



Złożenie pracy online:
2026-02-24 20:45:59
Kod pracy:
38671/54771/CloudA

Dobrochna Rawicka
(nr albumu: 31459)

Praca magisterska

Granice emocjonalne w pracy specjalistów interwencji kryzysowej - jakościowa analiza doświadczeń

Emotional Boundaries in Crisis Intervention Work: A Qualitative Study of Specialists' Experiences

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Aleksandra Patyk-Rybka

Dziękuję Pani dr Aleksandrze Patyk-Rybce za prowadzenie seminarium i konsultacje w trakcie przygotowywania pracy.

|



Streszczenie

Praca podejmuje problem granic emocjonalnych w pracy specjalistów interwencji kryzysowej, rozumianych jako kompetencja regulacyjna pozwalająca utrzymać empatyczny kontakt bez fuzji emocjonalnej i przejmowania odpowiedzialności za decyzje osoby w kryzysie. Badanie przeprowadzono w podejściu jakościowym, wykorzystując półstrukturyzowane wywiady pogłębione z sześcioma specjalistami (N=6) pracującymi w ogólnopolskim telefonicznym poradnictwie kryzysowym, a materiał poddano tematycznej analizie danych jakościowych; kwestionariusze PES, SWLS i COPE pełniły funkcję pomocniczą w interpretacji. Wyniki wskazują, że granice emocjonalne są przez badanych ujmowane zarówno jako pojemność lub limit zależny od zasobów i regeneracji, jak i jako zestaw praktyk samoregulacyjnych wspierających utrzymanie roli zawodowej. Najsilniej naruszały je kontakty związane z przemocą, cierpieniem dzieci, chorobą i śmiercią, agresją rozmówców oraz presją szybkiej oceny ryzyka i ograniczonego wpływu na dalsze losy klienta. Osłabienie granic wiązało się częściej z uruchomieniem postawy ratownika i przeciążeniem niż z samą empatią. Kluczowymi czynnikami ochronnymi były supervizja, jasne procedury, wsparcie zespołu oraz rytuały domykania dyżuru sprzyjające separacji pracy od życia prywatnego.

Słowa kluczowe

granice emocjonalne, interwencja kryzysowa, pomoc psychologiczna na odległość, badania jakościowe, analiza tematyczna, dobrostan psychiczny, radzenie sobie ze stresem, supervizja

Abstract

This thesis examines emotional boundaries in the work of crisis intervention specialists, understood as a self-regulatory competence that enables empathic engagement without emotional fusion or assuming responsibility for the decisions of a person in crisis. The study used a qualitative design, drawing on semi-structured in-depth interviews with six specialists (N=6) working in nationwide telephone-based crisis counselling, and the material was subjected to qualitative thematic data analysis; the PES, SWLS and COPE questionnaires served an auxiliary role in interpretation. Findings indicate that participants conceptualize emotional boundaries both as a personal capacity or limit dependent on resources and recovery, and as a set of self-regulatory practices that support maintaining a professional role. Boundaries were most strongly challenged by contacts involving violence, child suffering, illness and death, caller aggression, and the pressure of rapid risk assessment combined with limited influence over the client's subsequent circumstances. Boundary weakening was more often associated with adopting a rescuer stance and with overload than with empathy itself. Key protective factors included supervision, clear procedures, team support, and end-of-shift closing routines that facilitate psychological separation between work and private life.

Keywords

emotional boundaries, crisis intervention, remote psychological support, qualitative research, thematic analysis, psychological well-being, stress coping, supervision



Wstęp	3
Rozdział 1. Granice emocjonalne w pracy pomocowej - ujęcie teoretyczne	7
1.1. Specyfika pracy w interwencji kryzysowej.....	7
1.1.1. Charakterystyka interwencji kryzysowej.....	7
1.1.2. Obciążenia emocjonalne i wymagania zawodowe	9
1.1.3. Kontakt z klientem w kryzysie - dynamika relacji pomocowej	10
1.2. Granice emocjonalne - definicje, koncepcje i funkcje	11
1.2.1. Granice interpersonalne - ujęcia psychologiczne	12
1.2.2. Granice emocjonalne w zawodach pomocowych.....	14
1.2.3. Mechanizmy naruszania granic emocjonalnych.....	16
1.3. Empatia, współodczuwanie i regulacja emocjonalna	18
1.3.1. Modele empatii i jej komponenty	19
1.3.2. Konstrukty empatii emocjonalnej.....	24
1.3.3. Różnice indywidualne w reagowaniu na cudze emocje	25
1.4. Zjawiska przeciążenia emocjonalnego w pracy pomocowej.....	28
1.4.1. Zmęczenie współczuciem (Compassion fatigue)	30
1.4.2. Wtórny stres traumatyczny (Secondary Traumatic Stress - STS)	32
1.4.3. Wypalenie emocjonalne (Burnout).....	34
1.5. Strategie ochrony granic i samoregulacji emocjonalnej.....	36
1.5.1. Strategie radzenia sobie	37
1.5.2. Regulacja emocji i dystans profesjonalny	39
1.5.3. Superwizja i wsparcie jako czynniki ochronne	41
1.6. Dobrostan psychiczny specjalistów interwencji kryzysowej	43
1.6.1. Dobrostan jako kategoria opisu funkcjonowania w zawodach pomocowych	44
1.6.2. Obniżony dobrostan jako efekt przeciążenia: mechanizm i objawy	46
1.6.3. Uwarunkowania dobrostanu: czynniki indywidualne i organizacyjne oraz świadomość granic.....	47
Rozdział 2. Metodologia badań	49
2.1. Cel i przedmiot badań.....	49
2.2. Problematyka badawcza	49
2.3. Metoda badawcza i technika - wywiad pogłębiony	51
2.4. Narzędzia pomocnicze badania	51
2.4.1. The Perth Empathy Scale (PES).....	52
2.4.2. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)	52



2.4.3. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE.....	53
2.5. Charakterystyka uczestników badania	54
2.6. Procedura badawcza	54
2.7. Sposób analizy danych	55
Rozdział 3. Wyniki badań jakościowych.....	56
3.1. Studia przypadków	56
3.1.1. Interpretacja syntetyczna wyników kwestionariuszowych.....	58
3.1.2. Studium przypadku Badana 1	59
3.1.3. Studium przypadku - Badana 2.....	64
3.1.4. Studium przypadku - Badany 3	69
3.1.5. Studium przypadku - Badana 4.....	75
3.1.6. Studium przypadku - Badana 5.....	80
3.1.7. Studium przypadku - Badany 6	86
3.2. Analiza zbiorcza w odniesieniu do pytań badawczych	91
3.2.1. Rozumienie i definiowanie granic emocjonalnych.....	92
3.2.2. Sytuacje zawodowe naruszające granice	93
3.2.3. Reakcje emocjonalne i strategie regulacji	94
3.2.4. Granice emocjonalne a dobrostan psychiczny.....	96
3.2.5. Wzorce funkcjonowania - ujęcie integracyjne	97
Rozdział 4. Dyskusja	99
4.1. Znaczenie granic emocjonalnych dla dobrostanu specjalistów.....	99
4.2. Znaczenie wyników dla praktyki interwencji kryzysowej	101
4.3. Ograniczenia badań własnych	103
Zakończenie	105
Bibliografia	107
Spis tabel	113
Załączniki.....	113
Załącznik 1. Kwestionariusz wywiadu.....	113
Załącznik 2. Kwestionariusz The Perth Empathy Scale (PES)	115
Załącznik 3. Kwestionariusz Skala Satysfakcji z Życia (SWLS).....	116
Załącznik 4. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE	117



Wstęp

W ostatnich latach obserwuje się wzrost zapotrzebowania na doraźne formy pomocy psychologicznej, co wiąże się zarówno z nasileniem obciążeń społecznych, jak i większą gotowością do sięgania po wsparcie w sytuacji kryzysu. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, że pandemia COVID-19 była związana ze wzrostem rozpowszechnienia zaburzeń lękowych i depresyjnych o około 25% (WHO, 2022). Równocześnie WHO podkreśla, że z problemami zdrowia psychicznego żyje ponad 1 miliard osób, co unaocznia skalę wyzwań w obszarze profilaktyki i dostępności pomocy. W praktyce instytucjonalnej znajduje to odzwierciedlenie m.in. w intensywności kontaktów w telefonicznych formach wsparcia: w sprawozdaniach dotyczących funkcjonowania Telefonu Wsparcia Emocjonalnego 116 123 wskazano, że w 2023 roku odnotowano około 110 tys. połączeń przyjętych w ramach ponad 14 tys. godzin dyżurów (NASK, 2024). Dane te stanowią istotne tło dla refleksji nad obciążeniem i dobrostanem osób udzielających wsparcia, ponieważ wzrost liczby telefonów, presja czasu oraz odpowiedzialność za bezpieczeństwo rozmówcy mogą sprzyjać przeciążeniu emocjonalnemu i wyczerpywaniu zasobów niezbędnych do podtrzymywania jakości pracy interwencyjnej.

W warunkach interwencji kryzysowej kontakt z osobą w silnym pobudzeniu emocjonalnym wymaga jednoczesnego utrzymania empatycznej obecności, jasnych ram rozmowy oraz szybkiego podejmowania decyzji zgodnie z procedurami. Taka specyfika pracy sprawia, że granice emocjonalne interwenta stają się istotnym warunkiem utrzymania skuteczności pomagania i ochrony własnego dobrostanu. W niniejszej pracy przyjęto rozumienie granic emocjonalnych jako kompetencji regulacyjnej, a nie jako obojętności: są one związane z utrzymaniem roli zawodowej, kontrolą poziomu pobudzenia oraz podziałem odpowiedzialności między profesjonalistą i osobą korzystającą ze wsparcia.

W perspektywie teoretycznej kluczowe znaczenie mają pojęcia opisujące zarówno koszty pomagania, ponoszone przez specjalistę, jak i czynniki sprzyjające utrzymaniu stabilnego funkcjonowania w zawodach pomocowych. Dobrostan psychiczny (wellbeing) jest ujmowany jako złożony konstrukt obejmujący czynniki poznawcze (np. satysfakcję z życia) oraz emocjonalny i społeczny wymiar funkcjonowania (Diener, 1984; Ryff, 1989). W odniesieniu do pracy interwencyjnej istotne jest, że dobrostan nie oznacza jedynie braku objawów, lecz może być rozumiany jako dodatni stan pozytywnego funkcjonowania (Keyes, 2002), a zatem jako zasób warunkujący trwałość pomagania i jakość decyzji w sytuacjach wysokiego napięcia. Z drugiej strony literatura opisuje specyficzne formy przeciążenia



wynikające z ekspozycji na cierpienie i traumę: zmęczenie współczuciem (Figley, 1995; Stamm, 2010), wtórny stres traumatyczny oraz wypalenie zawodowe (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). W tym kontekście szczególnie ważną zmienną niezależną są granice emocjonalne rozumiane jako zdolność regulowania bliskości emocjonalnej w relacji pomocowej, utrzymywania rozróżnienia „ja-inny” oraz zarządzania odpowiedzialnością tak, aby empatia wspierała kontakt, a nie prowadziła do fuzji emocjonalnej i kompulsywnego ratowania klienta (Rogers, 1965; Gross, 2015). Zmiennymi towarzyszącymi, istotnymi dla utrzymania granic, są m.in. empatia (w tym różnicowanie reakcji ukierunkowanych na troskę a dyskomfort osobisty; Davis, 1994), strategie radzenia sobie ze stresem (Lazarus, Folkman, 1984) oraz wsparcie/superwizja jako zasoby organizacyjne (House, 1981; Folkman, Moskowitz, 2004).

Pomimo rosnącej liczby badań nad wypaleniem, wtórnym stresem traumatycznym i zmęczeniem współczuciem w zawodach pomocowych, wciąż widoczna jest luka dotycząca jakościowego opisu granic emocjonalnych w specyficznym kontekście interwencji kryzysowej prowadzonej w formule telefonicznej, zwłaszcza w polskich realiach organizacyjnych. W literaturze dominują pomiary kwestionariuszowe (np. stres, wypalenie, jakość życia zawodowego), natomiast rzadziej rekonstruuje się subiektywne znaczenia nadawane granicom emocjonalnym, momentom ich naruszania oraz praktycznym strategiom ochrony w codziennym doświadczeniu interwentów. Tę lukę pogłębia fakt, że granice emocjonalne przybierają charakter sekwencyjny i sytuacyjny: ujawniają się w konkretnych mikrodecyzjach (np. „ile” empatii jest wspierające, a kiedy przechodzi w przejmowanie emocji i odpowiedzialności), a także w relacji między zasobami osobistymi a warunkami organizacyjnymi (np. możliwość konsultacji i superwizji, obciążenie dyżurami, standardy pracy). W oparciu o dokonany przegląd literatury, w niniejszej pracy podjęto próbę wypełnienia wskazanej luki poprzez analizę doświadczeń specjalistów interwencji kryzysowej, z jednoczesnym osadzeniem narracji w kontekście empatii, dobrostanu i strategii radzenia sobie.

Głównym celem pracy było zbadanie sposobu, w jaki specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej oraz jak wiążą je z obciążeniem emocjonalnym i dobrostanem. Problematyka ta jest istotna ze względu na możliwe konsekwencje naruszania granic zarówno dla kondycji psychicznej pomagającego, jak i dla jakości udzielanego wsparcia, szczególnie w warunkach wysokiej intensywności zgłoszeń i ograniczonego wpływu na dalsze losy klienta. Główne pytanie badawcze sformułowano następująco: Jak specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej? W ramach tego pytania zrekonstruowano (1) znaczenia nadawane granicom emocjonalnym, (2) sytuacje sprzyjające ich rozmywaniu lub



przekraczaniu, (3) subiektywne sygnały przeciążenia oraz (4) strategie ochrony granic i czynniki ochronne/ryzyka, w tym rolę wsparcia i superwizji. W konsekwencji przeanalizowano, w jaki sposób badani łączą granice emocjonalne z własnym funkcjonowaniem psychicznym i dobrostanem, a także jakie rekomendacje formułują na podstawie doświadczeń zawodowych.

Zastosowano podejście jakościowe, ponieważ umożliwia ono analizę sposobu, w jaki zjawisko rozwija się w czasie oraz jakie znaczenia nadają mu badani. W badaniu wykorzystano wywiad pogłębiony półstrukturyzowany, prowadzony w oparciu o bloki tematyczne obejmujące rozumienie granic, sytuacje naruszania, konsekwencje emocjonalne oraz strategie radzenia sobie. Grupę badaną stanowili specjaliści interwencji kryzysowej (N= 6), pracujący w ogólnopolskim telefonie wsparcia dla osób w kryzysie emocjonalnym, z doświadczeniem zawodowym co najmniej 2 lata (staż 2-10 lat). Dla pogłębienia interpretacji jakościowej zastosowano narzędzia pomocnicze: The Perth Empathy Scale (PES) do opisu empatii poznawczej i afektywnej, Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) jako poznawczy wskaźnik dobrostanu oraz COPE (wersja pełna) do charakterystyki strategii radzenia sobie. Kwestionariusze nie służyły diagnozie, lecz pełniły funkcję kontekstu interpretacyjnego, umożliwiającego ostrożne zestawianie wątków narracyjnych z poziomem empatii, dobrostanu oraz preferowanymi strategiami radzenia sobie.

Praca została uporządkowana w układzie problemowo-logicznym. Rozdział pierwszy stanowi teoretyczne wprowadzenie do problematyki granic emocjonalnych w pracy pomocowej: omówiono specyfikę interwencji kryzysowej, dynamikę relacji pomocowej, definicje i funkcje granic (w tym mechanizmy ich naruszania), a także rolę empatii i regulacji emocji w utrzymaniu profesjonalnego dystansu. Omówiono także kluczowe formy przeciążenia emocjonalnego w zawodach pomocowych oraz czynniki ochronne, w tym znaczenie wsparcia zespołowego i superwizji. W końcowej części rozdziału pierwszego przeanalizowano dobrostan psychiczny jako kategorię opisu funkcjonowania interwentów oraz powiązania między dobrostanem, obciążeniem i warunkami organizacyjnymi. Rozdział drugi ma charakter metodologiczny: przedstawiono cel i przedmiot badań, problematykę badawczą, zastosowaną metodę (wywiad pogłębiony), narzędzia pomocnicze (PES, SWLS, COPE), charakterystykę uczestników, procedurę badawczą oraz sposób analizy danych (analiza tematyczna). Rozdział trzeci (empiryczny) obejmuje prezentację wyników: zrekonstruowane tematy i wzorce znaczeniowe dotyczące granic emocjonalnych, sytuacji ich naruszania, przejawów przeciążenia oraz strategii ochronnych; w interpretacji uwzględniono kontekst dobrostanu, empatii i radzenia sobie. W zakończeniu sformułowano wnioski, omówiono ograniczenia badania i wskazówki



praktyczne, w tym rekomendacje dotyczące higieny emocjonalnej, standardów pracy oraz rozwiązań wspierających dobrostan specjalistów interwencji kryzysowej. W pracy zastosowano zasady cytowania i tworzenia bibliografii zgodne ze standardem APA 7 (American Psychological Association).



Rozdział 1. Granice emocjonalne w pracy pomocowej - ujęcie teoretyczne

1.1. Specyfika pracy w interwencji kryzysowej

Interwencja kryzysowa stanowi szczególną formę profesjonalnej pomocy podejmowanej w sytuacjach nagłych, gdy osoba zgłaszająca się doświadcza czasowej dezorganizacji emocjonalnej i poznawczej, a dotychczasowe sposoby radzenia sobie okazują się niewystarczające (Kubacka-Jasiecka, 2010). Kluczowym wyróżnikiem tej formy wsparcia jest czas reakcji: pomoc powinna być udzielona możliwie szybko, ponieważ we wczesnej fazie kryzysu oddziaływania mogą mieć największą skuteczność. Interwencja ma charakter krótkoterminowy i skoncentrowany na bieżącej stabilizacji. Jej zasadniczym celem jest obniżenie napięcia, przywracanie poczucia bezpieczeństwa i sprawstwa oraz uruchamianie zasobów i wsparcia środowiskowego (Kubacka-Jasiecka, 2010). Z perspektywy problematyki niniejszego rozdziału istotne jest, że działania te realizowane są w warunkach podwyższonej intensywności emocjonalnej oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo osoby zgłaszającej się, co wzmacnia znaczenie samoregulacji interwenta kryzysowego oraz utrzymywania ram kontaktu. W kolejnych podrozdziałach przedstawiono definicje i modele interwencji kryzysowej (1.1.1), opisano typowe obciążenia emocjonalne i wymagania zawodowe tej pracy (1.1.2), a następnie omówiono dynamikę relacji pomocowej z klientem w kryzysie (1.1.3). Tak zarysowane tło stanowi podstawę do dalszych rozważań nad rolą granic emocjonalnych w pracy pomocowej.

1.1.1. Charakterystyka interwencji kryzysowej

Interwencja kryzysowa jest formą pomocy psychologicznej podejmowaną w sytuacjach nagłych, świadczoną osobom pozostającym w stanie dezorientacji oraz silnego kryzysu emocjonalnego. W klasycznych ujęciach kryzys emocjonalny stanowi „normalną reakcję na wydarzenia krytyczne (...) wobec których dotychczasowe zasoby i umiejętności (...) stają się niewystarczające” (Kubacka-Jasiecka, 2010, p. 13). Stan ten wiąże się z nasilonym napięciem, poczuciem utraty kontroli oraz czasowym ograniczeniem dostępu do dotychczas skutecznych strategii radzenia sobie.

Kluczową cechą interwencji kryzysowej jest jej czasowa ograniczoność oraz koncentracja na przywracaniu minimalnej stabilizacji funkcjonowania, a nie na długofalowej zmianie psychologicznej. Podkreśla się, że wsparcie interwencyjne powinno być dostępne możliwie szybko po wystąpieniu pierwszych oznak kryzysu, ponieważ “(...) pomoc w tym czasie, nawet przy stosunkowo niewielkim wysiłku interweniujących, może być najbardziej



skuteczna.” (Rapoport, 1965, za: Kubacka-Jasiecka, 2010, p. 14). Konsekwencją takiego ujęcia jest zadaniowość i operacyjny charakter działań: stabilizacja, identyfikacja kluczowych obszarów ryzyka, uruchamianie zasobów oraz planowanie dalszych kroków adekwatnych do możliwości osoby w kryzysie.

W definicjach zagranicznych Richard K. James i Burt E. Gilliland wskazują, że kryzys jest „odczuwaniem lub doświadczeniem wydarzenia bądź sytuacji jako trudności nie do zniesienia, wyczerpującej zasoby wytrzymałości i naruszającej mechanizmy radzenia sobie z trudnościami” (James, Gilliland, 2007, p. 26). Definicja ta akcentuje mechanizm przeciążenia zasobów, a tym samym uzasadnia interwencję jako działanie ukierunkowane na szybkie przywrócenie dostępu do strategii radzenia sobie. Na interwencję kryzysową składają się różne formy wsparcia psychologicznego, medycznego, socjalnego i prawnego podejmowane w celu przywrócenia równowagi psychicznej po krytycznym wydarzeniu życiowym. Jako forma pomocy psychologicznej interwencja jest kontaktem czasowo ograniczonym i skoncentrowanym na problemie wywołującym kryzys, którego celem jest stabilizacja i zahamowanie dalszej dezorganizacji (Badura-Madej, 1999, p. 27). Ujęcia przeglądowe podkreślają interdyscyplinarny charakter tej pomocy oraz konieczność dostosowania działań do bieżących potrzeb osoby w kryzysie (Michalec-Jękot, 2023, p. 53).

W tym samym źródle przywołany zostaje klasyczny model interwencji Wandy Badury-Madej, zgodnie z którym najbardziej typowe działania polegają na „zapewnieniu wsparcia emocjonalnego i poczucia bezpieczeństwa, na pomocy w konkretnych sprawach [oraz] na zredukowaniu lęku (...) w okresie, kiedy zaburzona jest jasność myślenia i utrudnione właściwe decyzje i działania” (Badura-Madej, za: Michalec-Jękot, 2023, p. 53). Model ten porządkuje interwencję jako proces łączący elementy wsparcia emocjonalnego z działaniami praktycznymi, co jest charakterystyczne dla sytuacji, w których ograniczona jest zdolność klienta do samodzielnego opracowania i wdrożenia rozwiązań.

W ujęciu instytucjonalno-prawnym Ustawa o pomocy społecznej wskazuje, że interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin w stanie kryzysu, a jej celem jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie oraz zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593, art. 47, ust. 1). W ujęciu syntetycznym zapis ten obejmuje także zasadę dostępności pomocy niezależnie od dochodu oraz możliwość udzielenia natychmiastowej pomocy psychologicznej, a jeśli istnieje taka potrzeba - również socjalnej, prawnej i schronienia do 3 miesięcy (Kotańska, 2015, p. 1). Rozumienie to wzmacnia tezę, że



pomoc w kryzysie powinna mieć charakter wieloaspektowy i adekwatny do potrzeb ujawniających się w danej sytuacji.

1.1.2. Obciążenia emocjonalne i wymagania zawodowe

W literaturze podkreśla się, że zawody pomocowe wiążą się z podwyższonym ryzykiem przeciążenia emocjonalnego, jednak praca w interwencji kryzysowej uznawana jest za jedną z najbardziej obciążających form pomocy psychologicznej (Figley, 1995; Stamm, 2010). Ujęcie stresu zawodowego w tego rodzaju profesji wymaga obserwacji czynników organizacyjnych i sytuacyjnych. Przyczyny stresu mogą wynikać zarówno ze specyfiki zadań, jak i z psychospołecznych uwarunkowań środowiska pracy. Szczególnie użyteczny jest model Karaska, w którym obciążenie stanowi wypadkową: wielkości wymagań, możliwości kontroli oraz wsparcia społecznego. Najbardziej stresogenna jest konfiguracja „duże wymagania - mały zakres kontroli”, prowadząca do wysokiego napięcia i zwiększonego ryzyka kosztów zdrowotnych (Karasek, 1979). W interwencji kryzysowej mechanizm ten ujawnia się wyraźnie: interwent kryzysowy bywa obciążony odpowiedzialnością za bezpieczeństwo i decyzje o wysokich konsekwencjach, a jednocześnie dysponuje ograniczonym wpływem na kontekst życia klienta, zasoby systemowe czy dostępność dalszej pomocy. Wsparcie społeczne w pracy może pełnić funkcję buforującą, natomiast jego brak (np. ograniczona możliwość konsultacji i superwizji) wzmacnia doświadczenie przeciążenia (House, 1981; Widerszal-Bazyl, 2003).

