 41 Weryfikacja hipotez badawczych.....	181



Spis rysunków

Rysunek 1 Chmura kodów zbudowana w oparciu o wywiad z Barbarą	71
Rysunek 2 Chmura słów występujących w badaniu, im większe słowo tym częściej występowało w analizowanym materiale.....	87
Rysunek 3 Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Celiną.....	91
Rysunek 4 Chmura słów występujących w badaniu, im większe słowo tym częściej występowało w analizowanym materiale.....	102
Rysunek 5 Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Katarzyną.....	106
Rysunek 6 Chmura słów występujących w wywiadzie z Katarzyną.....	118
Rysunek 7 Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Łucją	121
Rysunek 8 Chmura słów występujących w wywiadzie z Łucją	131
Rysunek 9 Chmura kodowa zbudowana w oparciu o wywiad z Wiesławą.....	134
Rysunek 10 Chmura słów występujących w wywiadzie z Wiesławą.....	145
Rysunek 11 Wizualizacja podobieństw analizy treści wywiadów osób w badaniu jakościowym z wykorzystaniem QDA miner.....	150
Rysunek 12 Macierz podobieństw osób w badaniu jakościowym z wykorzystaniem QDA miner	150
Rysunek 13 Rozkład wg. płci	162
Rysunek 14 Rozkład wg. wieku	162
Rysunek 15 Rozkład wg. wykształcenia	163
Rysunek 16 Rozkład wg. miejsca zamieszkania	164
Rysunek 17 Rozkład wg. charakteru pobytu	164
Rysunek 18 Całość grupy	166
Rysunek 19 Kobiety	166
Rysunek 20 Mężczyźni.....	166
Rysunek 21 Całość grupy	167
Rysunek 22 Kobiety	167
Rysunek 23 Mężczyźni.....	167
Rysunek 24 S-ANG całość grupy.....	169
Rysunek 25 S-ANG kobiety	169
Rysunek 26 S-ANG mężczyźni	169
Rysunek 27 T-ANG całość grupy	170
Rysunek 28 T-ANG K	170



Rysunek 29 T-ANG M.....	170
Rysunek 30 AX-INDEX grupa.....	172
Rysunek 31 AX-INDEX K.....	172
Rysunek 32 AX-INDEX M.....	172

Spis załączników

- Z.1-5 Pięć poddanych anonimizacji wywiadów
- Z.6 Wzór wywiadu przeprowadzonego w grupie badanej
- Z.7-10 Cztery przygotowane prezentacje i użyte w czasie cyklu warsztatów
- Z.11 Książka kodowa z programu QDA Miner w wersji końcowej
- Z.12 Wyniki surowe testów psychometrycznych dla grupy badanej PRE test
- Z.13 Wyniki surowe testów psychometrycznych dla grupy badanej POST test
- Z.14 Wyniki surowe testów psychometrycznych dla grupy kontrolnej