Osobną grupę stresorów stanowią wymagania poznawcze i decyzyjne, które w sytuacjach kryzysowych przyjmują postać natychmiastowej oceny i wyboru działań. Wysokie tempo pracy, presja czasowa oraz konieczność szybkiej oceny ryzyka (w tym ryzyka samobójczego lub zagrożenia życia) sytuują interwencję kryzysową w obszarze stresu decyzyjnego o charakterze bezpośrednim. W psychologii pracy koszty można opisywać zarówno obiektywnie (ilość i trudność zadań), jak i subiektywnie (zasoby). Możliwym jest spojrzenie na obciążenie poprzez konsekwencje w postaci znużenia i negatywnych emocji jako przejawu formy psychologicznych kosztów pracy (Bańka, 2000). Istotne jest przy tym rozróżnienie między stresem pojawiającym się, gdy wymagania przekraczają możliwości pracownika, a zmęczeniem psychicznym wynikającym z wyczerpania zasobów przy długotrwałym obciążeniu (Marek, 1995, 2000). Dla pracy w interwencji kryzysowej charakterystyczne jest współwystępowanie obu procesów: obciążenie poznawcze i emocjonalne narasta.

Powtarzalność kontaktu z cierpieniem oraz chroniczność wymagań stanowią kolejną oś obciążenia. Specyficzną postacią obciążenia w zawodach pomocowych jest także praca



emocjonalna - regulowanie ekspresji i modulowanie okazywanych emocji w obliczu silnych reakcji klientów (EU-OSHA, 2007; Eurofound, 2017). W interwencji kryzysowej łączy się to z koniecznością utrzymania spójnej postawy zawodowej w obliczu treści drastycznych oraz z napięciem między empatycznym zaangażowaniem a potrzebą zachowania dystansu.

Chroniczność wymagań oraz powtarzalna ekspozycja na silne emocje mogą sprzyjać narastaniu kosztów pomagania. Pojęcia opisujące te konsekwencje (m.in. wypalenie zawodowe, wtórny stres traumatyczny, trauma zastępcza, zmęczenie współczuciem) są porządkowane w rozdziale 1.4, koncentrując się na ich mechanizmach oraz znaczeniu granic emocjonalnych w profilaktyce przeciążenia.

1.1.3. Kontakt z klientem w kryzysie - dynamika relacji pomocowej

Kontakt z osobą doświadczającą kryzysu psychicznego stanowi szczególnie wymagający kontekst świadczenia pomocy psychologicznej. W relacji pomocowej interwent kryzysowy pracuje w warunkach wysokiego napięcia emocjonalnego, a równocześnie odpowiada za nadanie rozmowie struktury i ukierunkowanie jej na stabilizację. Relacja interwencyjna nie jest zatem zwykłą rozmową: stanowi sytuację, w której intensywny proces regulacji emocji i porządkowania doświadczeń zachodzi przy ograniczonym czasie oraz niepełnej informacji. Osoba w kryzysie może doświadczać zawężenia pola uwagi, trudności w racjonalnej ocenie sytuacji i obniżonej zdolności do podejmowania decyzji, szczególnie na początku kontaktu.

W praktyce oznacza to, że osoba zgłaszająca się po pomoc często rozpoczyna rozmowę w stanie dezorganizacji emocjonalnej i poznawczej. Rolą interwenta kryzysowego jest towarzyszenie klientowi w przechodzeniu od silnego pobudzenia i dezorientacji do stopniowego odzyskiwania poczucia kontroli oraz poszerzenia perspektywy. Interwent wraz z klientem porządkuje wydarzenia, identyfikuje kluczowe obszary ryzyka, a następnie wspólnie rozważa możliwe alternatywy i plan działania. Proces ten obejmuje zarówno wsparcie emocjonalne, jak i przywracanie sprawstwa poprzez aktywizację zasobów oraz wzmocnianie zdolności podejmowania decyzji.

Istotnym elementem pracy interwencyjnej jest ukierunkowywanie uwagi klienta na aspekty doświadczenia mogące pełnić funkcję stabilizującą, w tym na zasoby i wcześniejsze doświadczenia skutecznego radzenia sobie. W praktyce odbywa się to m.in. poprzez pytania wydobywające zasoby, odwołujące się do wcześniejszych sposobów poradzenia sobie oraz do istotnych relacji i wartości, które mogą stanowić punkt odniesienia w warunkach silnego napięcia emocjonalnego.



Relacja pomocowa w interwencji kryzysowej zakłada współpracę z klientem, jednak posiada asymetryczną strukturę: klient jest angażowany w budowanie scenariuszy działania, natomiast interwent odpowiada za ramy kontaktu, tempo rozmowy i monitorowanie bezpieczeństwa. Na etapie weryfikowania opcji interwent wraz z klientem ocenia ich realność, dopasowuje je do zasobów i aktualnych możliwości klienta oraz omawia konsekwencje poszczególnych wyborów. Reakcje emocjonalne klienta mogą pełnić funkcję diagnostyczną: emocje pojawiające się podczas rozważania rozwiązań bywają wskaźnikiem, czy dane działanie jest dla klienta możliwe do podjęcia.

W sytuacjach, w których klient nie dysponuje wystarczającym wglądem lub zdolnością samoregulacji, rola interwenta może przybierać bardziej dyrektywny charakter. Dyrektywność ta nie oznacza narzucania rozwiązań, lecz profesjonalne przejmowanie inicjatywy w celu zapewnienia minimalnego poczucia struktury i bezpieczeństwa; kontakt interwencyjny bywa wówczas bardziej ustrukturuwany, a działania są dostosowane do sytuacji życiowej osoby korzystającej z pomocy (Kubacka-Jasiecka, 2010, p. 14).

W literaturze interwencja kryzysowa bywa opisywana jako krótkoterminowe oddziaływanie ukierunkowane na cel (crisis-oriented brief treatment), rozwijane m.in. w odpowiedzi na potrzebę zwiększania dostępności wsparcia psychologicznego (Butcher, Koss, 1990). W odróżnieniu od terapii długoterminowej celem interwencji nie jest pogłębiona praca nad utrwalonymi wzorcami funkcjonowania, lecz stabilizacja i przywrócenie zdolności do radzenia sobie w krytycznym okresie życia. Zakłada się przy tym, że klient jest zasadniczo osobą względnie zdrową psychicznie, której trudności stanowią reakcję na wydarzenie przekraczające aktualne zasoby. Cele pracy formułowane są w sposób konkretny, a zakończenie oddziaływań bywa omawiane od początku, co wzmacnia ramy kontaktu. (Dziegielewski, 1997).

Opisana intensywność relacji pomocowej sprawia, że pomaganie staje się znaczącym wymaganiami zawodowym. Interwent pozostaje w stałym kontakcie z treściami emocjonalnie trudnymi, co może uruchamiać współodczuwanie, reakcje empatyczne, a niekiedy także pobudzenie i napięcie po stronie pomagającego. Specyfika relacji w interwencji kryzysowej sprawia, że utrzymanie adekwatnych granic emocjonalnych staje się jednym z podstawowych wyzwań zawodowych interwenta, co uzasadnia dalsze rozważania nad tym zagadnieniem.

1.2. Granice emocjonalne - definicje, koncepcje i funkcje

Granice w relacji pomocowej można rozumieć jako zespół reguł i procesów psychologicznych, które wyznaczają ramy kontaktu, zakres dopuszczalnych działań oraz



podział odpowiedzialności między klientem i profesjonalistą. W interwencji kryzysowej - z definicji krótkoterminowej, intensywnej i prowadzonej w warunkach niepewności - granice pełnią funkcję porządkującą i stabilizującą: zwiększają przewidywalność relacji, wspierają poczucie bezpieczeństwa oraz chronią przed rozszerzaniem zakresu roli poza cele interwencji na obszary, które nie mieszczą się w celu interwencji. W kolejnych podrozdziałach omówiono psychologiczne ujęcia granic interpersonalnych (1.2.1), definicje i funkcje granic emocjonalnych (1.2.2) oraz mechanizmy ich naruszenia (1.2.3).

1.2.1. Granice interpersonalne - ujęcia psychologiczne

Granice w relacji pomocowej stanowią istotny filar kontaktu, porządkując jego przebieg oraz wzmacniając poczucie bezpieczeństwa po obu stronach relacji. Nie należy ujmować ich wyłącznie jako formalnej struktury, obejmują zespół zasad psychologicznych określających, co jest dopuszczalne w ramach pomocy, a co wykracza poza jej cele i możliwości. Granice ułatwiają utrzymanie roli profesjonalisty, pozwalają oddzielić ją od odpowiedzialności klienta oraz stanowią punkt odniesienia dla przebiegu pracy, jej celu i sposobu prowadzenia. Dzięki temu zwiększają przejrzystość relacji, porządkują oczekiwania i ograniczają ryzyko nadużyć wynikających z asymetrii relacyjnej.

W kontekście interwencji kryzysowej szczególnie istotne jest, że kryzys wiąże się z zachwianiem poczucia stabilizacji: „wystąpienie kryzysu powoduje u jednostki (...) utratę poczucia bezpieczeństwa” (Kotańska, 2015, p. 2). Z tego względu granice kontaktu (czas, zasady, zakres odpowiedzialności, poufność, reguły dostępności) można traktować jako ramę umożliwiającą odbudowę przewidywalności, kontroli i bezpieczeństwa w relacji.

Relacja pomocowa jest asymetryczna: jedna ze stron znajduje się w sytuacji potrzeby, dezorganizacji lub zależności, podczas gdy druga organizuje proces pomocy i ponosi odpowiedzialność za jego ramy. Dlatego utrzymywanie granic nie jest elementem opcjonalnym, lecz warunkiem profesjonalizmu interwenta. Wymiar ten podkreśla Kodeks Etyczny Psychologa Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, akcentując ochronę autonomii odbiorcy pomocy, unikanie zachowań wzmacniających nierówność relacji (w tym dominacji) oraz zakaz wykorzystywania przewagi wynikającej z roli zawodowej. Podkreśla się również, że informacje uzyskane w kontakcie zawodowym nie mogą być używane w innych celach niż profesjonalne (Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 2018, art. 10). Zasady te można ująć syntetycznie jako obowiązek nieczynienia szkody i ograniczania ryzyka jej wystąpienia, zakaz wykorzystywania asymetrii wynikającej z pełnionej roli oraz konieczność pracy w granicach



własnych kompetencji, przy równoczesnym dbaniu o warunki umożliwiające bezpieczne i rzetelne wykonywanie obowiązków zawodowych.

W literaturze dotyczącej relacji pomagania zwraca się uwagę, że profesjonalista dysponuje władzą relacyjną, z której nie zawsze zdaje sobie sprawę: „Przypuszczalnie terapeuta często nie uświadamia sobie swojej władzy w relacji z klientem. Postrzega siebie jako bezsilnego i tylko nieznacznie wyżej usytuowanego niż osoba, której pomaga. Odczuwa niewielki dystans i nie jest zdolny do dostrzegania różnicy poziomu władzy.” (Fengler, 2000, p. 24). Asymetria ta ma znaczenie psychologiczne, ponieważ klient często postrzega specjalistę jako autorytet, a w początkowych etapach kontaktu może ujawniać tendencję do naśladownictwa, przejmowania argumentów, stylu myślenia czy postaw osoby pomagającej. Zjawisko to określa się jako identyfikację; może ono pełnić funkcję adaptacyjną, sprzyjając budowaniu przymierza pomocowego oraz poczuciu oparcia w sytuacji kryzysu lub cierpienia psychicznego.

Jednocześnie relacja pomocowa może uruchamiać procesy projekcyjne, w których klient przypisuje profesjonalistce cechy, intencje lub postawy wynikające z własnych konfliktów wewnętrznych, deficytów bądź pragnień. Projekcja może mieć charakter idealizacyjny, ambiwalentny lub wiązać się z obszarami trudnymi do zaakceptowania. Identyfikacja i projekcja mogą współwystępować, a ich wzajemne oddziaływanie wpływa na dystans relacyjny: identyfikacja sprzyja bliskości i poczuciu podobieństwa, natomiast projekcja może wzmocniać różnice i symbolicznie porządkować role. W tym ujęciu granice relacji pomagania nie wynikają wyłącznie z formalnych zasad, lecz są także współtworzone i negocjowane przez procesy psychologiczne uruchamiane w kontakcie z autorytetem oraz w sytuacji zależności i potrzeby wsparcia.

Granice relacji mogą być dodatkowo stabilizowane poprzez kontrakt terapeutyczny, rozumiany nie jako jednorazowe uzgodnienie, lecz jako proces budowania wspólnej ramy współpracy. De Barbaro ujmuje kontrakt jako element porządkujący sposób pracy, odpowiadający na pytanie o to, w jaki sposób będzie przebiegała pomoc; reguły relacji są komunikowane nie tylko wprost, ale również poprzez styl wypowiedzi, reakcje i mowę ciała. „Już samo zawieranie kontraktu jest doświadczaniem bezpieczeństwa, prawa do własnych granic, do prywatności, do ograniczeń. Kontrakt bardziej dotyczy tego, „jak” (będzie przebiegała praca) (...)” (de Barbaro, 2009). W praktyce interwencyjnej ten wymiar ramy ujmuje się także operacyjnie: kontakt powinien przebiegać „(...) z zachowaniem atmosfery bezpieczeństwa i prywatności (...)” (Wojtanowicz, Pękala, 2023, p. 81). W tym sensie kontrakt i zasady kontaktu stabilizują przebieg relacji oraz warunki udzielania pomocy.



1.2.2. Granice emocjonalne w zawodach pomocowych

Granice interpersonalne (ramy kontaktu, kontrakt, reguły dostępności, czasowość interwencji) wyznaczają zewnętrzną strukturę relacji pomagania. Granice emocjonalne stanowią jej wewnętrzny odpowiednik - odnoszą się do sposobu regulowania bliskości, odpowiedzialności i obciążenia emocjonalno-psychicznego w kontakcie z klientem. W tym ujęciu granice emocjonalne można rozumieć jako zdolność profesjonalisty do utrzymania empatycznego kontaktu bez przejmowania emocji klienta ani odpowiedzialności za jego decyzje oraz bez utraty roli zawodowej. Oznacza to dostępność emocjonalną przy zachowaniu dystansu chroniącego przed nadmiernym zobowiązaniem.

W interwencji kryzysowej regulacja ta ma znaczenie szczególne, ponieważ jednym z celów pracy jest przywracanie stabilizacji emocjonalnej i kontroli. W literaturze opisuje się to jako „odzyskanie kontroli emocji poprzez ich uświadomienie i werbalizację” (Rapoport, 1970, za: Piątek, 2007, p. 34). Granice emocjonalne umożliwiają zatem taki sposób obecności, który wspiera regulację i sprawczość klienta, a jednocześnie ogranicza ryzyko przeciążenia po stronie pomagającego.

Trudności w utrzymaniu granic ujawniają się m.in. wtedy, gdy współczucie przestaje pełnić funkcję rozumienia, a zaczyna reorganizować relację ku poświęcaniu się. Wówczas pomocnik może stopniowo podejmować zobowiązania wykraczające poza rolę (np. dodatkowe zadania, dyżury), co sprzyja kumulacji obciążenia, drażliwości i frustracji. Fengler wskazuje, że terapeuci mogą przeceniać własne znaczenie dla instytucji i klientów, a potrzeba bycia potrzebnym poniekąd motywuje do przekraczania granic kosztem regeneracji (Fengler, 2000). W tym sensie granice emocjonalne obejmują zarówno regulację pobudzenia, jak i regulację odpowiedzialności - rozpoznawanie momentu, w którym empatia zaczyna przekształcać się w fuzję emocjonalną i kompulsywną gotowość do przekraczania własnych zasobów.

Funkcja granic emocjonalnych ma charakter podwójny: dotyczy ochrony klienta i profesjonalisty. Z perspektywy klienta granice ograniczają ryzyko rozwijania zależności i utrwalania bezradności. W kryzysie, gdzie osłabieniu mechanizmów obronnych i poczuciu bezradności często towarzyszy regresja, łatwo o szybkie wytworzenie silnego, pozytywnego odniesienia do terapeuty (Flegenheimer, 1978). Taki układ może sprzyjać stabilizacji, ale wymaga uważności, aby nie prowadził do zależności. Odbywać się może, m.in. poprzez monitorowanie dynamiki przeniesienia i domykanie interwencji w adekwatnym czasie (Flegenheimer, 1978; Wolman, 1977).



Równocześnie granice chronią profesjonalistę: ich osłabienie zwiększa ryzyko przeciążenia, wikłania się w oddziaływania przekraczające ramy interwencji i formułowania nierealistycznych celów (Bomba, 1994). W praktyce oznacza to konieczność rozróżniania między adekwatną aktywnością interwencyjną a przejściem sprawczości klienta; Slaikeu (1990) podkreśla w tym kontekście znaczenie wzmacniania samodzielnego działania klienta w granicach jego aktualnych możliwości.

Granice emocjonalne są też powiązane z profesjonalizmem i standardami etycznymi, ponieważ wpływają na jakość decyzji oraz sposób organizowania relacji pomocowej. W poradnictwie psychologicznym akcentuje się odpowiedzialność za konsekwencje interwencji, respektowanie odrębności klienta, tajemnicę zawodową oraz konieczność doskonalenia kompetencji (m.in. w superwizji). Z perspektywy granic istotne jest, że intensywne emocje klienta mogą uruchamiać u pomagającego tendencję do działań motywowanych własnym napięciem (np. potrzebą szybkiego zarządzenia sytuacją), co sprzyja przesunięciu odpowiedzialności z klienta na specjalistę.

W materiałach dotyczących interwencji kryzysowej bezpieczeństwo ujmuje się szeroko jako „(...) zapewnienie bezpieczeństwa fizycznego, mentalnego i emocjonalnego (...)” (Kotańska, 2015, p. 5). Utrzymanie granic emocjonalnych oznacza zatem zdolność pozostania w kontakcie z intensywnymi emocjami klienta bez przechodzenia w działania organizowane przez własny lęk lub nadmierne współczucie.

Z perspektywy obciążeń psychofizycznych granice emocjonalne pełnią dodatkowo funkcję ochrony przed kosztami nadmiernego dostrajania. Rothschild (2024) podkreśla, że empatia w pracy terapeutycznej pełni funkcję dwojaką. Z jednej strony ułatwia rozumienie pacjenta, z drugiej - jeśli nie jest monitorowana i regulowana - może zwiększać ryzyko przeciążenia i pogorszenia dobrostanu pomagającego. Szczególnie ryzykowne jest utożsamianie się z bólem i traumą drugiej osoby, które zwiększa prawdopodobieństwo zmęczenia współczuciem i traumy zastępczej, a w konsekwencji ogranicza zdolność do jasnego myślenia i koncentracji. W tym ujęciu granice emocjonalne można rozumieć jako regulację empatii: monitorowanie własnych zasobów i zatrzymywanie się przed wejściem w stan wyczerpania.

Podsumowując, granice emocjonalne w zawodach pomocowych stanowią wyspecjalizowaną formę regulacji relacyjnej: pozwalają utrzymać empatyczny kontakt bez przejmowania emocji i odpowiedzialności klienta, ograniczają ryzyko zależności i przekraczania ram interwencji, a zarazem podtrzymują jakość decyzji i długofalową efektywność pomagania.



1.2.3. Mechanizmy naruszania granic emocjonalnych

Naruszanie granic emocjonalnych w profesjonalnej relacji pomocowej rzadko ma charakter nagły. Najczęściej rozwija się jako sekwencja drobnych przekroczeń w obrębie ról, odpowiedzialności i oczekiwań, które stopniowo prowadzą do osłabienia roli zawodowej, rozmycia ram pracy oraz przeciążenia. Mechanizmy te można opisać jako powtarzalne wzory interakcji, w których troska, chęć ochrony i wsparcie przestają pełnić funkcję stabilizującą, a zaczynają uzasadniać działania przekraczające kontrakt, kompetencje lub zasady etyczne. Problem nie polega zatem na deficycie empatii, lecz na przesunięciu funkcji relacji: z relacji pomocowej (ukierunkowanej na cel i sprawczość klienta) ku relacji kompensacyjnej, w której profesjonalista redukuje własne napięcie poprzez przejmowanie kontroli lub odpowiedzialności. W dalszej części wyróżniono mechanizmy związane z przejmowaniem sprawczości klienta, rozmyciem ról, nadmierną bliskością oraz przesunięciami etycznymi.

Ważne jest również rozróżnienie między boundary crossing (przekroczeniem granicy) a boundary violation (naruszeniem granicy). Przekroczenie oznacza odstępstwo od standardu, które może służyć celom pomocy i mieści się w planie pracy, natomiast naruszenie jest poważnym złamaniem granic, wiąże się z eksploatacją lub szkodą, a więc jest nieetyczne. Ocena zależy od funkcji działania, intencji, konsekwencji, kontekstu oraz asymetrii władzy, a także od ryzyka stopniowego przesuwania granic. Jednocześnie podkreśla się, że nadmierna sztywność granic może być klinicznie niekorzystna (np. utrudniać budowę przymierza terapeutycznego). Dlatego rozstrzygnięcia wymagają refleksyjności praktyka, jasnego uzasadnienia klinicznego, dokumentowania oraz korzystania z superwizji, tak aby elastyczność nie przeradzała się w niekontrolowane rozmycie roli (de Barbaro, 2002).

Mechanizm „ratownika” ujawnia się wtedy, gdy psycholog - konfrontowany z kryzysem, wstydem i lękiem klienta - zaczyna działać tak, jakby to on był głównym sprawcą zmiany. W efekcie klient stopniowo oddaje sprawczość, a relacja przesuwana się od współpracy ku zależności; rosną oczekiwania wobec profesjonalisty oraz koszt emocjonalny po jego stronie. W interwencji kryzysowej kluczowe jest rozróżnienie między aktywnością a kontrolą: interwencja wymaga większej bezpośredniości, ale nie powinna przeradzać się w dyrektywne przejmowanie sprawczości klienta (Burgess i Baldwin, 1981; Butcher i Koss, 1990; Smith, 1978). Wprost ujmuje to postulat, że „terapeuta kryzysowy musi być bezpośredni (direct) i otwarty, nie zaś dyrektywny ani kontrolujący” (Burgess i Baldwin, 1981, p. 45). Mechanizm ten nasila się szczególnie w warunkach wysokiej dezorganizacji i silnych emocji, gdy pomagający może nieintencjonalnie regulować własne napięcie przez zwiększanie aktywności



i przejmowanie odpowiedzialności, co sprzyja wyręczaniu klienta i osłabianiu jego samoskuteczności. Z tego względu „osoba wspierająca powinna umieć dostrzegać i w porę zapobiegać rozwijającej się zależności klienta” (Sęk, 2001, cyt. w: Piątek, 2007, p. 157).

Konflikt ról pojawia się wówczas, gdy klient testuje granice profesjonalisty, oczekuje niestandardowych zachowań oraz próbuje angażować pomagającego w układy lojalnościowe. W literaturze wskazuje się, że klienci potrafią „przełamywać granice ról, pokoleń i instytucji” (Fengler, 2000). W konsekwencji profesjonalista może przemieszczać się między rolami (np. sędziego, adwokata, opiekuna czy negocjatora), tracąc spójność i czytelność funkcji. Sprzyja to podejmowaniu zadań poza kompetencjami (np. quasi-poradnictwa prawnego lub socjalnego), co nasila poczucie bezsilności, frustrację i przeciążenie. W interwencji kryzysowej mechanizm ten bywa wzmacniany przez presję czasu i wysokie konsekwencje decyzji: klient oczekuje natychmiastowej ulgi i rozwiązań, a pomagający może przejmować funkcje planowania i decydowania zamiast wzmacniać inicjatywę klienta.

Nadmierna bliskość rozwija się zwykle wtedy, gdy pomoc przestaje być zadaniowa i czasowa, a zaczyna pełnić funkcję podtrzymującą relację - kosztem realności celów i adekwatności metod. Mechanizm ten obejmuje: (1) rozszerzanie obietnic i celów poza to, co możliwe w formule interwencji, (2) utrwalanie przekonania klienta, że wsparcie jest dostępne bez ograniczeń, oraz (3) stopniowe rozmywanie ram (czas, odpowiedzialność, zakres działań). Podkreśla się, że interwencja powinna unikać uzależniania klienta i wspierać jego samodzielność: „postawa empatyczna, nieautorytarna (...) unikanie uzależniania się klienta pozwala nie tylko rozwiązać kryzys, ale także zwiększyć skuteczność ewentualnych późniejszych form pomocy” (Flegenheimer, 1978, cyt. w: Piątek, 2007, p. 41). Z perspektywy granic emocjonalnych im większa nadmierna identyfikacja emocjonalna, tym większe ryzyko działań motywowanych potrzebą podtrzymania relacji (np. w celu uniknięcia doświadczenia opuszczenia), a nie logiką procesu pomocowego.

W praktyce systemowej rozmycie granic może przyjmować także formę nadmiernego wydłużania kontaktu, co bywa sprzeczne z istotą interwencji kryzysowej. Kubacka-Jasiecka, omawiając wnioski z Raportu NIK, wskazuje, że czas korzystania z pomocy ośrodków bywał nielimitowany „niezgodnie z zasadami interwencji kryzysowej”, a kontakt przyjmował formę długotrwałego wsparcia od kilku tygodni do wielu miesięcy, a nawet do kilku lat. (Kubacka-Jasiecka, 2023, p. 201). Przykład ten ilustruje mechanizm stopniowego przesuwania granic (tzw. slippery slope): początkowo uzasadnione wsparcie w kryzysie może przechodzić w przewlekłą relację, która nie odpowiada definicji interwencji i nie sprzyja wzmacnianiu samodzielności klienta.



Szczególnie istotny mechanizm naruszania granic występuje wtedy, gdy relacja terapeutyczna zostaje podporządkowana interesom jednej ze stron (np. potrzebie bycia potrzebnym, redukowaniu własnego lęku, dążeniu do kontroli). Perspektywa etyczna odwołująca się do Kanta akcentuje zakaz traktowania drugiej osoby jako środka do celu; w praktyce klinicznej oznacza to m.in. brak zgody na scenariusze, w których pacjent instrumentalizuje innych ludzi, a terapeuta - budując ochronną relację - pomija społeczne skutki tej dynamiki (za: Melonowski, 2019). Dylemat ten ujawnia się w napięciu między etyką troski a etyką sprawiedliwości: pierwsza sprzyja koncentracji na cierpieniu i motywacji pacjenta, druga - włączaniu do kontraktu kwestii odpowiedzialności za krzywdę wobec innych oraz konieczności działań we właściwym czasie.

Podsumowując, mechanizmy naruszania granic emocjonalnych obejmują: (1) przejmowanie sprawczości klienta (mechanizm „ratownika”), (2) konflikt ról i wchodzenie w funkcje niezgodne z kompetencjami, (3) nadmierną bliskość i rozmycie ram interwencji sprzyjające zależności oraz (4) instrumentalizację relacji i przesunięcia etyczne. Wspólnym mianownikiem jest stopniowe przenoszenie odpowiedzialności z klienta na profesjonalistę oraz przekształcanie relacji interwencyjnej w relację podtrzymującą, co zwiększa ryzyko przeciążenia pomagającego i ogranicza skuteczność pomocy.

1.3. Empatia, współodczuwanie i regulacja emocjonalna

W pracy pomocowej, a szczególnie w interwencji kryzysowej, empatia pełni funkcję podstawowego mechanizmu nawiązywania kontaktu, umożliwiającego szybkie rozpoznanie stanu klienta i dostrojenie komunikacji do jego aktualnych możliwości poznawczo-emocjonalnych. W ujęciach klasycznych empatię ujmuje się jako zjawisko wielowymiarowe: obejmuje zarówno komponent emocjonalny (współbrzmienie z przeżyciem drugiej osoby), jak i poznawczy (rozumienie jej perspektywy i znaczeń), a skuteczność pomagania zależy od koordynacji obu tych wymiarów (Hoffman, 2006; Davis, 1994). W takim rozumieniu empatia nie jest jedynie współodczuwaniem, lecz aktywnym procesem rozumienia, który zakłada utrzymanie granicy ja-inny i operowanie znaczeniem doświadczeń klienta tu i teraz. W interwencji kryzysowej sposób korzystania z empatii pozostaje bezpośrednio powiązany z utrzymywaniem granic emocjonalnych i trafnością decyzji.

Dla porządku pojęciowego istotne jest odróżnienie empatii od zarażenia emocjonalnego. Zarażenie ma charakter bardziej automatyczny i może osłabiać dystans ja-inny, podczas gdy empatia zawiera komponent refleksyjny i pozwala rozumieć emocje klienta bez ich przejmowania. W praktyce interwencyjnej różnica ta ma znaczenie ochronne: pomaga



utrzymać profesjonalną obecność przy jednoczesnym monitorowaniu ryzyka oraz priorytetów stabilizacji.

Empatia w warunkach silnego cierpienia klienta może jednak prowadzić do odmiennych konsekwencji po stronie pomagającego. W modelu Davisa wyróżnia się m.in. empatyczną troskę (ukierunkowaną na dobro drugiej osoby) oraz dyskomfort osobisty (personal distress), czyli reakcję skupioną na własnym napięciu w obliczu cudzego cierpienia (Davis, 1994). To rozróżnienie jest kluczowe dla rozumienia jakości kontaktu: empatyczna troska sprzyja wspieraniu i utrzymaniu celu interwencji, natomiast dyskomfort osobisty zwiększa ryzyko działań redukujących napięcie pomagającego (np. nadmiernego ratowania, przejmowania odpowiedzialności za proces decyzyjny klienta), a więc pośrednio może nasilać naruszenia granic emocjonalnych.

Dlatego empatia w interwencji kryzysowej wymaga stałej regulacji emocjonalnej - rozumianej jako zdolność rozpoznawania własnych reakcji, nadawania im znaczenia i takiego ich modulowania, aby wspierały kontakt, a nie dezorganizowały decyzji. W tym sensie regulacja pełni funkcję warunku funkcjonalności empatii, ponieważ pozwala łączyć uważność na przeżycia klienta z ochroną zasobów interwenta przed przeciążeniem oraz dezorganizacją procesu decyzyjnego. Z perspektywy kompetencji emocjonalnych oznacza to m.in. pracę na samoświadomości oraz doskonalenia umiejętności zarządzania pobudzeniem (Matczak, Knopp, 2013).

1.3.1. Modele empatii i jej komponenty

Termin *empatia* pojawił się w polszczyźnie stosunkowo późno, a w literaturze przedmiotu wciąż nie istnieje jedna definicja, która zostałaby przyjęta jako ostatecznie obowiązująca. Źródła refleksji nad zjawiskiem empatii - rozumianej jako sposób rozpoznawania i rozumienia drugiego człowieka - poszukuje się już w pismach Arystotelesa. Z tego względu część ujęć odwołuje się do greckiego pojęcia *empathia*, oznaczającego m.in. pasję, silne zaangażowanie oraz stronniczość. Współczesne rozumienie empatii w dużej mierze wywodzi się jednak z tradycji niemieckiej - od pojęcia *Einfühlung*, tłumaczonego jako „wczucie”. Termin ten pojawił się w XIX wieku w kontekście estetyki, gdy Robert Vischer opisywał nim sposób doświadczania sztuki. W 1906 roku Edward Titchener, analizując ówczesną literaturę, przełożył pojęcie odnoszące się do „zdolności wczuwania się” na język angielski, tworząc termin „empathy” (w ścisłym związku z pojęciem *sympathy*). W niedługim czasie określenie to zostało zaakceptowane i zaczęło wypierać niemiecki pierwowzór. Choć empatia i sympatia bywają ze sobą utożsamiane, zakres znaczeniowy tych pojęć nie jest



tożsamy. Sympatia bywa ujmowana jako forma biernego współodczuwania - reakcja na emocje i przeżycia drugiej osoby. Empatia natomiast akcentuje bardziej aktywny charakter procesu: obejmuje zarówno „wejście” w doświadczenie drugiego człowieka, jak i współwystępujący komponent emocjonalny, który czyni ją dynamicznym mechanizmem rozumienia drugiej osoby. (za: Włoszczak, 2016).

Istotnym etapem rozwoju rozumienia empatii było przeniesienie tego pojęcia na grunt psychologii społecznej i osobowości, między innymi poprzez koncepcję Theodora Lippsa. W tym ujęciu empatia bywała rozumiana jako wewnętrzne naśladowanie drugiej osoby i miała charakter subiektywny. Lipps opisywał empatię zarówno jako reakcję wynikającą z podobieństwa pomiędzy osobą empatyzującą a obiektem empatii, jak i jako doświadczenie powstające przy odmienności stanów psychicznych obu stron. Tak silnie subiektywna interpretacja empatii pojawia się jednak rzadziej w nowszych ujęciach. (za: Ochojski, 2015)

Współczesne koncepcje empatii rozwijały się równolegle w filozofii oraz psychologii, zwłaszcza w obszarze badań nad osobowością i psychoterapią. Z perspektywy humanistycznej Rogers ujmował empatię jako szczególną wrażliwość na uczucia drugiej osoby i ich zmiany w relacji - a także zdolność do komunikowania własnych doświadczeń przy jednoczesnym wchodzeniu w wewnętrzny świat klienta. W innych ujęciach empatia jest przedstawiana jako motywacja ukierunkowana na drugiego człowieka, jako zdolność emocjonalnego trafego rozpoznawania stanów emocjonalnych innych osób czy jako doświadczenie obcej świadomości jako całości. (za: Kliś, 2012). Davis (2001), omawiając ujęcia empatii, przytacza stanowisko Hoffmana, zgodnie z którym empatia jest reakcją afektywną, która w większym stopniu odpowiada sytuacji drugiej osoby niż własnej; wskazywał też mechanizmy umożliwiające emocjonalne reagowanie na doświadczenia innych. W literaturze spotyka się również rozumienie empatii jako kompetencji powiązanej z samoświadomością - według tej perspektywy umiejętność rozpoznawania emocji innych osób wzrasta wraz z gotowością do zauważania i nazywania własnych stanów emocjonalnych. (za: Goleman, 2007). Jak ujmuje to Goleman: „(...) empatia wyrasta ze samoświadomości; im bardziej jesteśmy otwarci na nasze własne emocje, tym wprawniej odczytujemy uczucia innych osób.” (Goleman, 2007, p. 159).

W ujęciach wielowymiarowych empatia jest opisywana jako złożone, intrapsychiczne zjawisko, w którym jednostka potrafi współbrzmieć z emocjami drugiego człowieka, doświadczać jego przeżyć bez pełnego utożsamienia, a równocześnie rozumieć jego przekonania, role i postawy. Oznacza to, że empatia obejmuje zarówno komponent emocjonalny, jak i poznawczy - a efektywne reagowanie empatyczne wymaga koordynacji obu tych wymiarów. (Kliś, 2012) W badaniach wskazuje się, że empatia nie musi ograniczać się do



prostej reakcji emocjonalnej na cudze przeżycia, lecz stanowi formę spostrzegania interpersonalnego angażującą procesy poznawcze i stanowiącą podstawę skutecznej komunikacji. Empatię można rozumieć jako kompetencję obejmującą współodczuwanie, zdolność przyjęcia perspektywy drugiej osoby oraz rozpoznawanie jej potrzeb (Woronieka, 2016).

Ważne miejsce empatii podkreśla się szczególnie w zawodach pomocowych, w tym w ochronie zdrowia. Osoba chora lub doświadczająca kryzysu oczekuje postawy empatycznej ze strony przedstawicieli zawodów zaufania społecznego, ponieważ w sytuacji zależności i obniżonej sprawczości wzrasta potrzeba zrozumienia oraz wsparcia. W konsekwencji empatia powinna być traktowana jako fundament relacji pomagania - obecny już od pierwszego kontaktu. W literaturze wskazuje się również, że empatia może wspierać podtrzymywanie pozytywnych relacji zawodowych, ułatwiać aktywne słuchanie oraz współpracę z klientem (Chodkowska & Kazanowski, 2017). Jednocześnie, w kontekście kształcenia przyszłych specjalistów, podkreśla się niedostateczne przygotowanie do obciążających emocjonalnie zadań pomocowych: programy nauczania częściej koncentrują się na kompetencjach racjonalnych, a w mniejszym stopniu rozwijają umiejętności związane z inteligencją emocjonalną i kształtowaniem zachowań empatycznych.

W tym miejscu warto zaakcentować, że empatia bywa ujmowana jako złożony konstrukt emocjonalno-poznawczy (lub poznawczo-emocjonalny). Mark H. Davis opisywał empatię jako zbiór konstrukcji teoretycznych odnoszących się do reakcji człowieka na doświadczenia innych osób, obejmujący zarówno procesy zachodzące u obserwatora, jak i ich konsekwencje afektywne i nieafektywne. (Davis, 2001). W powiązaniu z tym ujęciem istotne jest również rozróżnienie reakcji empatycznych od emocjonalnego zarażenia. Fritz Heider zwracał uwagę, że emocje osoby wspierającej nie są prostym odzwierciedleniem emocji osoby cierpiącej, a autentyczne współodczuwanie zawiera komponent refleksyjny: jednostka ocenia adekwatność własnej reakcji emocjonalnej oraz jej wyrażenia (Heider, 1958). W konsekwencji empatia może obejmować zarówno współodczuwanie, jak i element kontroli poznawczej, co stanowi podstawę jej wielowymiarowego rozumienia.

Emocjonalne zarażenie (emotional contagion) rozumiane jest jako automatyczne przejmowanie emocji innych osób, zachodzące często bez świadomej refleksji i intencji. Proces ten polega na tym, że obserwacja ekspresji emocjonalnej - mimiki, tonu głosu czy postawy ciała - prowadzi do nieświadomego odtworzenia podobnego stanu emocjonalnego u obserwatora, nawet jeśli nie towarzyszy temu rozumienie przyczyn przeżywanego stanu. W odróżnieniu od empatii, zarażenie emocjonalne nie wymaga przyjmowania perspektywy drugiej osoby ani



wyraźnego rozróżnienia między ja, a inni. Ma ono pierwotny charakter: pojawia się bardzo wcześnie w rozwoju, już u niemowląt, i stanowi podłoże późniejszych, bardziej złożonych reakcji społeczno-emocjonalnych. (Singer i Lamm, 2009).

Na tle powyższej teorii, współczucie (compassion) ujmowane jest jako stan emocjonalny obejmujący troskę o cierpienie drugiej osoby oraz motywację do poprawy jej dobrostanu. W przeciwieństwie do emocjonalnego zarażenia nie polega ono wyłącznie na przejściu emocji, lecz wiąże się z bardziej refleksyjnym, ukierunkowanym na działanie podejściem wobec osoby cierpiącej (Keltner and Goetz, 2007). Badania neurobiologiczne wskazują, że emocjonalne zarażenie i współczucie, choć powiązane, angażują częściowo odmienne mechanizmy neuronalne: emocjonalne zarażenie wiąże się głównie z automatycznymi reakcjami afektywnymi, natomiast współczucie aktywizuje obszary mózgu związane z regulacją emocji oraz zachowaniami prospołecznymi (Klimecki i Singer, 2012).

Silne reakcje empatyczne mogą jednak prowadzić nie tylko do zaangażowania pomocowego, lecz także do doświadczenia dyskomfortu osobistego, rozumianego jako negatywny stan emocjonalny, skoncentrowany na własnym dyskomforcie emocjonalnym w obliczu cierpienia drugiej osoby. W takich sytuacjach kontakt z cudzym bólem skutkuje przeciążeniem emocjonalnym, które może sprzyjać tendencjom do wycofania się, unikaniu kontaktu lub ograniczeniu działań pomocowych. Intensywne współodczuwanie przestaje wówczas pełnić funkcję regulującą i może generować reakcje obronne oraz dezorganizujące, zwłaszcza gdy granica między emocjami własnymi a emocjami drugiej osoby ulega zatarciu. (Singer i Tusche, 2009)

W relacji pomagania empatia pełni funkcję podstawowego warunku kontaktu i rozumienia sytuacji osoby doświadczającej trudności. Jest ona ujmowana jako zdolność do „wniknięcia w osobisty świat innej osoby po to, by ją zrozumieć”, a także jako umiejętność adekwatnego reagowania emocjonalnego na rozpoznawane myśli i uczucia drugiego człowieka. (Stach & Stach-Borejko, 2016, p. 18) Tak rozumiana empatia umożliwia tworzenie relacji opartej na akceptacji i poczuciu bycia zrozumianym, co ma kluczowe znaczenie w pracy pomocowej.

Empatia może przyjmować formę odzwierciedlenia uczuć (empathic reflection), polegającą na trafnym odczytywaniu emocji zawartych w przekazie drugiej osoby i odpowiadaniu na nie w sposób wspierający (Murgatroyd, 2000). Kompetencja ta pozwala osobom empatycznym odnaleźć się w sytuacjach silnego obciążenia emocjonalnego i stanowi istotny element skutecznej komunikacji pomocowej.



Jednocześnie empatię opisuje się jako rozumienie doświadczenia drugiej osoby bez oceniania i bez narzucania własnych interpretacji, z poszanowaniem jej sposobu przeżywania sytuacji. W tym ujęciu empatia ma charakter relacyjny i komunikacyjny: obejmuje uważną obecność oraz dostosowanie języka i sposobu przekazu do aktualnego stanu emocjonalnego rozmówcy. Jest to szczególnie ważne w sytuacjach silnego obciążenia emocjonalnego, gdy zdolność przetwarzania informacji bywa ograniczona, a nadmiar bodźców poznawczych lub zbyt abstrakcyjny język może nasilać dezorganizację.

W interwencji kryzysowej empatia ma szczególnie duże znaczenie, ponieważ emocje klienta są często bardzo silne, nagłe i dezorganizujące. Już od pierwszego kontaktu sprawia to, że relacja pomocowa jest silnie obciążona emocjonalnie. Empatia nie tylko towarzyszy samej interwencji, z jednej strony wspiera regulację emocji klienta, z drugiej może stać się źródłem przeciążenia dla osoby pomagającej. Wysokie pobudzenie emocjonalne zwiększa ryzyko przesunięcia się od empatycznego rozumienia w stronę dyskomfortu osobistego, dlatego interwenci powinni świadomie wykorzystywać empatię jako kompetencję i jednocześnie dbać o własne granice emocjonalne. (Szrejder, 2019)

Empatia może być także rozumiana jako względnie trwała dyspozycja osobowa, która wpływa na sposób funkcjonowania jednostki w relacjach interpersonalnych. W takim ujęciu empatię można definiować w sposób operacyjny, czyli tak, aby była możliwa do pomiaru i empirycznej weryfikacji. Pozwala to badać ją jako zespół komponentów emocjonalnych, poznawczych i relacyjnych. Obejmuje ona m.in. zdolność przyjmowania perspektywy drugiej osoby, wrażliwość emocjonalną, otwartość na jej doświadczenie, akceptację oraz gotowość do reagowania w sposób wspierający. Dzięki temu empatia nie jest ujmowana wyłącznie jako chwilowy stan, lecz jako złożona kompetencja osobowa, szczególnie ważna w zawodach pomocowych i w pracy z osobami w kryzysie. (Uchnast, 2001)

W niniejszym ujęciu empatia jest rozumiana jako wielowymiarowy proces obejmujący współodczuwanie oraz rozumienie doświadczenia drugiej osoby przy zachowaniu granicy między ja a inni. Od empatii odróżnia się sympatię, która częściej odnosi się do życzliwej reakcji na stan drugiego człowieka, niekoniecznie wymagającej przyjmowania jego perspektywy. Odmienny charakter ma zarażenie emocjonalne, polegające na automatycznym przejmowaniu cudzych emocji i osłabieniu dystansu ja-inny. Współczucie (compassion) obejmuje natomiast troskę i motywację do działania na rzecz poprawy dobrostanu osoby cierpiącej. Silne reagowanie na cudze cierpienie może również przyjmować postać dyskomfortu osobistego, czyli reakcji skoncentrowanej na własnym napięciu, która może ograniczać efektywność pomagania.



1.3.2. Konstrukty empatii emocjonalnej

Empatia emocjonalna jest jednym z kluczowych komponentów relacji pomocowej, szczególnie w pracy z osobami doświadczającymi silnego napięcia psychicznego. Nie sprowadza się ona do prostej reakcji uczuciowej, ponieważ obejmuje zarówno element współodczuwania, jak i procesy interpretacyjne związane z rozpoznaniem emocji oraz nadawaniem znaczenia sytuacji drugiej osoby. Oznacza to, że empatia emocjonalna nie jest czystym uczuciem, lecz dynamicznym mechanizmem relacyjnym, w którym reakcja emocjonalna splata się z rozumieniem kontekstu interpersonalnego.

Warto zauważyć, że emocje - stanowiące podstawę empatii emocjonalnej - są ujmowane szerzej niż jako subiektywne przeżycie. W ujęciach współczesnych nie są one wyłącznie prywatnym doświadczeniem jednostki, lecz także procesem o wymiarze kulturowym i interpersonalnym. Obejmuje on rozpoznawanie i nazywanie stanów emocjonalnych, nadawanie im uzasadnień oraz ich komunikowanie w relacjach społecznych. (Mordka, 2012, p. 118). Takie podejście podkreśla, że empatia emocjonalna nie jest równoznaczna z zarażeniem emocjonalnym, lecz obejmuje także odniesienie do kontekstu i znaczenia sytuacji drugiej osoby. W konsekwencji reakcja empatyczna może obejmować zarówno współodczuwanie, jak i refleksyjne elementy oceny, w których osoba pomagająca dostosowuje swoją odpowiedź emocjonalną do sytuacji klienta.

Z perspektywy praktyki pomagania szczególnie istotne jest to, że empatia emocjonalna nie stanowi jednolitego zjawiska. W badaniach i opracowaniach wskazuje się na różne jej formy, takie jak współodczuwanie (emocjonalna zgodność z przeżyciem drugiej osoby), współczucie (emocjonalna troska o drugiego człowieka i gotowość do wsparcia) czy emocjonalna responsywność rozumiana jako otwartość na sygnały emocjonalne płynące od partnera interakcji. Empatia emocjonalna w pracy pomocowej może przyjmować różne nasilenie: od łagodnego odzewu emocjonalnego (współbrzmienia), który sprzyja budowaniu relacji i regulacji kontaktu, po silną reakcję emocjonalną, zwiększającą ryzyko przeciążenia osoby pomagającej. Dlatego kluczowe jest utrzymanie równowagi między wrażliwością na doświadczenie klienta a ochroną własnych zasobów i granic.

W warunkach interwencji kryzysowej empatia emocjonalna nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ klient w kryzysie często doświadcza silnych stanów lęku, bezradności i dezorganizacji, co intensyfikuje emocjonalne tło kontaktu. Kubacka-Jasiecka (2010, s. 49) zwraca uwagę, że w podejściu interpersonalnym Rogersa ważną rolę odgrywają takie elementy jak poczucie bezpieczeństwa, zaufanie i możliwość dzielenia się doświadczeniem empatii, co



sprzyja wzmocnieniu poczucia kontroli i wspiera proces wychodzenia z kryzysu. Oznacza to, że empatia emocjonalna jest w interwencji nie tylko cechą, ale realnym narzędziem oddziaływania: umożliwia szybkie nawiązanie kontaktu, stabilizację relacji oraz obniżenie napięcia.

W dalszej części pracy przyjęto ujęcie empatii jako konstruktu emocjonalno-poznawczego bywa ona źródłem zarówno skuteczności pomocy, jak i kosztów psychologicznych u osób pomagających. Empatia może być analizowana jako zespół procesów obejmujących komponenty poznawcze i emocjonalne, które mogą prowadzić do odmiennych konsekwencji psychologicznych. W ujęciu Marka Davisa, empatia nie jest pojedynczą reakcją, lecz obejmuje różne formy reagowania na doświadczenie drugiego człowieka, w tym przyjmowanie perspektywy, empatyczną troskę oraz osobistą przykrość (Davis, 1994). Z perspektywy pracy pomocowej kluczowe jest rozróżnienie między jakościowo odmiennymi reakcjami empatycznymi. Empatyczna troska (ukierunkowana na drugą osobę) sprzyja zachowaniom wspierającym i może wzmocniać satysfakcję z udzielania pomocy. Natomiast dyskomfort osobisty, czyli reakcja skoncentrowana na własnym napięciu w obliczu cudzego cierpienia, zwiększa napięcie emocjonalne i może prowadzić do przeciążenia osoby pomagającej.

Wielowymiarowy charakter empatii uzasadnia ujmowanie jej w kategoriach odrębnych komponentów oraz analizowanie ich możliwie precyzyjnie. W niniejszej pracy przyjęto podejście dwukomponentowe (poznawcze i emocjonalne), a sposób pomiaru empatii zostanie szczegółowo omówiony w części metodologicznej.

Podsumowując, empatia emocjonalna stanowi jeden z podstawowych mechanizmów relacyjnych w kontakcie pomocowym. Jest ona zjawiskiem wielowymiarowym, obejmującym zarówno komponent emocjonalny, jak i interpretacyjny, związany z rozpoznaniem sytuacji drugiej osoby. W zawodach pomocowych empatia emocjonalna sprzyja skuteczności oddziaływań, zwiększa gotowość do wsparcia i wzmocnia jakość kontaktu, jednak w warunkach wysokiego obciążenia może prowadzić do przeciążenia emocjonalnego. Zróżnicowanie form empatii oraz różnice indywidualne w jej przeżywaniu i regulacji wskazują na potrzebę dalszego omówienia mechanizmów, które warunkują podatność na przeciążenie empatyczne - co zostanie rozwinięte w kolejnym podrozdziale.

1.3.3. Różnice indywidualne w reagowaniu na cudze emocje

Reagowanie na emocje klienta w sytuacjach pomocowych nie jest jednorodne: interwencji różnią się podatnością na emocje innych oraz sposobem ich przetwarzania i



regulowania. W praktyce oznacza to, że podobne warunki pracy mogą prowadzić do odmiennych konsekwencji psychicznych od współodczuwania po przeciążeniu utrudniając ocenę sytuacji i podejmowanie decyzji. Kluczowe jest przy tym rozróżnienie empatii, rozumianej jako adekwatne dostrojenie do doświadczenia klienta przy zachowaniu dystansu, od zarażenia emocjonalnego, w którym emocje drugiej osoby są przejmowane automatycznie i mogą nasilać dyskomfort oraz osłabiać profesjonalny dystans (Singer & Lamm, 2009).

Istotnym źródłem różnic indywidualnych jest sposób, w jaki człowiek wyraża emocje i nadaje im znaczenie w relacjach społecznych. Emocje nie są wyłącznie prywatnym przeżyciem - posiadają również komponent ekspresyjny, a ich manifestacja podlega oddziaływaniom społecznym i kulturowym. Ekspresja emocji jest regulowana normami, co oznacza, że jednostka uczy się, kiedy i w jakiej formie emocje mogą być okazywane oraz jakie zachowania są społecznie akceptowane. W konsekwencji różnice w reagowaniu na emocje innych osób nie wynikają wyłącznie z cech temperamentalnych, lecz także z socjalizacji oraz utrwalonych wzorców regulacji i ekspresji emocji. W tym ujęciu emocje można rozumieć jako proces interpersonalny, obejmujący rozpoznawanie, nazywanie i uzasadnianie przeżyć emocjonalnych w relacjach społecznych, a nie jedynie jako wewnętrzny stan jednostki. (Mordka, 2012). Taka perspektywa ułatwia wyjaśnienie, dlaczego osoby pracujące w obszarze pomocowym mogą prezentować różną wrażliwość emocjonalną oraz odmienny poziom gotowości do ujawniania emocji w relacji z klientem.

Zróżnicowanie sposobów reagowania wiąże się również z tym, że emocje podlegają kontroli i modyfikacji zależnie od sytuacji. Zachowania emocjonalne nie są jedynie nagłą, niekontrolowaną reakcją, lecz są kształtowane przez procesy poznawcze, normy społeczne i kontekst sytuacyjny; mogą też być w różnym stopniu regulowane poprzez hamowanie ekspresji, zmianę form wyrażania czy dostosowanie reakcji do wymogów otoczenia (Reykowski, 1968). W pracy interwenta kryzysowego ma to szczególne znaczenie, ponieważ kontakt z osobą w silnym kryzysie wymaga jednocześnie otwartości na jej przeżycia oraz zdolności utrzymania profesjonalnej roli. Oznacza to, że reakcja interwenta nie może przebiegać na zasadach relacji prywatnej: jego zadaniem jest stabilizacja sytuacji i wspieranie regulacji, a nie podążanie za intensywnością emocji klienta.

Mechanizmem w dużej mierze wyjaśniającym indywidualne różnice w reagowaniu na cudze emocje jest regulacja emocji. W ujęciu procesowym obejmuje ona strategie uruchamiane na różnych etapach powstawania reakcji emocjonalnej, m.in. reinterpretację poznawczą oraz kontrolę ekspresji (Gross, 2007). W pracy interwencyjnej reinterpretacja może polegać na nadaniu przeżyciom klienta ram diagnostyczno-zadaniowych, co pozwala rozumieć jego



emocje bez utraty sprawczości. Kontrola ekspresji sprzyja utrzymaniu profesjonalnego tonu kontaktu, jednak jej długotrwałe i dominujące stosowanie może wiązać się ze wzrostem napięcia i kosztami psychofizjologicznymi. Regulacja emocji stanowi więc warunek zarówno jakości kontaktu, jak i ochrony zasobów interwenta, umożliwiając udzielanie wsparcia bez przeciążenia.

Różnice indywidualne w empatii i regulacji emocji mają również swoje uwarunkowania biologiczne oraz rozwojowe. Badania wskazują, że zarówno empatia poznawcza, jak i afektywna mogą wykazywać pewien poziom dziedziczności, jednak ich funkcjonowanie jest silnie modyfikowane przez środowisko, doświadczenia społeczne i proces uczenia (Jankowiak-Siuda et al., 2019). Ma to istotne znaczenie w kontekście zawodów pomocowych, ponieważ pokazuje, że podatność na emocje innych osób nie jest wyłącznie predyspozycją ani indywidualną słabością, lecz wynika ze współdziałania predyspozycji oraz doświadczeń życiowych. Jednocześnie oznacza to, że kompetencje empatyczne i regulacyjne mogą być rozwijane poprzez trening, superwizję i świadome kształtowanie profesjonalnego stylu pracy. Wskazują na to również analizy empatii emocjonalnej w powiązaniu z cechami indywidualnymi - empatia może sprzyjać zachowaniom prospołecznym i współpracy, ale jej konsekwencje zależą od charakterystyki jednostki i sposobu radzenia sobie z pobudzeniem emocjonalnym (Kliś & Kossewska, 1997).

Podsumowując, różnice indywidualne w reagowaniu na cudze emocje obejmują nie tylko poziom empatii, ale również styl ekspresji emocji, podatność na emocjonalne zarażenie oraz zdolność do regulacji własnych reakcji. W pracy interwentów kryzysowych ma to szczególne znaczenie, ponieważ kontakt z osobą w kryzysie wiąże się z intensywnym przeżywaniem, presją czasu i koniecznością szybkiej stabilizacji sytuacji. Z jednej strony empatia stanowi warunek budowania porozumienia i efektywnego wsparcia, z drugiej jednak może stać się kanałem przeciążenia, jeśli towarzyszy jej wysoka reaktywność emocjonalna i brak skutecznych mechanizmów regulacyjnych. W konsekwencji kluczowe staje się rozpoznanie czynników ryzyka przeciążenia oraz rozwijanie kompetencji regulacyjnych, które pozwalają utrzymać efektywność działania w warunkach wysokiego obciążenia. Zależności te uzasadniają potrzebę omówienia w kolejnym podrozdziale konsekwencji przeciążenia emocjonalnego w zawodach pomocowych, takich jak zmęczenie współczuciem, wtórny stres traumatyczny oraz wypalenie emocjonalne.



1.4. Zjawiska przeciążenia emocjonalnego w pracy pomocowej

Długotrwała praca w zawodach pomocowych wiąże się z ryzykiem specyficznych kosztów psychicznych wynikających z powtarzalnej ekspozycji na cierpienie, silne emocje oraz sytuacje zagrożenia. W odróżnieniu od „zwykłego” stresu zawodowego przeciążenie w pomaganiu ma często charakter relacyjny: pojawia się nie tylko jako odpowiedź na wymagania organizacyjne, lecz także jako skutek stałego emocjonalnego dostrajania do doświadczeń klientów. W ujęciach stresu podkreśla się, że reakcja stresowa rozwija się, gdy wymagania są oceniane jako przekraczające zasoby jednostki (Lazarus, Folkman, 1984), a w warunkach pracy kryzysowej konfiguracja ta jest szczególnie częsta ze względu na presję czasu, niepewność i wysoką stawkę decyzji.

W literaturze opisującej koszty pracy z traumą i kryzysem wyróżnia się kilka częściowo nakładających się konstruktów (m.in. compassion fatigue, wtórny stres traumatyczny, trauma zastępcza oraz wypalenie zawodowe), które porządkują różne źródła przeciążenia w zawodach pomocowych. Ponieważ pojęcia te bywają stosowane zamiennie, ich rozróżnienie jest ważne dla zrozumienia mechanizmów obciążenia oraz roli granic emocjonalnych i regulacji w pracy pomocowej. Podstawowe różnice między najczęściej przywoływanymi pojęciami kosztów pomagania przedstawiono w Tabeli 1.



Tabela 1 Koszty pomagania - zestawienie definicji i cech rozróżniających najczęściej stosowane konstrukty

Pojęcie	Źródło (typ obciążenia)	Najczęstsze objawy / przejawy	Co odróżnia od pozostałych
Wypalenie zawodowe- Burnout	Przewlekły stres zawodowy i przeciążenie wymagań pracy (organizacja, tempo, zasoby)	Wyczerpanie, dystans/cynizm, spadek poczucia skuteczności; drażliwość, obniżona motywacja	Dotyczy kontekstu pracy jako całości, nie musi wynikać z kontaktu z traumą; rozwija się stopniowo
Zmęczenie współczuciem - Compassion fatigue	Koszt długotrwałego empatycznego zaangażowania w cierpienie innych	Emocjonalne zmęczenie, 'znieczulenie', spadek wrażliwości, trudność w utrzymaniu empatii	Akcent na wyczerpanie relacyjne i koszt empatii; bywa współobecne z wypaleniem, ale ma bardziej „pomocowy” charakter
Wtórny stres traumatyczny - Secondary Traumatic Stress (STS)	Pośrednia ekspozycja na traumę (słuchanie opisów zdarzeń traumatycznych)	Objawy zbliżone do PTSD: intruzje, unikanie, pobudzenie, napięcie; trudności ze snem	Najbardziej obciążające w tym obrazie są objawy przypominające PTSD, które często łączą się z treściami konkretnych rozmów.
Trauma zastępcza - Vicarious trauma	Długotrwała ekspozycja na cudzą traumę prowadząca do zmian w schematach poznawczych (bezpieczeństwo, zaufanie, sens)	Zmiana postrzegania świata i siebie, większa podejrzliwość/pesymizm, zmiany wartości; przeciążenie emocjonalne	Nie tylko objawy napięcia, ale trwalsza zmiana przekonań i znaczeń (np. „świat jest niebezpieczny”)
Dystres moralny - Moral distress	Konflikt wartości i ograniczenia działania (procedury, ograniczenia systemu): „wiem co jest słuszne, ale nie mogę tego zrobić”	Poczucie winy, złość, frustracja, bezsilność, ruminacje; spadek sensu pracy	Źródłem jest konflikt etyczny i ograniczenia działania, a nie sama ekspozycja na emocje/traumę

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeglądu literatury: Figley (1995), McCann i Pearlman (1990), Maslach i Jackson (1981), Maslach, Schaufeli i Leiter (2001), Stamm (2010).



W dalszej części rozdziału (1.4.1-1.4.3) omówiono wybrane zjawiska osobno, koncentrując się na ich charakterystycznych mechanizmach, przejawach oraz konsekwencjach dla jakości kontaktu pomocowego i stawiania granic emocjonalnych.

Z perspektywy niniejszego rozdziału ważne jest, że wymienione zjawiska łączą się z tematyką granic emocjonalnych i regulacji: im częstsze łączenie emocji klienta z doświadczeniem pomagającego, tym większe ryzyko przejścia od empatycznego kontaktu do przeciążenia, wycofywania się lub działań kompensacyjnych (np. ratownictwa, przejmowania odpowiedzialności). Dlatego w kolejnych podrozdziałach (1.4.1-1.4.3) zjawiska te zostaną omówione osobno - jako odmienne, choć powiązane ścieżki kosztów pomagania - wraz z ich charakterystycznymi mechanizmami i konsekwencjami dla jakości kontaktu pomocowego.

1.4.1. Zmęczenie współczuciem (Compassion fatigue)

W literaturze dotyczącej pracy pomocowej podkreśla się, że długotrwała ekspozycja na cierpienie innych może prowadzić do specyficznych konsekwencji psychicznych i emocjonalnych u osób zawodowo wspierających. Jednym z kluczowych pojęć opisujących to zjawisko jest zmęczenie współczuciem (compassion fatigue), ujmowane jako mniej stygmatyzujący termin dla reakcji stresowych pojawiających się u profesjonalistów pozostających w stałym kontakcie z traumą i kryzysem. Figley (1995) wskazywał, że choć STS jest precyzyjnym określeniem mechanizmów reakcji na traumę, to w praktyce klinicznej i zawodowej bardziej intuicyjnym i komunikatywnym pojęciem jest właśnie compassion fatigue.

W tym sensie compassion fatigue odnosi się do kosztów emocjonalnych wynikających z długotrwałego udzielania wsparcia i towarzyszenia osobom w cierpieniu. Istotną cechą tego konstruktu jest jego osadzenie w realiach zawodów pomocowych. Figley akcentuje, że wtórne skutki traumy dotyczą nie tylko osób bezpośrednio poszkodowanych, ale także tych, którzy wysłuchują relacji o przemocy, stracie czy katastrofie i reagują na nie jako zaangażowani emocjonalnie świadkowie. Autor zauważa, że istnieje - koszt troski - (there is a cost to caring) - specjaliści słuchający historii bólu i zagrożenia mogą zacząć doświadczać podobnych reakcji emocjonalnych, ponieważ w naturalny sposób angażują się w sytuację klienta. Oznacza to, że zmęczenie współczuciem dotyczy przede wszystkim tych grup zawodowych, dla których kontakt z cierpieniem jest nie incydentalny, lecz stanowi stały element codziennej praktyki - psychologów, terapeutów, interwentów kryzysowych, personelu medycznego, ratowników czy pracowników socjalnych.

Figley wskazuje, że kluczową rolę w rozwoju compassion fatigue odgrywa połączenie dwóch elementów: empatycznego reagowania oraz ekspozycji na osoby cierpiące. Jeśli



pomocnik nie jest włączony emocjonalnie lub nie ma kontaktu z traumą drugiej osoby, ryzyko compassion fatigue jest niewielkie. Z drugiej jednak strony, to właśnie empatia jest zasobem umożliwiającym trafne rozumienie sytuacji klienta, planowanie adekwatnego wsparcia oraz utrzymanie jakości relacji pomocowej. Figley podkreśla, że empatia jest podstawowym narzędziem pracy z osobami po traumie, lecz jednocześnie może zwiększać ryzyko wtórnej ekspozycji na materiał traumatyczny u profesjonalistów. W konsekwencji zmęczenie współczuciem można rozumieć jako efekt uboczny zaangażowania, które jest niezbędne, by pomagać skutecznie.

W ujęciach jakości życia zawodowego podkreśla się, że praca pomocowa wiąże się jednocześnie z poczuciem sensu i satysfakcji oraz z ryzykiem narastającego obciążenia psychicznego. Zmęczenie współczuciem ma charakter narastający: nie jest pojedynczym epizodem, lecz stopniowym przeciążeniem zasobów pomocnika wynikającym z kumulacji kontaktów z cierpieniem i ograniczonych możliwości regeneracji. W konsekwencji mogą pojawiać się objawy takie jak obniżenie nastroju, zaburzenia snu czy nasilony lęk, coraz silniej związane z charakterem pracy. W tym ujęciu compassion fatigue stanowi rezultat ciągłego obciążenia emocjonalnego, którego źródłem jest nie tylko kontakt z cierpieniem, lecz także konieczność utrzymywania dostępności i gotowości do wspierania przy jednoczesnym ograniczeniu własnych możliwości regeneracyjnych.

W literaturze wskazuje się, że zmęczenie współczuciem może obejmować zarówno objawy typowo emocjonalne, jak i poznawcze czy relacyjne. W wymiarze emocjonalnym najczęściej podkreśla się pojawianie się znieczulenia emocjonalnego, drażliwości, napięcia oraz obniżonej tolerancji na frustrację. Figley zauważa, że profesjonaliści mogą doświadczać cierpienia wtórnego, które przejawia się m.in. bezsennością, nasilonym lękiem oraz stanami przygnębienia. Warto podkreślić, że podobne konsekwencje opisywane są również w polskich opracowaniach, Włodarczyk (2020) zwraca uwagę, że osoby pomagające mogą doświadczać zubożnienia, chronicznego zmęczenia, podwyższonego zdenerwowania oraz objawów somatycznych, które bywają skorelowane z lękiem, depresją i zaburzeniami snu. Co istotne, w tym ujęciu zmęczenie współczuciem nie musi przyjmować postaci klinicznego zaburzenia - jest raczej zbiorem reakcji adaptacyjnych i przeciążeniowych, które mogą nasilać się w warunkach długotrwałego braku regeneracji i niedostatecznego wsparcia.

W analizach porównawczych compassion fatigue bywa zestawiane z wtórnym stresem traumatycznym (STS) oraz wypaleniem zawodowym. Figley wskazywał, że compassion fatigue można rozumieć jako zjawisko bliskie STS, a nawet traktowane jako jego funkcjonalny odpowiednik w języku praktyki zawodowej. Jednocześnie różnicowanie tych pojęć pozostaje



ważne dla porządkowania doświadczeń pracowników pomocowych, ponieważ konsekwencje psychiczne mogą wynikać zarówno z treści pracy (kontakt z traumą), jak i z warunków organizacyjnych (chroniczne przeciążenie, presja czasu, brak zasobów). Włodarczyk (2020) podkreśla, że wypalenie pojawia się zwykle jako efekt długotrwałej pracy i wiąże się przede wszystkim z wyczerpaniem emocjonalnym, erozją idealizmu oraz obniżeniem poczucia osiągnięć.

Ważnym wątkiem w rozumieniu compassion fatigue jest także związek z naruszaniem granic emocjonalnych w relacji pomocowej. Z perspektywy pracy terapeutycznej i interwencyjnej granice pełnią funkcję ochronną - pozwalają utrzymać rozróżnienie między doświadczeniem klienta a doświadczeniem profesjonalisty. W literaturze wskazuje się, że osoby, które nie mają możliwości zadbania o siebie lub stale pozostają w roli dających wsparcie bez wystarczającej regeneracji zasobów, mogą stopniowo tracić energię, optymizm i zdolność do efektywnego funkcjonowania zawodowego.

W konsekwencji brak granic może zwiększać ryzyko przeciążenia, ponieważ pomocnik pozostaje w stanie stałej otwartości emocjonalnej na cudze cierpienie, co utrudnia odzyskiwanie równowagi po zakończeniu kontaktu z klientem. Przekroczenie granic emocjonalnych nie oznacza wyłącznie współodczuwania, lecz może prowadzić do erozji zaangażowania, które wcześniej było podstawą skutecznej pomocy.

Przeciążenie emocjonalne może przybierać formę nie tyle jednorazowej reakcji, ile stopniowego osłabienia zdolności do empatycznej obecności. Podsumowując, zmęczenie współczuciem stanowi jedno z podstawowych pojęć opisujących koszty pracy pomocowej w warunkach chronicznej ekspozycji na cierpienie. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim profesjonalistów, którzy pomagają dzięki empatycznemu zaangażowaniu, lecz równocześnie - z powodu tej samej wrażliwości - mogą doświadczać wtórnych skutków traumy i narastającego wyczerpania emocjonalnego.

1.4.2. Wtórny stres traumatyczny (Secondary Traumatic Stress - STS)

Wtórny stres traumatyczny (Secondary Traumatic Stress - STS) odnosi się do zespołu reakcji PTSD-podobnych, które mogą pojawiać się u osób zawodowo pomagających, pozostających w stałym kontakcie z narracjami traumatycznymi klientów/pacjentów. Pojęcie to spopularyzował Figley (1995, p. 7), ujmując STS jako „naturalne zachowania i emocje wynikające z wiedzy o traumatyzującym wydarzeniu doświadczonym przez znaczącą osobę - stres wynikający z pomagania lub chęci pomagania osobie dotkniętej traumą lub cierpiącej”. Kluczowe jest tu rozróżnienie: profesjonalista nie jest bezpośrednią ofiarą zdarzenia, lecz



pozostaje w polu emocjonalnym traumy - słucha, rozumie, reaguje empatycznie, a w konsekwencji może przejmować część kosztów psychicznych związanych z cudzym doświadczeniem (Figley, 1995; McCann & Pearlman, 1990). W tym sensie STS bywa również opisywany jako secondary traumatic stress disorder (STSD), jednak w ujęciu pracy pomocowej akcent przesuwa się z diagnozy klinicznej na konsekwencje zawodowe chronicznego kontaktu z cierpieniem.

W kontekście interwencji kryzysowej - zwłaszcza interwencji doraźnej, pracy telefonicznej lub interwencji w nagłych zdarzeniach - ryzyko STS może być szczególnie nasilone ze względu na charakter zgłoszeń. Interwent pracuje z treściami dotyczącymi przemocy, zagrożenia życia, prób samobójczych i nagłej straty, często w warunkach presji czasu oraz przy ograniczonej możliwości domknięcia kontaktu. Brak ciągłości relacji i ograniczony wpływ na dalsze losy klienta mogą zwiększać subiektywne poczucie bezradności, a równocześnie wymagają utrzymania wysokiej gotowości emocjonalnej. W praktyce oznacza to, że materiał traumatyczny nie tylko zostaje wysłuchany, lecz może być także częściowo internalizowany w procesie rozumienia sytuacji oraz regulowania emocji klienta. Figley (1995) ujmuje to jako koszt relacyjnego zaangażowania w pomaganiu, w którym doświadczenia osoby pierwotnie strauumatyzowanej oddziałują wtórnie na profesjonalistę. W tym sensie STS można rozumieć jako konsekwencję profesjonalnej bliskości: interwent nie przeżywa zdarzenia na własnej skórze, ale stale pracuje w pobliżu jego emocjonalnych następstw.

Badania wskazują, że pośrednia ekspozycja na traumę, empatyczne zaangażowanie oraz nieadaptacyjne strategie radzenia sobie mogą wiązać się z nasileniem objawów STS; szczególnie znaczący bywa komponent empatii związany z dyskomfortem osobistym w reakcji na cierpienie klienta. Z drugiej strony literatura podkreśla, że empatia jest zasobem niezbędnym dla jakości pomocy. Kluczowe staje się więc nie jej zmniejszanie, lecz rozwijanie takich sposobów reagowania, które pozwalają zachować rozróżnienie między doświadczeniem klienta a doświadczeniem osoby pomagającej oraz chronić granice relacji pomocowej (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991). W szerszej perspektywie klinicznej reakcje te można także rozumieć jako element przeciwprzeniesienia, czyli emocjonalnych reakcji pomagającego pojawiających się w kontakcie z klientem. Ujęcie to pokazuje, że STS nie jest wyłącznie odpowiedzią na wysłuchaną relację, lecz może wynikać z emocjonalnej i relacyjnej natury pracy pomocowej. Dlatego kluczowe znaczenie mają regulacja własnych emocji oraz utrzymywanie profesjonalnego dystansu

Na poziomie praktycznym oznacza to, że w interwencji kryzysowej szczególne znaczenie mają kompetencje autorefleksji, rozpoznawania własnych reakcji oraz regulacji



emocji. W tym miejscu można też logicznie spiąć STS z tematyką granic emocjonalnych: rozmywanie granic (np. nadmierna identyfikacja z klientem) i brak skutecznej regulacji emocji mogą zwiększać podatność na intruzje i unikanie, natomiast jasne granice i świadome strategie radzenia sobie mogą działać ochronnie.

Na zakończenie warto podkreślić, że wtórny stres traumatyczny (STS) nie jest tożsamy z rozpoznaniem PTSD u osoby pomagającej. W ujęciu naukowym STS można opisywać jako zjawisko podobne do PTSD pod względem obrazu objawów, jednak związane z warunkami pracy oraz pośrednią ekspozycją na traumę, a nie stanowiące automatycznej podstawy do diagnozy klinicznej. Rothschild, analizując koszty emocjonalne pomagania, wskazuje, że tego typu reakcje mogą być przewidywalną konsekwencją kontaktu z cierpieniem, dlatego wymagają wdrażania strategii ochronnych i systemów wsparcia, aby troska o klienta nie odbywała się kosztem dobrostanu osoby udzielającej pomocy (Rothschild, 2024).

1.4.3. Wypalenie emocjonalne (Burnout)

Termin „wypalenie emocjonalne” bywa używany jako skrót na określenie wypalenia w zawodach pomocowych, ponieważ jego najbardziej widocznym i najczęściej raportowanym przejawem jest wyczerpanie emocjonalne. W ujęciu teoretycznym trafniej jest jednak traktować to jako element szerszego wypalenia zawodowego (burnout), które obejmuje także depersonalizację lub cynizm oraz obniżone poczucie osiągnięć (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Z tego względu dalsza część podrozdziału odnosi się do wypalenia jako konstruktu wielowymiarowego, a wyczerpanie emocjonalne omawia jako jego wymiar centralny.

Wypalenie zawodowe jest rozumiane jako syndrom, który rozwija się w odpowiedzi na długotrwałe obciążenia związane z pracą, szczególnie w zawodach opartych na kontakcie z drugim człowiekiem. W klasycznym ujęciu Maslach i Jackson wypalenie obejmuje trzy powiązane wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację (w późniejszych ujęciach określaną także jako cynizm) oraz obniżone poczucie dokonań i efektywności (Maslach & Jackson, 1981; Maslach et al., 2001). Wypalenie nie jest więc pojedynczą reakcją na jednorazowy stres, lecz skutkiem długotrwałego działania stresorów, zwłaszcza emocjonalnych i interpersonalnych, obecnych w codziennej pracy (Etzion, 1984; Maslach et al., 2001). Ujęcie to podkreśla, że syndrom może rozwijać się u osób bez wcześniejszych zaburzeń psychicznych, a jego przebieg wiąże się ze stopniowym spadkiem energii, motywacji i jakości funkcjonowania w roli zawodowej (Freudenberger, 1974; Maslach, 1976).



Spośród trzech wymiarów wyczerpanie emocjonalne uznawane jest za najbardziej centralny i najbardziej rozpoznawalny komponent wypalenia. To właśnie ono najczęściej stanowi podstawę potocznego rozumienia wypalenia i jest najczęściej raportowanym objawem (Maslach et al., 2001). Wyczerpanie odzwierciedla koszt przewlekłego wysiłku emocjonalnego: poczucie bycia pozbawionym energii, osłabienie zaangażowania, drażliwość, spadek odporności psychofizycznej i trudności regeneracyjne. Jednocześnie sama obecność wyczerpania nie wyczerpuje definicji wypalenia - jest warunkiem koniecznym, lecz niewystarczającym, ponieważ dopiero w powiązaniu z dystansowaniem się i spadkiem poczucia skuteczności tworzy pełny obraz syndromu (Maslach et al., 2001). W praktyce wyczerpanie uruchamia strategie radzenia sobie polegające na ograniczaniu kontaktu emocjonalnego z pracą i jej odbiorcami.

Drugim wymiarem jest depersonalizacja, czyli chłodny, bezosobowy lub zbyt zdystansowany sposób odnoszenia się do osób, którym udziela się wsparcia, a także sprowadzanie relacji do przypadków i procedur (Maslach & Jackson, 1981). W ujęciu Maslach depersonalizacja i cynizm może pełnić funkcję obronną: tworzenie dystansu osłabia intensywność pobudzenia emocjonalnego i tymczasowo pozwala utrzymać sprawność działania w warunkach przeciążenia (Maslach et al., 2001). Mechanizm ten jest szczególnie istotny w zawodach pomocowych, gdzie przeciążenie relacyjne, czyli duże obciążenie liczbą spraw, częsty kontakt z cierpieniem, brak zasobów i presja odpowiedzialności, zwiększa ryzyko nadmiernego pobudzenia i utraty poczucia wpływu. Granica między adaptacyjnym dystansowaniem, a depersonalizacją bywa jednak cienka: gdy dystans staje się dominującą strategią, relacja może przybierać formę cynizmu, obojętności lub odczłowieczania, co pogarsza jakość pomocy i wzmacnia poczucie bezsensu pracy (Maslach et al., 2001).

Trzecim wymiarem jest obniżone poczucie efektywności, obejmujące spadek wiary w kompetencje, poczucie marnowania wysiłku oraz przekonanie, że praca nie prowadzi do znaczących rezultatów (Maslach & Jackson, 1981). W praktyce może to przejawiać się rezygnacyjnym stylem myślenia, ograniczeniem inicjatywy i pogorszeniem funkcjonowania zadaniowego, co sprzyja samonapędzaniu syndromu: pracownik czuje się mniej skuteczny, działa mniej efektywnie, a następnie doświadcza dalszego spadku motywacji i zaangażowania (Maslach et al., 2001).

Model Job Demands-Resources (JD-R) pozwala wyjaśniać rozwój wypalenia, łącząc wiedzę o czynnikach sprzyjających wypaleniu i o czynnikach podtrzymujących zaangażowanie w pracę (Demerouti et al., 2001; Bakker et al., 2014). W tym ujęciu wymagania pracy (job demands) to te elementy wykonywania zawodu, które wymagają stałego wysiłku



emocjonalnego, poznawczego lub fizycznego i przy długotrwałym utrzymywaniu się prowadzą do narastania kosztów psychofizycznych. Zasoby pracy (job resources) obejmują natomiast czynniki społeczne, organizacyjne i psychologiczne (np. wsparcie, autonomia, jasność zadań), które ułatwiają realizację celów zawodowych, sprzyjają rozwojowi i ograniczają obciążenie. Zasoby mogą również osłabiać negatywny wpływ wysokich wymagań, działając ochronnie wobec ryzyka wypalenia (Bakker et al., 2014). W zawodach pomocowych szczególną rolę odgrywają wymagania o charakterze relacyjnym: intensywny kontakt z klientem, ekspozycja na silne emocje, konieczność podtrzymywania odpowiedzialności i wysokiej jakości działania przy ograniczonych możliwościach regeneracji. Gdy wymagania są wysokie, a zasoby (np. wsparcie, autonomia, informacja zwrotna, superwizja, adekwatne narzędzia pracy) niewystarczające, rośnie ryzyko przewlekłego wyczerpania i postępującej psychologicznej dezynwestycji w pracę, co sprzyja cynizmowi i spadkowi skuteczności (Bakker et al., 2014).

Zjawisko wypalenia bywa również opisywane w kategoriach faz. Edelwich i Brodsky ujmują je jako proces narastającego rozczarowania, w którym można wyróżnić etapy: początkowy entuzjazm, następnie stagnację, frustrację i w końcu apatię, związaną z wycofaniem, rutyną i ograniczaniem zaangażowania (Edelwich & Brodsky, 1980). Taki model dobrze opisuje specyfikę profesji pomocowych: im silniejsze idealistyczne motywy i intensywniejsze zaangażowanie na starcie, tym dotkliwsze mogą być skutki chronicznego przeciążenia, jeśli równolegle nie rozwija się strategii ochronnych i zasobów regeneracyjnych.

W perspektywie praktycznej istotne jest, że w zawodach pomocowych ryzyko wypalenia rośnie, gdy chronicznym wymaganiom towarzyszą ograniczone możliwości regeneracji oraz słaba separacja roli zawodowej i życia prywatnego. Zarządzanie granicami można traktować jako jeden z elementów profilaktyki wypalenia, co zostanie szerzej rozwinięte w rozdziale 1.5.

1.5. Strategie ochrony granic i samoregulacji emocjonalnej

W interwencji kryzysowej ochrona granic emocjonalnych jest elementem koniecznej higieny zawodowej i warunkiem utrzymania jakości decyzji oraz obecności pomocowej w warunkach wysokiej intensywności kontaktu. Strategie ochronne można ujmować wielopoziomowo: jako działania indywidualne (radzenie sobie i regulacja emocji) oraz jako rozwiązania relacyjne i organizacyjne (superwizja, wsparcie zespołu, standardy pracy). Takie podejście jest spójne z rozumieniem obciążeń jako wypadkowej wymagań, kontroli i wsparcia, a więc nie wyłącznie osobowością jednostki, lecz także warunków wykonywania pracy (Karasek, 1979; Widerszal-Bazyl, 2003).



Pierwszy poziom ochrony stanowią strategie radzenia sobie ze stresem (coping), rozumiane procesowo jako zmieniające się wysiłki poznawcze i behawioralne podejmowane wobec wymagań ocenianych jako obciążające lub przekraczające zasoby (Lazarus, Folkman, 1984). W praktyce interwencyjnej szczególnie użyteczna jest elastyczność: łączenie strategii skoncentrowanych na problemie (np. strukturyzowanie rozmowy, planowanie kroków bezpieczeństwa, uruchamianie zasobów) ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach (np. krótkie techniki obniżania pobudzenia, normalizacja własnych reakcji, świadome domykanie kontaktu). Ochrona granic oznacza tu także rozpoznawanie wzorców ryzykownych (np. przewlekłe unikanie czy przenoszenie pracy na czas prywatny) i zastępowanie ich strategiami, które podtrzymują sprawczość oraz możliwość regeneracji.

Drugi poziom tworzy regulacja emocji i profesjonalny dystans. Regulacja emocji nie polega na unikaniu, lecz na świadomym wpływaniu na przebieg reakcji emocjonalnej tak, aby emocje wspierały kontakt, a nie przejmowały nad nim kontroli. Użyteczną ramą jest model procesu regulacji emocji (Gross, 2015), w którym strategie mogą dotyczyć m.in. kierowania uwagi, zmiany poznawczej (reinterpretacji) oraz modulacji reakcji. W pracy interwencyjnej oznacza to m.in.: przełączanie uwagi z dramatycznych treści na elementy stabilizacji i bezpieczeństwa, nadawanie doświadczeniom klienta znaczeń oraz świadome zarządzanie ekspresją emocji w roli zawodowej. Profesjonalny dystans nie jest przeciwieństwem empatii, lecz ją wspiera: pozwala pozostać w kontakcie bez nadmiernej identyfikacji emocjonalnej i bez przejmowania odpowiedzialności za życie klienta.

Trzeci poziom ochrony ma charakter relacyjno-organizacyjny i obejmuje superwizję, konsultacje oraz wsparcie zespołowe. To właśnie one stabilizują granice odpowiedzialności, pozwalają odciążyć emocjonalnie trudne przypadki i zapobiegają izolacji, która nasila koszty pracy z kryzysem i traumą. Wsparcie społeczne pełni funkcję bufora stresu (House, 1981), a w realiach interwencji przekłada się na możliwość szybkiej konsultacji, współdzielenia decyzji i uczenia się na doświadczeniu zespołu. W tym sensie strategie samoregulacji nie powinny być rozumiane wyłącznie jako indywidualna samokontrola, lecz jako efekt współdziałania kompetencji osobistych i warunków pracy - dopiero ich łączne uwzględnienie realnie chroni granice emocjonalne i zmniejsza ryzyko przeciążenia.

1.5.1. Strategie radzenia sobie

W pracy interwencyjnej ochrona granic emocjonalnych i samoregulacja nie stanowią dodatkowych kompetencji, lecz warunek utrzymania jakości pomocy w sytuacjach wysokiego obciążenia. Interwent działa pod presją czasu, w kontakcie z silnymi emocjami oraz przy



podwyższonej odpowiedzialności, co zwiększa ryzyko przeciążenia, gdy brakuje skutecznych mechanizmów regulacji stresu i emocji. W perspektywie psychologii stresu kluczowe jest rozumienie sposobów radzenia sobie ze stresem, regulacji emocji w relacji pomocowej oraz czynników organizacyjnych i społecznych wzmacniających ochronę przed kosztami pracy pomocowej (superwizja, wsparcie zespołowe). W niniejszym podrozdziale omówiono coping jako pierwszy z mechanizmów ochronnych, stanowiący element strategii indywidualnych. W podejściu poznawczo-transakcyjnym radzenie sobie ze stresem nie jest ujmowane jako stała cecha, lecz jako proces regulacyjny uruchamiany w odpowiedzi na wymagania sytuacji. Lazarus i Folkman definiują coping jako „ (...) stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki mające na celu uporanie się z określonymi zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, ocenianymi przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby.” (Lazarus, Folkman, tłumaczenie Heszen, Sęk, 2007, p. 150). Definicja ta podkreśla dynamiczny charakter procesu: jednostka dobiera sposoby działania adekwatnie do kontekstu i bieżącej oceny sytuacji. Tak rozumiany coping pełni funkcję ochronną wobec skutków stresu, ponieważ o konsekwencjach transakcji stresowej w istotnym stopniu decyduje aktywność jednostki, a nie wyłącznie właściwości stresora.

W klasycznym ujęciu Lazarusa i Folkman wyróżniono dwie podstawowe funkcje radzenia sobie: funkcję instrumentalną, związaną ze strategiami skoncentrowanymi na problemie (problem-focused), oraz funkcję regulacyjną, związaną ze strategiami skoncentrowanymi na emocjach (emotion-focused) (Lazarus, Folkman, 1984). Strategie zorientowane na problem służą modyfikacji sytuacji stresowej i ograniczaniu wpływu stresora (np. planowanie, podejmowanie działań), natomiast strategie zorientowane na emocje pomagają kontrolować reakcję emocjonalną i podtrzymywać zdolność do działania w warunkach obciążenia. Istotne jest przy tym, że strategie emocjonalne nie muszą być z definicji nieadaptacyjne: wskazuje się, iż emocje - niezależnie od znaku - mogą pełnić funkcję adaptacyjną, a radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może m.in. zwiększać pobudzenie i mobilizację do działania (Lazarus, Folkman, 1984). Taki sposób rozumienia pozwala uniknąć uproszczenia, w którym coping zadaniowy byłby zawsze optymalny, a emocjonalny zawsze dysfunkcyjny. W realiach interwencji kryzysowej, gdzie część stresorów jest nieodwracalna lub chwilowo niekontrolowana, strategie emocjonalne (np. obniżanie napięcia, porządkowanie przeżyć, akceptacja) mogą warunkować zdolność do działań zadaniowych. W praktyce interwencyjnej ochrona granic emocjonalnych wymaga elastyczności: interwent musi równolegle podejmować działania ukierunkowane na problem (np. organizacja pomocy,



koordynacja, decyzje) oraz regulować własną reakcję emocjonalną, aby nie utracić sprawczości i stabilności.

Oprócz podziału funkcjonalnego, w literaturze spotyka się typologie stylów i strategii radzenia sobie. W badaniach często przywoływany jest trójpodział na strategie: zadaniowe, emocjonalne oraz unikowe. W tym kontekście Endler i Parker - nawiązując do idei funkcji radzenia sobie - wskazują style skoncentrowane na zadaniu, na emocjach oraz na unikaniu (Endler, Parker, 1990). Styl unikowy bywa interpretowany jako redukcja efektów stresora przez odsunięcie się od problemu; podkreśla się przy tym, że unikanie może być względnie bardziej adaptacyjne przy stresorach krótkotrwałych niż w sytuacjach przewlekłych (Suls, Fletcher, 1985). Dla pracy interwencyjnej ma to znaczenie praktyczne: krótkotrwałe odsunięcie się może czasem pełnić funkcję ochronną (np. chwilowe zdystansowanie po silnym zdarzeniu), natomiast długotrwałe unikanie może sprzyjać kumulacji napięcia i utracie efektywności.

W badaniach coping bywa operacjonalizowany przy użyciu narzędzi psychometrycznych, a sposób jego pomiaru zostanie omówiony w części metodologicznej. Z perspektywy pracy interwencyjnej kluczowe jest natomiast to, czy dominują strategie sprzyjające aktywności i utrzymaniu sprawczości, czy też nasilają się wzorce ryzykowne, takie jak unikanie, wycofanie lub zaprzeczanie.

1.5.2. Regulacja emocji i dystans profesjonalny

Regulacja emocji stanowi drugi - obok copingu - kluczowy filar ochrony granic emocjonalnych w pracy interwencyjnej. Współczesne ujęcia podkreślają, że ludzie mogą wpływać na przebieg emocji, zamiast jedynie biernie ich doświadczać. W literaturze wskazuje się, że współczesne badania nad regulacją emocji wyrosły m.in. z tradycji badań nad stresem i copingiem (Lazarus & Folkman, 1984) oraz od lat 90. regulacja emocji rozwija się jako odrębne pole badawcze (Gross & Muñoz, 1995; Thompson, 1994). Regulacja emocji (emotion regulation; ER) dotyczy prób wpływania na emocje rozumiane jako stany ograniczone w czasie, zależne od sytuacji oraz nacechowane walencyjnie (pozytywnie lub negatywnie). Co istotne, ER nie ogranicza się do obniżania emocji negatywnych: obejmuje zarówno podwyższanie, jak i obniżanie emocji pozytywnych i negatywnych zgodnie z celami regulacyjnymi. Proces ten może mieć charakter świadomy i celowy, ale może też zachodzić implicytnie, poza świadomością (Braunstein, Gross, & Ochsner, 2017; Koole, Webb, & Sheeran, 2015).

Jednym z najbardziej uporządkowanych schematów teoretycznych jest model procesu regulacji emocji (Gross, 2015), który opisuje pięć rodzin strategii interweniujących na różnych etapach generowania emocji: wybór sytuacji (situation selection), modyfikację sytuacji



(situation modification), rozmieszczenie uwagi (attentional deployment), zmianę poznawczą (cognitive change) oraz modulację reakcji (response modulation). Model ten pozwala uchwycić, że profesjonalny dystans nie jest pojedynczą techniką, lecz wynikiem sekwencji działań regulacyjnych: interwent może ograniczać ekspozycję na określone bodźce (wybór sytuacji), modyfikować warunki rozmowy (modyfikacja sytuacji), kierować uwagę na elementy zadaniowe (rozmieszczenie uwagi), reinterpretować znaczenie zdarzeń (zmiana poznawcza) oraz regulować ekspresję i reakcje fizjologiczne (modulacja reakcji). Dodatkowo Gross opisuje cykl regulacji obejmujący identyfikację potrzeby regulacji, selekcję strategii, implementację oraz monitorowanie efektu (Gross, 2015). Ma to szczególne znaczenie w interwencji kryzysowej, gdzie wysoka intensywność emocji i zmienność warunków wymagają elastycznego doboru strategii regulacyjnych.

Na poziomie praktyki zawodowej regulacja emocji wiąże się z napięciem między empatią i autentycznością a koniecznością utrzymania dystansu chroniącego pomocnika przed przeciążeniem. W tym miejscu przydatna jest kategoria pracy emocjonalnej, czyli regulowania własnych emocji oraz sposobu ich okazywania w taki sposób, aby odpowiadały normom i oczekiwaniom wynikającym z roli zawodowej (Brotheridge & Grandey, 2002). Wskazuje się, że pracodawcy oczekują okazywania stosownych emocji, a pracownicy regulują je na dwa podstawowe sposoby: poprzez pracę emocjonalną płytką oraz głęboką. Praca emocjonalna płytka polega na kontroli ekspresji (np. uśmiech mimo złego nastroju), co sprzyja napięciu wynikającemu z nieautentyczności i tłumienia uczuć (Brotheridge & Grandey, 2002). Praca emocjonalna głęboka dotyczy modyfikacji wewnętrznych uczuć tak, aby były zgodne z wymaganiami roli, co może obniżyć dysonans i prowadzić do poczucia skuteczności (Szczygieł et al., 2009). Tego rodzaju ujęcie stanowi pomost do rozumienia profesjonalnego dystansu: dystans nie oznacza braku empatii, lecz świadome zarządzanie własnym doświadczeniem emocjonalnym i ekspresją, tak aby utrzymać możliwość udzielania skutecznej pomocy.

Wysokie wymagania emocjonalne pracy z ludźmi i konieczność radzenia sobie z negatywnymi emocjami klientów są opisywane jako istotny czynnik ryzyka wypalenia zawodowego; podkreślano to m.in. w analizach ryzyka w kontekście zmieniającego się świata pracy (EU-OSHA, 2007) oraz w danych dotyczących warunków pracy w Europie (Eurofund, 2017). Wskazuje się, że sektory związane z pracą z klientem - w tym administracja publiczna, szkolnictwo i służba zdrowia - charakteryzują się wysoką częstością sytuacji wymagających ukrywania uczuć oraz uczestnictwa w zdarzeniach powodujących dyskomfort emocjonalny, co jest bezpośrednio powiązane z pracą emocjonalną. W kontekście interwencji kryzysowej oznacza to, że profesjonalny dystans jest elementem ochrony granic: umożliwia podtrzymanie



jakości kontaktu i decyzji, a równocześnie ogranicza ryzyko przejmowania emocji klienta w stopniu destabilizującym funkcjonowanie specjalisty.

Regulację emocji i profesjonalny dystans można więc opisać jako dwie współzależne warstwy samoregulacji. Regulacja emocji dotyczy mechanizmów wpływania na przebieg emocji (w tym poznawczych i behawioralnych), natomiast profesjonalny dystans odnosi się do sposobu organizowania relacji pomocowej tak, aby zachować empatyczną obecność przy jednoczesnym utrzymaniu granic odpowiedzialności i obciążenia. Tak rozumiane strategie stanowią fundament ochrony przed przeciążeniem oraz umożliwiają długofalowe utrzymanie efektywności zawodowej.

1.5.3. Superwizja i wsparcie jako czynniki ochronne

Ochrona granic emocjonalnych w pracy interwencyjnej nie powinna być redukowana do odpowiedzialności jednostki, ponieważ nawet najlepiej rozwinięte strategie radzenia sobie i regulacji emocji mogą okazać się niewystarczające w sytuacji chronicznego przeciążenia, braku standardów pracy, izolacji zespołowej oraz ograniczonego dostępu do konsultacji. Z tego względu w literaturze podkreśla się rolę czynników organizacyjnych i społecznych jako zasobów ochronnych: superwizji, wsparcia zespołowego oraz możliwości konsultowania trudnych przypadków.

Superwizja służy nie tylko doskonaleniu kompetencji zawodowych, lecz także regulacji obciążenia psychicznego. Wspiera porządkowanie doświadczeń emocjonalnych, pomaga normalizować reakcje oraz sprzyja utrzymaniu adekwatnych granic odpowiedzialności. W praktyce oznacza to stworzenie przestrzeni, w której interwent może przyjrzeć się własnym reakcjom, omówić sytuacje szczególnie obciążające, a także uzyskać wsparcie w zakresie decyzji i sposobu prowadzenia kontaktu pomocowego. Superwizja umożliwia również identyfikowanie wzorców ryzykownych, takich jak nadmierne poczucie odpowiedzialności, trudność w kończeniu kontaktu, skłonność do ratowania za wszelką cenę czy też uporczywe przeżywanie emocji klienta po zakończonej interwencji. W tym sensie pełni ona funkcję regulacji granic: pomaga utrzymać równowagę między zaangażowaniem a dystansem.

Ważnym wątkiem jest także społeczny wymiar radzenia sobie. W nowszych ujęciach zwraca się uwagę, że coping nie musi mieć wyłącznie charakteru indywidualnego - może być podejmowany zbiorowo przez pary, grupy czy całe społeczności, a wsparcie społeczne stanowi istotny komponent procesu radzenia sobie (Folkman & Moskowitz, 2004; Hobfoll, 2006). Z perspektywy zespołów interwencyjnych oznacza to, że zasoby ochronne są wytwarzane w relacji: poprzez wymianę doświadczeń, współodpowiedzialność, możliwość dzielenia się



trudnymi emocjami oraz wzajemne monitorowanie obciążenia. Wsparcie zespołowe ogranicza ryzyko izolacji emocjonalnej, która sprzyja kumulacji stresu oraz nasileniu strategii nieadaptacyjnych (np. wycofania czy zaprzeczania).

Szczególne znaczenie superwizji i wsparcia zespołowego ujawnia się w pracy z traumą i kryzysem, gdzie wzrasta ryzyko wtórnego obciążenia emocjonalnego. W tym kontekście przydatne jest ujęcie określane jako wsparcie dla wspierających, akcentujące potrzebę systemowych form ochrony i regeneracji osób udzielających pomocy. Na tę potrzebę trafnie odpowiada już sam tytuł publikacji Rothschild „Wsparcie dla wspierających” (Rothschild, 2024), która koncentruje uwagę na warunkach podtrzymywania zdolności do empatycznej pracy bez nadmiernych kosztów dla dobrostanu profesjonalisty. Zjawisko to akcentują, że koszt pracy pomocowej wymaga systemowych zabezpieczeń, a ochrona jakości pomocy jest nierozdzielna z ochroną kondycji osoby wspierającej. W ujęciu tym strategie regulacyjne nie dotyczą jedynie samokontroli, lecz obejmują również organizację pracy w sposób umożliwiający odzyskiwanie równowagi: konsultacje, przerwy regeneracyjne, dzielenie się odpowiedzialnością, a także kulturę pracy dopuszczającą omawianie obciążenia. Warto zauważyć, że pewne formy regulacji w relacji pomocowej mogą działać ochronnie także dla profesjonalisty: przykładowo, regulowanie pobudzenia i emocji klienta może pośrednio zmniejszać przeżycia emocjonalne interwenta, ponieważ ogranicza eskalację kontaktu i pozwala utrzymać ramy profesjonalne (Rothschild, 2024).

W praktyce interwencyjnej wsparcie systemowe można ujmować jako zestaw warunków, które podtrzymują indywidualne strategie samoregulacji. Jeżeli praca emocjonalna jest wpisana w role usługowe i pomocowe, a wysokie wymagania emocjonalne stanowią istotny czynnik ryzyka, to dostęp do superwizji, konsultacji i wsparcia zespołowego staje się elementem higieny zawodowej, a nie przywilejem. W konsekwencji granice emocjonalne nie są jedynie umiejętnością interwenta, lecz rezultatem interakcji między zasobami osobistymi (coping, regulacja emocji, elastyczność strategii) a zasobami organizacyjnymi (standardy, superwizja, zespół, możliwość konsultacji).

Strategie ochrony granic i samoregulacji emocjonalnej można uporządkować w trzech uzupełniających się wymiarach. Po pierwsze, coping jako dynamiczny proces regulacji stresu pozwala rozumieć, w jaki sposób interwent reaguje na wymagania sytuacji i jakie strategie mogą wspierać lub osłabiać ochronę granic (Lazarus, Folkman, 1984; za: Heszen, Sęk, 2007). Po drugie, regulacja emocji - opisana m.in. w modelu procesu Grossa (2015) - wyjaśnia mechanizmy, dzięki którym możliwe jest utrzymanie profesjonalnego dystansu bez rezygnacji z empatii. Po trzecie, superwizja i wsparcie zespołowe wzmacniają zasoby ochronne,



normalizują reakcje emocjonalne i korygują granice odpowiedzialności, co jest szczególnie ważne w pracy z kryzysem i traumą. Tak ujęty model wielopoziomowy stanowi ramę dla dalszych analiz empirycznych.

1.6. Dobrostan psychiczny specjalistów interwencji kryzysowej

Dobrostan psychiczny (wellbeing) stanowi użyteczną kategorię opisu funkcjonowania w zawodach pomocowych, ponieważ przesuwając punkt ciężkości z perspektywy skoncentrowanej na symptomach na analizę jakości życia i funkcjonowania, obejmując subiektywną ocenę życia oraz codzienne funkcjonowanie emocjonalne i społeczne (Diener, 1984; Ryff, 1989). W literaturze wyróżnia się dwa dominujące sposoby ujmowania dobrostanu. Ujęcie hedonistyczne koncentruje się na subiektywnym dobrostanie, ujmowanym jako satysfakcja z życia i bilans emocji. Ujęcie eudajmonistyczne podkreśla natomiast dobrostan psychologiczny, rozumiany przez pryzmat sensu, rozwoju oraz realizacji wartości i potencjału jednostki (Ryan & Deci, 2001). W odniesieniu do pracy interwencyjnej oba wymiary są istotne: z jednej strony liczy się bieżąca kondycja emocjonalna i zdolność do regeneracji, z drugiej - poczucie sensu pracy, zgodność działań z wartościami i doświadczenie sprawczości w granicach realnych możliwości systemu.

W zawodach opartych na relacji dobrostan jest silnie powiązany z warunkami pracy: intensywnością kontaktu, presją odpowiedzialności, ograniczoną kontrolą nad dalszym przebiegiem spraw oraz dostępnością wsparcia. Dlatego trafne jest ujmowanie dobrostanu jako rezultatu równowagi między wymaganiami a zasobami (np. wsparciem zespołowym, autonomią, jasnymi standardami), co jest spójne zarówno z podejściami stresu zawodowego, jak i modelami zasobów pracy (Karasek, 1979; Bakker, Demerouti, 2014). W praktyce interwencji kryzysowej dobrostan pełni funkcję „warunku brzegowego” jakości pomocy: sprzyja stabilnej obecności, trafniejszej ocenie ryzyka i mniejszej skłonności do reakcji kompensacyjnych (np. ratownictwa, przejmowania odpowiedzialności), które wcześniej zostały opisane jako mechanizmy naruszania granic.

Obniżony dobrostan bywa konsekwencją przewlekłego przeciążenia emocjonalnego i deficytów regeneracji. W tym sensie jest on zbieżny z dynamiką zjawisk omawianych w rozdz. 1.4 (zmęczenie współczuciem, STS i wypalenie): narastające wyczerpanie obniża zasoby samoregulacji, sprzyja dystansowaniu się i spadkowi poczucia skuteczności (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Dobrostan jest wrażliwym wskaźnikiem tego, jak długotrwałe obciążenia i warunki organizacyjne przekładają się na zdolność do utrzymania jakości kontaktu pomocowego.



Uwarunkowania dobrostanu specjalistów interwencji kryzysowej mają charakter jednocześnie indywidualny i systemowy, a centralną rolę łączącą oba poziomy odgrywa świadomość granic. Po stronie indywidualnej znaczenie mają kompetencje samoregulacji (regulacja emocji, elastyczne strategie radzenia sobie, realistyczna ocena odpowiedzialności), natomiast po stronie organizacyjnej - wsparcie społeczne i profesjonalne (konsultacje, superwizja, kultura pracy dopuszczająca omawianie obciążenia), które działają buforująco wobec stresu (House, 1981). W tym ujęciu granice emocjonalne i praktyki samoregulacji nie są jedynie ochroną przed przeciążeniem, ale też warunkiem podtrzymywania dobrostanu rozumianego pozytywnie: jako zdolność do trwałego, odpowiedzialnego pomagania przy zachowaniu poczucia sensu i stabilności psychicznej.

1.6.1. Dobrostan jako kategoria opisu funkcjonowania w zawodach pomocowych

Dobrostan (wellbeing) stanowi we współczesnej psychologii jedną z kluczowych kategorii opisu jakości życia i funkcjonowania jednostki, szczególnie w kontekście psychologii pozytywnej. W literaturze podkreśla się dynamiczny rozwój koncepcji dobrostanu, obejmujący zarówno porządkowanie terminologii, jak i rozwój narzędzi pomiarowych oraz badań empirycznych (por. Compton, Hoffman, 2013; Lopez, Snyder, 2011; Seligman, 2011a). Dobrostan ujmuje się jako złożony konstrukt obejmujący ocenę życia oraz funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze i społeczne. W sensie historycznym warto zauważyć, że termin wellbeing pojawił się już w definicji zdrowia sformułowanej przez Światową Organizację Zdrowia, ujmującej zdrowie jako stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie brak choroby (WHO, 1948). Jednak dopiero rozwój psychologii pozytywnej wyraźnie zwiększył zainteresowanie dobrostanem jako ważnym elementem zdrowia i dobrego życia (Diener, Lucas, Oishi, 2002; Seligman, 2002; Trzebińska, 2008; Karaś, 2019). Choć w dalszej części przywołano również dane z obszaru zawodów medycznych, mają one charakter ilustracyjny: mechanizmy dobrostanu i przeciążenia są w dużej mierze wspólne dla profesji pomocowych, w tym interwencji kryzysowej.

W ujęciach teoretycznych dobrostan bywa wiązany z pojęciem szczęścia, przy czym relacja tych kategorii jest niejednoznaczna. Część autorów traktowała dobrostan psychiczny jako synonim szczęścia w badaniach empirycznych (Czapiński, 1994), inni zwracali uwagę na tendencję do ujmowania dobrostanu w sposób, który odróżnia go od wąsko rozumianego szczęścia (Bradburn, 1969; Ryff, 1989; Seligman, 2011). Jednym z najczęściej stosowanych wskaźników poznawczego komponentu dobrostanu jest satysfakcja z życia, mierzona m.in.



Skalą Satysfakcji z Życia (SWLS), która opiera się na samoopisowej ocenie globalnej jakości własnego życia (Diener et al., 1985; Pavot, Diener, 2008).

Na gruncie zawodów pomocowych dobrostan nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ praca ta jest silnie osadzona w relacjach, odpowiedzialności i stałej ekspozycji na trudne emocje. Z perspektywy kontinuum zdrowia psychicznego dobrostan nie ogranicza się do ujęcia skoncentrowanego na symptomach, lecz oznacza dodatni stan obejmujący pozytywne emocje oraz pozytywne funkcjonowanie (Jahoda, 1958; U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Keyes, 2002). Tak rozumiane ujęcie umożliwia opisywanie funkcjonowania jednostki w sposób szerszy niż w kategoriach psychopatologii, uwzględniając jakość relacji, poczucie sensu i sprawstwa (Keyes, 2002). Jest to szczególnie użyteczne w analizie pracy pomocowej: granice zarówno intrapsychiczne, jak i interpersonalne można traktować nie tylko jako mechanizm ochrony przed dekompensacją, lecz także jako warunek podtrzymywania pozytywnego funkcjonowania, jakości relacji oraz sensu wykonywanej pracy.

W obszarze zawodów medycznych i pomocowych jakość pełnienia roli zawodowej jest silnie powiązana z wartościami, jakie jednostka nadaje pracy, oraz z poczuciem sensowności działań podejmowanych wobec pacjentów (por. Bartkowiak, 2009; Leiter, Maslach, 2001). W pracy lekarzy i pielęgniarek podkreśla się znaczenie obciążenia pracą, poziomu kontroli i decyzyjności, relacji w zespole, uznania i systemu nagradzania oraz poczucia przynależności do kręgu zawodowego (por. Tobiasz-Adamczyk, Bajka, Marmon, 1996; Bartkowiak, 2009; Leiter, Maslach, 2001). W konsekwencji dobrostan w tej grupie zawodowej można rozumieć jako rezultat równowagi pomiędzy wymaganiami a zasobami: zarówno osobistymi (np. kompetencje emocjonalne), jak i organizacyjnymi (np. wsparcie, warunki pracy).

Istotnym mechanizmem wiążącym dobrostan z obciążeniami pracy pomocowej jest regulacja emocji. Dobrostan, rozumiany jako poznawcza i emocjonalna ocena życia, współwystępuje z zasobami sprzyjającymi efektywnemu radzeniu sobie: pozytywną samooceną, stabilnością emocjonalną, niższym poziomem lęku i depresji oraz skuteczniejszymi strategiami radzenia sobie ze stresem (por. przegląd badań Wojciszke, 2003; Porębiak, 2005; Myers, 2000 za: Jach 2013). Osoby o wyższym dobrostanie mogą dysponować większą zdolnością do podtrzymywania stabilności emocjonalnej w warunkach chronicznych stresorów, co zmniejsza ryzyko przeciążenia i wtórnych kosztów emocjonalnych. Jednocześnie część danych wskazuje, że specyficzne cechy tożsamości i granic interpersonalnych mogą wiązać się z odmiennym profilem dobrostanu (np. relacyjny komponent satysfakcji z życia), co jest istotne w zawodach, gdzie bliskość i zaangażowanie stanowią podstawowe narzędzia pracy (por. Suh, Diener, Oishi i Triandis, 1998; Diener i Seligman, 2002 za: Larsen i Eid, 2008).



1.6.2. Obniżony dobrostan jako efekt przeciążenia: mechanizm i objawy

Obniżenie dobrostanu w zawodach pomocowych bywa konsekwencją chronicznego stresu zawodowego, przeciążenia emocjonalnego oraz deficytów regeneracji. Literatura wskazuje, że w analizie tego procesu konieczne jest uwzględnianie uwarunkowań organizacyjno-strukturalnych, ponieważ przeciążenie rzadko wynika wyłącznie z czynników jednostkowych, a częściej stanowi efekt długotrwałej ekspozycji na wysokie wymagania przy niewystarczających zasobach (por. Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Wilczek-Rużyczka, 2008). W obszarze opieki zdrowotnej dodatkowym czynnikiem ryzyka są specyficzne stresory pracy z pacjentem: odpowiedzialność, świadomość konsekwencji błędów, konfliktowość roli, kontakt z cierpieniem i śmiercią, presja czasowa oraz złożoność relacji w zespole (por. Anczewska, 2006; Beisert, 2004; Wilczek-Rużyczka, 2008).

Wyczerpanie emocjonalne oznacza poczucie nadmiernego obciążenia i wyczerpania zasobów emocjonalnych i fizycznych; jest najsilniej związane z przeciążeniem pracą, brakiem wsparcia społecznego oraz trudnościami w realizacji roli zawodowej (van DierenDonck, Schaufeli, Sixma, 2004).

Wnioski z badań nad wypaleniem w zawodach medycznych są istotne także dla interwencji kryzysowych, ponieważ dotyczą pracy relacyjnej, presji odpowiedzialności i ekspozycji na cierpienie. W badaniach prowadzonych wśród lekarzy i pielęgniarek wypalenie jest traktowane jako istotny problem, zgodny z wynikami innych analiz w tej grupie zawodowej (por. Anczewska, 2006; Sęk, red., 2004; Wilczek-Rużyczka, 2008). Rola zawodowa lekarzy i pielęgniarek, choć podobna w zakresie podstawowego ukierunkowania na pacjenta, różni się m.in. poziomem kontroli i decyzyjności, statusem zawodowym, oczekiwaniami społecznymi oraz ambiwalencją roli (por. Jackson, Schuler, 1983; GarMan, Leach, Spector, 2006; Wilczek-Rużyczka, 2008). Wskazuje się również, że w niektórych grupach (np. młodzi stażem lekarze rezydenci) szczególnie wysokie nasilenie wyczerpania emocjonalnego może wiązać się z niską sprawczością, wysokimi wymaganiami moralnymi, dużym zaangażowaniem oraz narastającym rozczarowaniem w konfrontacji z realiami pracy (por. Tobiasz-Adamczyk et al., 1996; ThoMas, 2004; Wilczek-Rużyczka, 2008).

W konsekwencji przeciążenie i wypalenie wiążą się nie tylko ze spadkiem satysfakcji i pogorszeniem nastroju, lecz także z pogorszeniem jakości relacji z odbiorcami pomocy i zespołem oraz spadkiem efektywności działania, co w zawodach pomocowych ma wymiar szczególnie krytyczny ze względu na możliwe konsekwencje dla osób korzystających ze wsparcia. W tym kontekście granice (psychiczne, emocjonalne i organizacyjne) mogą pełnić



funkcję bufora: wspierają regenerację, ograniczają kumulację obciążeń i pomagają utrzymać jakość relacji pomocowej.

1.6.3. Uwarunkowania dobrostanu: czynniki indywidualne i organizacyjne oraz świadomość granic

Dobrostan w zawodach pomocowych jest determinowany zarówno przez czynniki indywidualne, jak i organizacyjne, a jego utrzymanie wymaga integracji zasobów osobistych z warunkami środowiska pracy. Po stronie indywidualnej istotne są względnie trwałe predyspozycje i zasoby sprzyjające regulacji emocji oraz adaptacji do stresu. Wskazuje się, że dobrostan współwystępuje m.in. z wyższą stabilnością emocjonalną, poczuciem kontroli, skuteczniejszymi strategiami radzenia sobie oraz pozytywną samooceną, która pełni funkcję ochronną wobec negatywnych zdarzeń (por. Wojciszke, 2003; Porębiak, 2005; Myers, Sweeney i Witmer, 2000; Mann et al., 2004). W praktyce zawodowej oznacza to, że kompetencje emocjonalne i regulacyjne (np. zdolność rozpoznawania i modulowania własnych stanów, tolerancja obciążenia, realistyczna ocena odpowiedzialności) stanowią istotny zasób, ograniczający ryzyko przeciążenia i sprzyjający utrzymaniu satysfakcji z pracy. Jednocześnie nie należy redukować dobrostanu do cech osobowościowych: nawet wysoki poziom zasobów osobistych może zostać zużyty w warunkach długotrwałego niedoboru wsparcia i chronicznej presji.

Po stronie organizacyjnej kluczowe znaczenie mają warunki pracy, wsparcie zespołowe, kultura organizacyjna oraz rozwiązania strukturalne ograniczające przeciążenie. Analizy wypalenia zawodowego wprost wskazują na znaczenie czynników takich jak przepracowanie, konflikty w rolach, brak wsparcia społecznego, ograniczona decyzyjność i kontrola oraz niedopasowanie wymagań do zasobów (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; van DierenDonck, Schaufeli, Sixma, 2004; Wilczek-Rużyczka, 2008). W ochronie zdrowia znaczenie mają także docenianie ról, prestiż oraz adekwatne wynagrodzenie, które wpływają na satysfakcję z pracy i poczucie sensu. (por. Bartkowiak, 2009; Leiter, Maslach, 2001). Z perspektywy jakości pomagania organizacja pracy wpływa nie tylko na „wynik” (np. poziom zmęczenia), lecz także na proces relacyjny: trwałe przeciążenie sprzyja dystansowaniu się od pacjenta, a deficyt wsparcia w zespole zwiększa ryzyko izolacji i narastania cynizmu.

Szczególną kategorią łączącą poziom indywidualny i organizacyjny są granice, rozumiane jako zdolność do podtrzymywania funkcjonalnego dystansu oraz do zarządzania zaangażowaniem w relacje pomocowe. W zawodach opartych na relacji (np. psychoterapia) podkreśla się, że jakość procesu pomagania zależy nie tylko od metod i wiedzy, ale także od



cech i predyspozycji osoby pomagającej oraz od warunków procesu, w tym emocji i postaw w relacji. W tym ujęciu granice są praktycznym sposobem dbania o własną gotowość do pracy w zawodach pomocowych. Pomagają utrzymać zaangażowanie bez przeciążenia, wyznaczają poziom dostępności emocjonalnej i czasowej oraz wspierają długofalową skuteczność w pracy. Co istotne, granice nie są wyłącznie mechanizmem buforującym skutki przeciążenia, lecz wspierają utrzymanie długofalowej efektywności i jakości relacji pomocowej (U.S. Department of Health and Human Services, 1999; Keyes, 2002). W konsekwencji świadomość granic oraz umiejętność ich wdrażania (zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i systemowym) staje się istotnym czynnikiem ochronnym dobrostanu, a zarazem warunkiem jakości pomagania w środowiskach o wysokim natężeniu stresorów.



Rozdział 2. Metodologia badań

2.1. Cel i przedmiot badań

Celem badania było rozpoznanie, w jaki sposób specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej. Przedmiotem analizy były subiektywne znaczenia nadawane granicom emocjonalnym, okoliczności ich naruszania oraz strategie ich ochrony w kontekście obciążenia emocjonalnego wynikającego z pracy z osobami w kryzysie.

Cele szczegółowe obejmowały:

- 1) opis sposobów rozumienia granic emocjonalnych przez interwentów kryzysowych,
- 2) identyfikację czynników sprzyjających rozmywaniu lub przekraczaniu granic w pracy pomocowej,
- 3) rozpoznanie subiektywnych oznak przeciążenia emocjonalnego,
- 4) analizę strategii radzenia sobie wykorzystywanych w celu ochrony granic emocjonalnych.

Podjęta problematyka jest istotna z uwagi na ryzyko wtórnego obciążenia emocjonalnego w pracy pomocowej oraz jego potencjalny wpływ na dobrostan interwentów i jakość udzielanego wsparcia, a także na znaczenie higieny emocjonalnej jako elementu profesjonalnego funkcjonowania w zawodach pomocowych.

Przyjęty cel badania stanowił podstawę do sformułowania problematyki badawczej, obejmującej pytanie główne oraz szczegółowe wymiary analityczne odnoszące się do kluczowych aspektów analizowanego zjawiska.

2.2. Problematyka badawcza

Problematyka badawcza została sformułowana w sposób eksploracyjny, aby uchwycić złożoność zjawiska granic emocjonalnych w pracy interwenta kryzysowego. Pytanie główne miało charakter szeroki i obejmowało zarówno indywidualne rozumienie granic, jak i sytuacje ich naruszania, konsekwencje psychologiczne oraz strategie radzenia sobie.

Pytanie główne:

Jak specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej?

Z tego problemu wynikają następujące pytania szczegółowe:



- P1 Jak badani rozumieją i definiują granice emocjonalne w pracy interwencyjnej oraz po jakich wskaźnikach rozpoznają, że granice są utrzymane, a po jakich - że ulegają rozmyciu?
- P2 Jakie sytuacje zawodowe w interwencji kryzysowej badani wskazują jako najczęściej testujące lub naruszające granice emocjonalne?
- P3 Jakie mechanizmy prowadzą do naruszania granic oraz jakie konsekwencje psychologiczne badani wiążą z doświadczeniem naruszonych granic?
- P4 Jakie sygnały ostrzegawcze przeciążenia (somatyczne, emocjonalne, poznawcze oraz behawioralne) towarzyszą naruszaniu granic i w jaki sposób są one identyfikowane w toku dyżuru oraz po jego zakończeniu?
- P5 Jakie strategie radzenia sobie i regulacji emocji są stosowane w trakcie dyżuru oraz po dyżurze w celu ochrony granic emocjonalnych i domykania obciążenia?
- P6 Jakie czynniki zespołowe i organizacyjne (m.in. procedury, dostęp do konsultacji i superwizji, warunki pełnienia dyżuru) badani postrzegają jako czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne w utrzymaniu granic emocjonalnych?
- P7 W jaki sposób narracje badanych odnoszą się do wyników narzędzi kwestionariuszowych (PES, SWLS, COPE - wersja pełna), traktowanych jako kontekst interpretacyjny, a nie podstawa diagnozy?
- P8 Jakie rekomendacje dotyczące praktyki własnej oraz organizacji pracy dyżuru badani formułują na podstawie swoich doświadczeń?

Wyodrębniono wymiary analityczne dotyczące granic emocjonalnych w pracy interwencyjnej. Były one podstawą scenariusza wywiadu i pomagały w kodowaniu oraz wyodrębnianiu tematów w analizie tematycznej. Pytania szczegółowe korespondują z wyodrębnionymi wymiarami analitycznymi (A-H) oraz organizują strukturę analizy jakościowej. Wybrane wymiary analityczne powiązано dodatkowo z konstruktami empatii (PES), dobrostanu psychicznego (SWLS) oraz strategii radzenia sobie (COPE, wersja pełna), co umożliwiło pogłębioną interpretację wypowiedzi uczestników.

Wymiary analityczne (bloki tematyczne A-H):

- A. Rozumienie i znaczenia granic emocjonalnych
- B. Sytuacje zawodowe wymagające ochrony granic
- C. Mechanizmy naruszania granic i moment „przekroczenia”
- D. Doświadczenie naruszonych granic i sygnały przeciążenia
- E. Strategie radzenia sobie i ochrona granic



- F. Czynniki ochronne i czynniki ryzyka w utrzymaniu granic
- G. Granice emocjonalne a dobrostan i funkcjonowanie psychiczne
- H. Rozwój granic, poczucie skuteczności i rekomendacje

Sformułowana problematyka badawcza wyznaczyła dobór metody oraz sposób pozyskiwania danych, opisane w kolejnej części rozdziału.

2.3. Metoda badawcza i technika - wywiad pogłębiony

W badaniu zastosowano podejście jakościowe, wykorzystując wywiad pogłębiony jako podstawową technikę pozyskiwania danych. Metoda ta umożliwia analizę doświadczeń z perspektywy osób badanych, w tym sposobów interpretacji sytuacji zawodowych, przeżyć emocjonalnych oraz indywidualnych strategii regulacji emocji.

Wybór wywiadu pogłębionego był uzasadniony subiektywnym i dynamicznym charakterem badanego zjawiska. Granice emocjonalne ujawniają się w narracjach dotyczących znaczeń, relacji z klientami oraz sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, co przemawia za jakościową strategią badawczą.

Wywiady miały charakter półustrukturyzowany i były prowadzone w oparciu o scenariusz obejmujący bloki tematyczne A-H. W trakcie rozmów stosowano pytania pogłębiające (np. prośby o przykłady, doprecyzowania, dopytywanie o kontekst sytuacyjny i konsekwencje emocjonalne) w celu lepszego zrozumienia perspektywy uczestników. Wywiady przeprowadzono w warunkach zapewniających poufność, w sali superwizyjnej. Za zgodą uczestników rozmowy były rejestrowane, a następnie zabezpieczane na dysku chronionym hasłem; transkrypcję materiału wykonano dnia 30.01.2026 roku.

Uczestnictwo w badaniu było dobrowolne. Osoby badane zostały poinformowane o celu badania, sposobie wykorzystania danych oraz możliwości rezygnacji na każdym etapie bez podawania przyczyny. Zadbane o anonimowość uczestników poprzez usunięcie danych identyfikujących oraz zastosowanie pseudonimów/oznaczeń w transkrypcjach. Szczegółowy scenariusz wywiadu został zamieszczony w Załączniku 1.

Oprócz wywiadu pogłębionego, w badaniu zastosowano także narzędzia pomocnicze, które posłużyły do uzupełnienia opisu funkcjonowania emocjonalnego badanych.

2.4. Narzędzia pomocnicze badania

W badaniu wykorzystano narzędzia pomocnicze w postaci kwestionariuszy psychologicznych: The Perth Empathy Scale (PES), Skalę Satysfakcji z Życia (SWLS) oraz



Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE (wersja pełna) (Załączniki 2-4). Ich zastosowanie miało na celu uzupełnienie materiału jakościowego oraz pogłębienie interpretacji narracji uczestników w zakresie empatii, dobrostanu oraz strategii radzenia sobie. Kwestionariusze nie stanowiły podstawy diagnozy, lecz pełniły funkcję uzupełniającą wobec wywiadu.

2.4.1. The Perth Empathy Scale (PES)

The Perth Empathy Scale (PES) jest kwestionariuszem samoopisowym służącym do pomiaru empatii jako konstruktów wielowymiarowych. Skala obejmuje komponent empatii poznawczej oraz empatii afektywnej i umożliwia różnicowanie reaktywności wobec emocji pozytywnych i negatywnych. W badaniu PES wykorzystano jako narzędzie pomocnicze wspierające interpretację wypowiedzi dotyczących granic emocjonalnych, w szczególności w obszarze reaktywności emocjonalnej oraz sposobów przeżywania emocji innych osób w kontekście pracy pomocowej.

2.4.2. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)

Skala Satysfakcji z Życia (Satisfaction With Life Scale - SWLS) jest jednym z najczęściej stosowanych narzędzi służących do oceny ogólnej, subiektywnej satysfakcji z życia jako poznawczego komponentu dobrostanu. Skala została opracowana w celu umożliwienia badaczom oraz praktykom klinicznym szybkiej oceny globalnego poziomu zadowolenia z życia, przy jednoczesnym pozostawieniu osobie badanej swobody w zakresie tego, jakie obszary życia uwzględni w formułowanej ocenie. Oznacza to, że SWLS nie koncentruje się na specyficznych dziedzinach funkcjonowania (np. zdrowiu, sytuacji materialnej czy relacjach), lecz pozwala na holistyczną ocenę, wynikającą z indywidualnych kryteriów i hierarchii wartości.

SWLS składa się z pięciu stwierdzeń, do których respondent ustosunkowuje się na siedmiostopniowej skali Likerta (od 1 - „zdecydowanie się nie zgadzam” do 7 - „zdecydowanie się zgadzam”). Wynik ogólny stanowi sumę punktów uzyskanych w poszczególnych pozycjach i mieści się w przedziale od 5 do 35 punktów, gdzie wyższe wartości wskazują na wyższą satysfakcję z życia.

W interpretacji wyniku ogólnego można posługiwać się przedziałami opisowymi:

- **5-9** - bardzo niska satysfakcja z życia,
- **10-14** - niska satysfakcja z życia,
- **15-19** - umiarkowana satysfakcja z życia,



- **20-24** - umiarkowanie wysoka satysfakcja z życia,
- **25-29** - wysoka satysfakcja z życia,
- **30-35** - bardzo wysoka satysfakcja z życia.

Do głównych zalet SWLS należy jej zwięzłość, prostota oraz szeroka użyteczność w różnych populacjach. Skala znajduje zastosowanie zarówno w badaniach naukowych nad dobrostanem, jak i w praktyce klinicznej (np. do monitorowania zmian w przebiegu interwencji psychologicznych).

W niniejszym badaniu SWLS wykorzystano jako narzędzie pomocnicze pozwalające osadzić narracje uczestników w szerszym kontekście dobrostanu oraz analizować, w jaki sposób utrzymywanie bądź naruszanie granic emocjonalnych wiąże się z subiektywną oceną jakości życia.

2.4.3. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE

W badaniu wykorzystano Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik (2009). Narzędzie służy do opisu sposobów radzenia sobie ze stresem, rozumianych jako strategie podejmowane w sytuacjach trudnych. Kwestionariusz obejmuje 60 stwierdzeń samoopisowych, do których osoba badana ustosunkowuje się na czterostopniowej skali odpowiedzi (od „prawie nigdy tak nie postępuję” do „prawie zawsze tak postępuję”).

COPE umożliwia identyfikację wielu strategii radzenia sobie, m.in. aktywnego radzenia sobie, planowania, poszukiwania wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego, zwrotu ku religii, pozytywnego przewartościowania i rozwoju, powstrzymywania się od działań, akceptacji, koncentracji na emocjach i ich wyładowania, zaprzeczania, odwracania uwagi, używania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych oraz wykorzystywania poczucia humoru. Strategie te mogą być ujmowane również w szerszych kategoriach, takich jak strategie skoncentrowane na problemie, zachowania unikowe oraz strategie związane z poszukiwaniem wsparcia i koncentracją na emocjach; skala akceptacji bywa rozpatrywana odrębnie. Juczyński, Z., & Ogińska-Bulik, N. (2009). *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

W niniejszym badaniu COPE pełnił funkcję narzędzia pomocniczego wobec wywiadu pogłębionego. Zastosowanie kwestionariusza umożliwiło porządkowanie deklarowanych przez uczestników sposobów ochrony granic emocjonalnych oraz odnoszenie ich do szerszych wzorców radzenia sobie ze stresem. Wyniki COPE wykorzystywano jako kontekst



interpretacyjny w analizie wątków dotyczących strategii regulacji emocji i obciążenia pracą, a nie jako podstawę do wnioskowania diagnostycznego.

Zastosowana metoda oraz narzędzia pomocnicze wymagały określenia kryteriów doboru uczestników badania, co przedstawiono w kolejnym podrozdziale.

2.5. Charakterystyka uczestników badania

W badaniu udział wzięli specjaliści interwencji kryzysowej (N=6), posiadający wykształcenie psychologiczne i doświadczenie zawodowe w pracy pomocowej z osobami w sytuacjach kryzysowych. W grupie badanej znalazły się cztery kobiety oraz dwóch mężczyzn w wieku 26-43 lat. Dobór uczestników miał charakter celowy, co pozwoliło na uwzględnienie osób, które z perspektywy zawodowej mogą opisać doświadczenie granic emocjonalnych w pracy interwencyjnej.

Kryterium włączenia do badania stanowiło wykonywanie pracy w obszarze interwencji kryzysowej, a konkretnie w ogólnopolskim telefonie wsparcia dla osób w kryzysie emocjonalnym oraz co najmniej 2 lata doświadczenia zawodowego. Staż pracy uczestników mieścił się w przedziale 2-10 lat. Dyżury były realizowane w systemie dziennym (5 godzin) oraz nocnym (8 godzin), z uwzględnieniem miesięcznego limitu wynikającego z zasad higieny i etyki pracy, nieprzekraczającego 120 godzin. Ze względu na zapewnienie anonimowości nie ujawniano szczegółowych informacji mogących umożliwić identyfikację uczestników.

Ze względu na niewielką liczebność próby oraz jakościowy charakter projektu badanie nie ma na celu uogólniania wyników na populację pracowników interwencji kryzysowej. Wnioski mają charakter interpretacyjny i odnoszą się do badanych przypadków; dane ilościowe pełnią funkcję kontekstową i wspierają triangulację sensów, a nie podstawę do wnioskowania statystycznego.

Po określeniu charakterystyki uczestników, w kolejnym podrozdziale przedstawiono procedurę badawczą, obejmującą sposób rekrutacji oraz przebieg zbierania danych.

2.6. Procedura badawcza

Badanie przeprowadzono w styczniu 2026 roku. Rekrutacja uczestników odbywała się poprzez kontakt bezpośredni. Wywiady realizowano w formie stacjonarnej w Warszawie, a ich średni czas trwania wynosił około 50-60 minut. Za zgodą uczestników rozmowy były rejestrowane, a następnie poddane transkrypcji.

Po zakończeniu wywiadu uczestnicy wypełniali kwestionariusze PES, SWLS oraz COPE (wersja pełna). Zebrane dane zostały zanonimizowane, a materiały badawcze (nagrania,



transkrypcje oraz wyniki kwestionariuszy) przechowywano na dysku zabezpieczonym hasłem, z dostępem ograniczonym wyłącznie do autorki badania.

Zgromadzony materiał empiryczny został następnie poddany analizie jakościowej, której przebieg opisano w kolejnym podrozdziale.

2.7. Sposób analizy danych

Analizę materiału jakościowego przeprowadzono w oparciu o analizę tematyczną, która umożliwia identyfikację i interpretację powtarzających się wzorców znaczeniowych w wypowiedziach uczestników. Materiał podstawowy stanowiły transkrypcje wywiadów pogłębionych.

Proces analizy obejmował: (1) wielokrotne zapoznanie się z materiałem i sporządzenie notatek analitycznych, (2) kodowanie istotnych fragmentów wypowiedzi, (3) grupowanie kodów w kategorie i formułowanie tematów nadrzędnych, (4) weryfikację spójności tematów w odniesieniu do całego materiału, (5) opracowanie końcowych tematów i ich interpretację w kontekście problematyki badawczej.

Kwestionariusze PES, SWLS i COPE wykorzystano pomocniczo jako kontekst interpretacyjny narracji (m.in. w zakresie empatii, dobrostanu i strategii radzenia sobie). Analiza wywiadów była prowadzona w pierwszym etapie niezależnie od wyników testów (transkrypcja, kodowanie, wyłonienie tematów), a dopiero po zbudowaniu wstępnych kategorii sięgnięto do wyników kwestionariuszy w celu doprecyzowania interpretacji i porównania przypadków oraz wychwycenia zgodności lub rozbieżności między wynikami a treścią wypowiedzi. Przy niewielkiej liczbie próby dane kwestionariuszowe nie stanowią podstawy diagnozy ani wnioskowania statystycznego - służą triangulacji sensów w ramach analizy jakościowej. Takie połączenie pozwoliło opisać doświadczenia interwencji w sposób pogłębiony, przy zachowaniu jakościowego charakteru wnioskowania.

Rozdział 3. Wyniki badań jakościowych

3.1. Studia przypadków

W podrozdziale 3.1 przedstawiono sześć studiów przypadków opracowanych na podstawie wywiadów pogłębionych z specjalistami interwencji kryzysowej. Celem prezentacji przypadków jest pokazanie indywidualnych sposobów rozumienia granic emocjonalnych, sytuacji zawodowych, które je testują, sygnałów ostrzegawczych przeciążenia oraz strategii regulacji stosowanych w trakcie i po dyżurze. Każda narracja ma spójną strukturę: (1) krótki opis kontekstu pracy i typowych zgłoszeń, (2) sposób definiowania granic i dystansu, (3) sytuacje naruszające granice, (4) przebieg procesu przeciążenia i jego wskaźniki, (5) strategie ochrony granic i domykania obciążenia, (6) zwięzłe rekomendacje sformułowane na podstawie materiału jakościowego. Wyniki narzędzi kwestionariuszowych (PES - Skala Empatii Perth, COPE - pełna wersja, SWLS - Skala Satysfakcji z Życia) zostały włączone jako kontekst interpretacyjny, a nie podstawa diagnozy. Zestawienie pozwala uporządkować różnice między przypadkami: poziom empatii (poznawczej i afektywnej), dominujące strategie radzenia sobie oraz ogólny poziom satysfakcji z życia. W tabelach poniżej przedstawiono wyniki poszczególnych osób wraz z krótką interpretacją.

Tabela 2 Wyniki PES w badanej grupie

Wskaźnik	Badana 1	Badana 2	Badany 3	Badana 4	Badana 5	Badany 6
PES ogółem	57	67	78	66	69	75
PES poznawcza	31	45	44	37	38	50
PES afektywna	26	22	34	29	31	25

Tabela 3 Wyniki COPE (pełna wersja) - nasilenie strategii (1-4)

Strategia	Badana 1	Badana 2	Badany 3	Badana 4	Badana 5	Badany 6
Aktywne Radzenie Sobie	3	3	3	3	3	3
Planowanie	3	4	3	3	3	3
Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	3	3	3	3	3	2
Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	2	3	3	3	3	2
Unikanie Konkurencyjnych Działań	3	3	2	3	2	3
Zwrot ku Religii	1	1	1	3	2	1
Pozytywne Przewartościowanie i Rozwój	3	4	2	3	3	3
Powstrzymanie się od Działania	2	3	2	2	3	3
Akceptacja	3	3	3	3	3	4
Koncentracja na Emocjach i ich Wyładowanie	3	3	3	3	3	3
Zaprzeczanie	2	1	2	2	1	1
Odwracanie Uwagi	2	2	2	2	3	1
Zaprzestanie Działań	2	1	2	2	1	2
Zażywanie Alkoholu lub Innych Środków Psychoaktywnych	1	1	1	2	1	1
Poczucie humoru	1	3	3	3	2	2



Tabela 4 Wyniki SWLS (steny) w badanej grupie

Osoba badana	SWLS (sten)	Krótką interpretacja
Badana 1	4	niski dobrostan / niska satysfakcja z życia
Badana 2	9	wysoki dobrostan / wysoka satysfakcja z życia
Badany 3	3	niski dobrostan / niska satysfakcja z życia
Badana 4	6	przeciętna satysfakcja z życia
Badana 5	8	wysoka satysfakcja z życia
Badany 6	5	przeciętna satysfakcja z życia

3.1.1. Interpretacja syntetyczna wyników kwestionariuszowych

Satysfakcja z życia (SWLS) w badanej grupie była zróżnicowana i mieściła się w przedziale od 3 do 9 stena. Najwyższy wynik uzyskała Badana 2 (9 sten), a najniższy Badany 3 (3 steny).

W wynikach empatii (PES) u wszystkich osób komponent poznawczy był wyższy niż afektywny, co jest spójne z opisami dążenia do rozumienia sytuacji rozmówcy przy jednoczesnym ograniczaniu przejmowania jego emocji. Najwyższy wynik ogólny PES uzyskał Badany 3 (78), a najniższy Badana 1 (57).

W kwestionariuszu COPE w większości przypadków dominowały strategie zadaniowe i wsparciowe (aktywne radzenie sobie, planowanie oraz poszukiwanie wsparcia instrumentalnego; u części osób również wsparcie emocjonalne). U Badanego 6 najsilniej zaznaczona była akceptacja (4), co może sprzyjać realistycznemu ujmowaniu ograniczeń wpływu w interwencji.

Strategie potencjalnie ryzykowne lub bezradnościowe były niskie: używanie alkoholu lub innych substancji miało w całej grupie wartości 1-2, a zaprzeczanie i zaprzestanie działań najczęściej utrzymywały się na poziomie 1-2. Taki profil wskazuje, że regulacja obciążenia opiera się głównie na działaniach aktywnych, poznawczych i wsparciu społecznym, a nie na unikaniu lub używkach.

3.1.2. Studium przypadku Badana 1

Badana 1 (kobieta, 43 lata) z wykształceniem pracownika socjalnego oraz po studiach podyplomowych z poradnictwa psychologicznego i interwencji kryzysowej. Pracuje w obszarze interwencji kryzysowej od 10 lat, w formule mieszanej (stacjonarnie i zdalnie), głównie w ramach telefonu zaufania, realizując ok. 120 godzin dyżurów miesięcznie. W swojej pracy odbiera połączenia od osób znajdujących się w zróżnicowanych kryzysach - zarówno sytuacyjnych, jak i przewlekłych, często związanych z psychopatologią; opisuje pracę jako udzielanie pierwszej pomocy psychologicznej. Zgłoszenia, z którymi najczęściej się spotyka, obejmują obecnie trudności zdrowotne, tematy okołorozstaniowe i konflikty w związku, a także problemy młodych dorosłych z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami lękowymi. Istotną kategorię stanowią również osoby w kryzysie samobójczym, częściej z długotrwałymi myślami samobójczymi niż z bezpośrednią tendencją do realizacji, oraz zgłoszenia dotyczące trudności wychowawczych. Specyfika dyżurowania wiąże się u badanej z dużą intensywnością kontaktów i koniecznością szybkiego przełączania się między tematami, a także z obciążeniem końcówką dyżuru, gdy pojawia się presja czasu i jednoczesna potrzeba kończenia rozmów w sposób bezpieczny i wspierający dla klienta.

Badana definiuje granicę emocjonalną jako wewnętrzny warunek utrzymania roli profesjonalnej i ograniczenia nadmiernego zaangażowania: „Ja to rozumiem jako coś, co pozwala mi nie angażować się nadmiernie w tę rozmowę... i traktować ją jako profesjonalną pomoc udzielaną z mojej strony, a nie jako przeżywanie razem z klientem jego emocji.” Zachowanie granicy rozpoznaje po tym, że potrafi oddzielić rozumienie sytuacji klienta od współodczuwania oraz pozostać w zadaniu pomocowym (wysłuchanie, wsparcie, wspólne szukanie możliwości działania) bez nacisku na zmianę po stronie klienta. Naruszenie granicy pojawia się, gdy uruchamia się silna identyfikacja i współodczuwanie oraz gdy rośnie jej poczucie odpowiedzialności za decyzje rozmówcy; badana ujmuje to wprost: „Biorę odpowiedzialność na siebie za decyzje innych... i to jest dla mnie bardzo trudne.” W jej rozumieniu granica dotyczy jednocześnie emocji (nieprzejmowanie emocji klienta), odpowiedzialności (oddanie sprawczości klientowi) oraz relacji (utrzymanie kontaktu profesjonalnego, a nie towarzyskiego). Potwierdza to opis profesjonalnego dystansu: „Taki dystans, który nie opiera się na moim osobistym zaangażowaniu emocjonalnym w sytuację klienta, bo to zaburza realną ocenę sytuacji i możliwość udzielenia profesjonalnej pomocy.” Dystans nie jest dla niej obojętnością, lecz świadomym „oddaleniem się od emocji i skupieniem się” na roli, utrzymaniem stabilności, pozostawieniem klientowi przestrzeni i gotowości do



działania we własnym tempie. Empatię rozumie jako okazywanie zrozumienia i akceptacji, przy jednoczesnym utrzymaniu własnego spokoju i dystansu emocjonalnego, która polega na rozumieniu sytuacji bardziej niż na współodczuwaniu: „staram się nie przejmować emocji klienta, tylko bardziej skupić się na rozumieniu jego sytuacji... a nie na współodczuwaniu.” Psychologicznie wskazuje to na napięcie między empatią poznawczą (trafne odczytywanie stanu i kontekstu) a empatią afektywną (podatność na emocjonalne „udzielanie się”), gdzie u badanej ochrona granic wymaga aktywnej regulacji i intencjonalnego powrotu do roli (reorientacja uwagi na zadanie, procedury, ramy kontaktu), aby nie doszło do zatarcia granic odpowiedzialności i do przeciążenia współodczuwaniem.

Granice emocjonalne badanej szczególnie testują sytuacje o wysokim ładunku moralnym i relacyjnym oraz te, które rezonują z jej doświadczeniami i obszarem zawodowych kompetencji. Wskazuje: „Na pewno sytuacje związane z przemocą. Zajmuję się tym także zawodowo, więc moje doświadczenia życiowe też się na to nakładają.” Jako drugi przykład podaje wątki dotyczące dzieci, zwłaszcza przemocy wobec dzieci, które ją poruszają i uruchamiają silną reakcję. Trzecią kategorią są rozmowy związane z ciążą (trudność w zajściu w ciążę) te również wywołujące silne poruszenie. W tych sytuacjach obciążające są jednocześnie treści (uruchamianie osobistych wątków i wyobrażeniowe wczuwanie się w sytuację klienta) oraz presja odpowiedzialności i sprawczości („żeby ta osoba na czymś stanęła”), co zwiększa koszt emocjonalny. Na dłużej zostają z badaną rozmowy, w których pojawia się poczucie nieskuteczności (np. klient trudny w kontakcie, rozłączenie, niezadowolenie), bo inicjują ruminacyjną analizę „czy zrobiłam za mało” i nasilają wewnętrzne wymagania. Wyniki empatii sugerują profil, w którym komponent poznawczy jest nieco silniej zaznaczony niż afektywny (PES: Wynik ogólny 57, empatia poznawcza =31, empatia afektywna =26), co potencjalnie sprzyja rozumieniu i porządkowaniu sytuacji klienta, jednak w tematach, które silnie poruszają (przemoc, dzieci, ciąża) badana opisuje skok empatii i współodczuwania, co interpretacyjnie może zwiększać ryzyko powracania treści rozmowy po zakończeniu kontaktu, zwłaszcza pod presją czasu, która towarzyszy działaniom w interwencyjnych charakterze.

Mechanizm naruszania granic u badanej można opisać jako sekwencję przejścia od zaangażowania zadaniowego do nadodpowiedzialności i przeciążenia. Początkowym sygnałem jest zwykle uruchomienie schematu wymagań i potrzeby spełniania oczekiwań, który szybko przechodzi w presję relacyjną: „stawiam sobie duże wymagania i mam poczucie, że muszę spełniać czyjeś oczekiwania” oraz „uruchamia mi się myślenie: ‘co ta osoba sobie pomyśli?’, ‘czy jej nie będzie przykro?’”. Następnie pojawia się czynnik wzmacniający w postaci



kontekstu dyżuru: kumulacja rozmów, ogólne zmęczenie, a szczególnie końcówka dyżuru, gdzie dochodzi presja czasu i odpowiedzialności za „ostatnią rozmowę” („czy zdążę dokończyć rozmowę?”, „a może ktoś będzie potrzebował pomocy, kiedy ja już będę musiała zakończyć?”). W miarę rozwoju rozmowy badana częściej wchodzi we współodczuwanie i wyobrazeniowe „stawianie się na miejscu” klienta, co utrudnia asertywne domykanie kontaktu; opisuje to wprost: „czasem bardzo wchodzę we współodczuwanie i próbuję postawić się na miejscu klienta... i wtedy trudno mi na przykład napisać czy powiedzieć: ‘już kończę dyżur’.” Moment kulminacyjny wiąże się z rozmyciem granic odpowiedzialności („biorę odpowiedzialność na siebie za decyzje innych”) oraz z aktywacją lęku przed odrzuceniem, zwłaszcza gdy klient reaguje atakiem na postawioną granicę. Punkt przeciążenia badana lokuje częściej nie w pojedynczej rozmowie, lecz w sumie obciążeń (cięższy tydzień, więcej dyżurów, równoległe obowiązki) i w sytuacji, gdy do zmęczenia dołącza trudna rozmowa na końcu dyżuru, co tworzy warunki szybkiej eskalacji pobudzenia i spadku zasobów samoregulacji. Czynniki przyspieszające obejmują tempo pracy, presję czasu, brak jednoznacznych ram organizacyjnych (sprzeczne komunikaty) oraz sytuacje, które silnie aktywują jej wrażliwe obszary (odrzucenie, przemoc, dzieci), co zwiększa prawdopodobieństwo przejścia od empatii zadaniowej do empatii przeciążającej.

Sygnaly ostrzegawcze naruszenia granic badana rozpoznaje przede wszystkim somatycznie i emocjonalnie. Jako wyraźny sygnał z ciała wskazuje: „Czuję ścisk w gardle... jakbym nie mogła mówić.” Taki objaw można interpretować jako wzrost pobudzenia (aktywacja stresowa) i krótkotrwałe ograniczenie swobody ekspresji, co w warunkach rozmowy telefonicznej może nasilać poczucie presji. Emocjonalnie dominuje lęk, z domieszką smutku: „Najczęściej lęk. (...) Pojawia się też smutek.” Poznawczo pojawia się skłonność do analizowania przebiegu rozmowy i własnej skuteczności, szczególnie po rozłączeniu klienta lub po komunikatach niezadowolenia, co może przyjmować formę krótkiej ruminacji („czy popełniłam błąd, czy zrobiłam za mało”), a następnie próby racjonalizacji i domknięcia poznawczego. Konsekwencją naruszenia granic jest krótkotrwałe rozpamiętywanie rozmów i obniżenie dobrostanu w momentach bezradności. Szczególnie widoczne, gdy badana zaczyna czuć to samo, co rozmówca (np. beznadzieję). Po rozmowie dłużej utrzymuje się pobudzenie: napięcie, gonitwa myśli lub trudność z odcięciem się od treści.

Strategie regulacji i ochrony granic badana opisuje jako wielopoziomowe: w trakcie rozmowy, po rozmowie oraz długoterminowo. W wywiadzie deklaruje, że po trudnych rozmowach najbardziej pomaga jej odreagowanie poprzez kontakt z inną osobą: „Lubię to przegadać z kimś... wyrzucić z siebie.” Uzupełnia to strategiami obniżania pobudzenia i



świadomego zakończenia kontaktu po rozmowie: wstanie, krótki spacer, zrobienie herbaty, otwarcie okna i zaczerpnięcie powietrza („jakbym ‘zostawiała’ tę rozmowę i szła dalej”). W trakcie rozmowy stosuje samoregulację uwagi i napięcia poprzez czynności wspierające koncentrację (rysowanie, notowanie) oraz oddech: „Rysuję. Bardzo pomaga mi rysowanie... albo notowanie czegoś.” Długoterminowo jako czynniki ochronne wskazuje procedury, zespół i superwizję; procedury pomagają jej odzyskać spójność i łatwiej postawić granicę, a zespół i superwizja dostarczają normalizacji reakcji i informacji zwrotnej (w tym przy agresji klienta). Integracja z COPE (dominują strategie zadaniowe (aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego); niskie korzystanie z alkoholu/narkotyków, religii i humoru) wskazuje na dominację strategii ukierunkowanych na działanie i porządkowanie myśli (aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja). Badana korzysta ze wsparcia innych, jednak w ograniczonym zakresie wsparcia emocjonalnego. W jej narracji rozmowa pełni funkcję podsumowania i zamknięcia doświadczenia oraz obniżenia napięcia, a nie wyłącznie szukania pocieszenia. Strategie unikowe i potencjalnie ryzykowne są raczej niskie, co sugeruje, że dominującym sposobem radzenia sobie jest regulacja poprzez działanie, rozmowę i ramy profesjonalne, a nie chroniczne unikanie.

Transfer pracy do życia prywatnego badana opisuje jako ograniczony w treści, ale obecny w obciążeniu i organizacji czasu. Zaznacza: „nie przenoszę już tej pracy do domu w tym sensie, że o niej nie rozmawiam... i nawet nie chcę rozmawiać.” Jednocześnie wskazuje, że gdy „bierze dużo na siebie”, trudniej jej wrócić do równowagi, a duża liczba godzin dyżurowych wpływa na życie domowe poprzez mniejszą obecność i obciążenie mentalne. Jako sposób zakończenia trybu pracy po dyżurze opisuje potrzebę krótkiej rozmowy o sprawach niezwiązanych z pracą, co działa jak stały element przejścia między rolami i pomaga obniżyć pobudzenie. Poziom satysfakcji z życia (SWLS: 4 sten, niski dobrostan) jest niski, co może sugerować, że mimo wypracowanych sposobów oddzielania ról zawodowych od prywatnych, ogólny dobrostan pozostaje obniżony; interpretacyjnie może to wynikać z wysokiego obciążenia czasowego dyżurami, kosztów emocjonalnych pracy oraz okresowych stanów bezradności, o których wspomina („rezonuję z klientem w jego poczuciu beznadziei”).

Integrując obraz funkcjonowania badanej, widać osobę z dużym doświadczeniem w interwencji kryzysowej, która świadomie definiuje granice emocjonalne jako warunek utrzymania profesjonalnej roli i jakości pomocy, a jednocześnie rozpoznaje u siebie obszary szczególnej wrażliwości (przemoc, dzieci, tematy okołociążowe, odrzucenie, poczucie nieskuteczności). Profil empatii sugeruje relatywnie mocny komponent rozumienia emocji i sytuacji innych przy umiarkowanej tendencji do współodczuwania, co może sprzyjać pracy



pomocowej pod warunkiem utrzymania ram i regulacji pobudzenia; jednak w sytuacjach szczególnie poruszających badana opisuje, że współodczuwanie rośnie i granice łatwiej się rozmywają. Dominujące strategie radzenia sobie są zasadniczo adaptacyjne i zgodne z jej narracją: działanie, planowanie, akceptacja, przewartościowanie, wsparcie instrumentalne oraz elementy regulacji emocji przez ekspresję i odreagowanie; strategie unikowe są raczej niskie, co wspiera powrót do równowagi po rozmowie. Jednocześnie obniżony dobrostan sugeruje, że koszty pracy i obciążenie czasowe mogą przekraczać dostępne zasoby regeneracji, a szczególnie obciążające jest dla niej napięcie odpowiedzialności i odpowiedzialność. Styl regulacji emocji można opisać jako mieszany: z jednej strony szybkie szybkie uspokajanie się po trudnej rozmowie, dzięki procedurom i wsparciu z drugiej - okresowe przeciążenie w warunkach kumulacji dyżurów i tematów silnie aktywujących, prowadzące do wzrostu lęku, rozmyślenia i poczucia bezradności.

Zasoby badanej obejmują wysokie kompetencje zawodowe wynikające z długiego stażu, świadomość roli i ram pomocy, umiejętność korzystania z procedur, zespołu i superwizji, a także repertuar strategii samoregulacji (oddech, notowanie/rysowanie w trakcie rozmowy, mikropauzy po rozmowie, kontakt wspierający, rytuały przełączania ról). Czynniki ryzyka to przede wszystkim skłonność do nadodpowiedzialności i silnych wymagań wobec siebie („muszę spełniać czyjeś oczekiwania”), podatność na aktywację lęku przed odrzuceniem w sytuacjach konfliktu z klientem, przeciążenie wynikające z kumulacji dyżurów i presji końca dyżuru oraz szczególna wrażliwość na tematy przemocy i krzywdy dzieci.

Zalecenia dla Badanej 1 dotyczące praktyki własnej: W trakcie interwencji zalecane jest dalsze wzmocnienie granicy odpowiedzialności poprzez konsekwentne odróżnianie wpływu interwenta od decyzji klienta, szczególnie w sytuacjach, w których u badanej szybko narasta poczucie sprawczości i presja, aby doprowadzić do zmiany po stronie rozmówcy. Warto równolegle pracować nad przekonaniem dotyczącym nadodpowiedzialności i potrzebie spełniania oczekiwań innych, ponieważ w opisie badanej stanowią one jeden z pierwszych mechanizmów uruchamiających naruszenie granic. Korzystne będzie także utrwalanie rozpoznawania wczesnych sygnałów somatycznych jako wskaźnika narastającego pobudzenia oraz wdrażanie krótkich działań regulacyjnych już na etapie pierwszych oznak napięcia, na przykład poprzez świadome spowolnienie oddechu, krótkie ugruntowanie i przeniesienie uwagi na ramy zadaniowe rozmowy, notatkę lub procedurę. Szczególnej konsekwencji wymaga to w rozmowach o przemocy, krzywdzie dzieci i wątkach okołociążowych, które badana opisuje jako silnie aktywizujące i sprzyjające wzrostowi współodczuwania.



Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej: W pracy superwizyjnej warto regularnie odwoływać się do granic odpowiedzialności i wpływu w relacji pomocowej oraz rozwijać sposoby reagowania na sytuacje, w których badana doświadcza lęku przed odrzuceniem lub presji relacyjnej po postawieniu granicy, zwłaszcza gdy klient reaguje atakiem lub niezadowolaniem. Wskazane jest także wykorzystywanie superwizji do analizy rozmów, które pozostają w pamięci z powodu poczucia nieskuteczności, tak aby ograniczać rozpamiętywanie ich treści po dyżurze. Warto również podtrzymywać konsultacje zespołowe jako element normalizacji reakcji i domykania trudniejszych sytuacji, szczególnie gdy przeciążenie wynika z kumulacji obciążeń oraz końcówki dyżuru.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: Ze względu na niski dobrostan oraz dużą liczbę godzin dyżurowych zalecane jest planowe włączanie regeneracji proporcjonalnej do obciążenia, obejmującej przerwy jakościowe, sen i aktywność fizyczną, a także ograniczanie kumulacji dyżurów w tygodniach o wysokim obciążeniu lub wtedy, gdy pojawiają się tematy szczególnie aktywizujące. Warto rozwijać stałe, krótkie rytuały domykania dyżuru, zwłaszcza w jego końcówce, poprzez powtarzalny schemat kończenia rozmów i przejścia do przerwy, co może zmniejszać presję czasu i ograniczać przeciążenie wynikające z trudnej ostatniej rozmowy. Ponadto warto na bieżąco dbać o równowagę między pracą a życiem prywatnym i traktować spadek satysfakcji jako sygnał, że trzeba skorygować obciążenie i zwiększyć wsparcie. Może to oznaczać także częstsze superwizje w okresach większej liczby dyżurów lub nasilonego przeciążenia.

3.1.3. Studium przypadku - Badana 2

Badana 2 jest kobietą w wieku 46 lat, z wykształceniem magisterskim z psychologii, pracującą w obszarze interwencji kryzysowej od 2 lat, w formie stacjonarnej, w ramach telefonu zaufania, średnio ok. 130 godzin dyżurów miesięcznie. W wywiadzie opisuje swoją pracę jako udzielanie wsparcia osobom w kryzysach emocjonalnych w kontakcie telefonicznym - „Tak, pracuję przy telefonie.... Jest to telefon interwencyjny, w ramach którego udzielamy wsparcia osobom w kryzysach emocjonalnych.”. Najczęstsze zgłoszenia dotyczą rozstań, samotności i żaloby, a także rozmów z osobami z myślami samobójczymi lub gotowym planem samobójstwa - „Najczęściej dotyczą one rozstań... Bardzo często dzwonią też osoby, które mają myśli samobójcze albo nawet mają już cały plan przygotowany...”. Specyfika dyżurów w jej opisie wiąże się z koniecznością szybkiego reagowania, utrzymaniem struktury rozmowy w warunkach silnego pobudzenia emocjonalnego rozmówcy oraz z jednoczesnym stosowaniem



procedur i pracy zespołowej jako ramy bezpieczeństwa - „Myślę, że na pewno procedury - są dla mnie pomocne. Ale też zespół.”

W obszarze rozumienia granic emocjonalnych badana początkowo wskazuje, że nie miała wcześniej uformowanej definicji - „Nigdy się nad tym nie zastanawiałam.”, jednak w dalszej narracji buduje spójne, praktyczne kryteria ich przebiegu. Granicę emocjonalną określa jako moment utraty funkcji pomocowej na rzecz przeżywania własnych emocji - „Myślę, że to jest taki moment, kiedy nie jestem w stanie być interwentem, bo moje emocje zaczynają zbyt mocno wchodzić w tę pomoc i nie jestem obiektywna.”. Zachowanie granicy rozpoznaje po możliwości utrzymania perspektywy osoby dzwoniącej i nieprzechodzeniu na własne skojarzenia autobiograficzne, natomiast naruszenie - po pojawieniu się identyfikacji z sytuacją klienta - „Wtedy, kiedy coś bardzo mnie dotknie... kiedy czuję ten sam ból, który czuje ta osoba... Będę sobie przypominała sytuację z mojego życia.”. W jej rozumieniu granica dotyczy głównie sfery emocji (złość, smutek, strach, lęk), czyli umiejętności regulowania własnych emocji i utrzymania dystansu wobec emocji rozmówcy, a nie czasu rozmowy czy formalnej odpowiedzialności. „Myślę, że bardziej chodzi o emocje, które ja czuję.”. Profesjonalny dystans opisuje jako utrzymanie uwagi na kliencie i zadaniu, a po rozmowie jako umiejętność odłączenia się od jej treści. „Rozumiem go tak, że w tym czasie chodzi o tę osobę, a nie o mnie. Po rozmowie odkładamy słuchawkę i to już było - nie wracamy do tego.”. Jednocześnie odróżnia dystans od obojętności, rozumianej jako brak reakcji oraz brak zaangażowanej odpowiedzi. Opisuje empatię jako okazywanie zrozumienia i akceptacji, ale bez przejmowania emocji i problemów klienta na siebie. „W moim odczuciu jest to przyjęcie, że ta osoba tak czuje... ona ma prawo tak się czuć. To są jej emocje i uczucia.”. Psychologicznie wskazuje to na empatię o profilu bardziej poznawczym niż afektywnym (PES: Wynik ogólny 67; bardzo wysoka empatia poznawcza 45 przy niższej afektywnej 22). Badana podkreśla, że ważne jest rozumienie i nazwanie emocji rozmówcy, ale bez ich przejmowania. Pomaga to utrzymać spokojny ton i jasne ramy rozmowy oraz zmniejsza ryzyko wtórnej traumatyzacji. Przy tematach, które są dla niej osobiście poruszające, łatwiej traci dystans i mocniej współodczuwa.

Sytuacje testujące granice emocjonalne badana lokalizuje selektywnie, wskazując przede wszystkim rozmowy „z matkami o dzieciach” jako kategorię najbardziej wystawiającą ją na próbę. Obciążenie opisuje tu jako połączenie treści i bezradności, a bezradność jest wyraźnie ukierunkowana na los dziecka - „Treść i moja bezradność... Dzieci.”. W praktyce oznacza to, że najbardziej obciążające są nie tyle same emocje klientki, ile moralny i opiekuńczy konflikt uruchamiany przez temat dziecka oraz ograniczony wpływ interwenta na sytuację. Drugi przykład, który zostaje w pamięci po rozmowie dotyczy interwencji



podejmowanej w kierunku osoby w kryzysie suicydalnym. To rozmowa w której nie udało się znaleźć czynnika chroniącego - „niemożność znalezienia... „haczyka”, którego można by się złapać, żeby jednak żyła”, a jako najbardziej utrwalający się ślad badana wskazuje poczucie odpowiedzialności - „Chyba poczucie odpowiedzialności.”. Trzecią kategorią są rozmowy, które ocenia jako nieadekwatne do rangi kryzysu i konkurujące z dostępnością linii dla osób w stanie zagrożenia życia, co uruchamia irytację i napięcie - „Czasami moja irytacja. Że dzwoni ktoś, kto nie ma jakiegoś dużego problemu...”. Interpretacyjnie można zauważyć, że przy wysokiej empatii poznawczej (PES) badana ma dużą zdolność rozumienia stanów innych, ale relatywnie niższą empatię afektywną, co może sprzyjać funkcjonowaniu zadaniowemu; jednocześnie wtedy, gdy temat jest osobiście poruszający lub dotyczy dzieci, wzrasta ryzyko silniejszego pobudzenia i moralnego przeciążenia.

Mechanizm naruszania granic w jej opisie ma charakter sekwencji od pobudzenia afektywnego do przeciążenia i domykania kontaktu poprzez wsparcie zespołowe. Pierwszym sygnałem jest emocja - przede wszystkim złość ukierunkowana na rozmówcę - „Jest taki moment, kiedy czuję w sobie złość... Na rozmówcę.”. Następnie pojawia się reakcja stresowa w ciele: oddech przyspiesza, a w klatce piersiowej pojawia się napięcie lub ucisk. - „Na pewno mam przyspieszony oddech... na pewno w klatce piersiowej.”. Następnie badana opisuje punkt szczytowy napięcia: pojawia się myśl ostrzegawcza, że przekracza własne granice. Jest to jednocześnie próba szybkiego zatrzymania narastania napięcia - „pojawia mi się zawsze jedna myśl - stop”, a równolegle uruchamia zachowanie regulacyjne w postaci pogłębionego oddechu - „ja często biorę taki głębszy oddech... Złapaniem siły na dalszą rozmowę.”. Następnie - mimo wewnętrznego sprzeciwu - utrzymuje zadaniowość, co widać w przykładzie rozmowy o nacisku matki na córkę, gdzie wystąpiła silna złość i jednocześnie poczucie obowiązku - „pomyślałam, że kompletnie nie chcę z nią rozmawiać. Z drugiej strony miałam poczucie odpowiedzialności, zadzwoniła - jestem tu i teraz”. Po zakończeniu kontaktu następuje czas uspokojenia po rozmowie - badana relacjonuje zmęczenie i utrzymujący się gniew - „po wszystkim byłam bardzo zmęczona i było we mnie strasznie dużo gniewu”, a czynnikiem chroniącym jest szybkie wyrzucenie emocji w rozmowie z osobą na zmianie - „Zawsze konsultuję to z kimś, z kim jestem na zmianie. To mi pomaga. Wyrzucam to z siebie.”. Charakterystyczne jest też to, że badana nie wskazuje czynników organizacyjnych jako głównych czynników sprzyjających szybszemu naruszeniu granic, lecz łączy ten proces przede wszystkim z typem rozmowy - „Bardziej jest to związane z rozmową... Nie, o typ rozmowy chodzi”.

W opisie badanej dominują emocje jako sygnały przekraczania granic. Objawy fizyczne pojawiają się umiarkowanie, a objawy poznawcze - rzadziej. Pierwszym sygnałem



ostrzegawczym jest emocja (złość), a reakcje ciała pojawiają się jako element narastającego pobudzenia niż jako sygnał startowy. Najpierw rosną emocje, potem narasta reakcja stresowa w ciele (oddech, klatka piersiowa). W trakcie rozmowy badana stosuje krótkie techniki uspokajania (głębszy oddech), a po rozmowie potrzebuje działań, które obniżają napięcie. Konsekwencją przeciążenia bywa utrzymywanie się gniewu i zmęczenia po zakończeniu kontaktu oraz ślad w postaci poczucia odpowiedzialności, które zostaje szczególnie po rozmowach suicydalnych. Jednocześnie badana rzadko robi przerwę i rzadko prosi o wsparcie. Decyduje się na to dopiero wtedy, gdy jest już bardzo zmęczona - „Muszę upaść... że leżę i już nic nie robię... kiedy stwierdzą, że nie mam już siły.”.

Badana stosuje strategie ochrony granic na trzech etapach: podczas rozmowy, po rozmowie i w dłuższej perspektywie. Są one zgodne z jej sposobem radzenia sobie (COPE: Widoczne planowanie i pozytywne przewartościowanie (po 4) oraz korzystanie ze wsparcia; niskie zaprzeczanie i zaprzestanie działań (po 1).), szczególnie w zakresie planowania i pozytywnego przewartościowania. W trakcie interwencji kluczowe są strategie oparte na tonie głosu i przekierowywaniu uwagi - „staram się mówić dużo, dużo spokojniej... Często wykorzystuję też przekierowywanie uwagi klienta”, co można rozumieć jako behawioralne obniżanie pobudzenia rozmówcy i jednocześnie stabilizowanie własnej roli profesjonalnej poprzez strukturę rozmowy. Po rozmowie badana najpierw porządkuje przebieg interwencji poznawczo - „Zawsze robię analizę tego, co się zadziało. Zastanawiam się, czy mogłam coś zrobić inaczej...”, a następnie korzysta z interwizji koleżeńskiej jako sposobu domknięcia i redukcji napięcia - „teraz potrzebuję przegadania różnych rzeczy... i to mi bardzo dużo daje”. Długofalowo podkreśla, że jej odpowiedzialność kończy się na tym, co obejmuje interwencja, a dalsze działania przekazuje do zespołu, kolejnej zmiany lub odpowiednich instytucji - „moja odpowiedzialność kończy się z momentem rozłączenia”, co pełni funkcję ochrony granic odpowiedzialności i zapobiega podtrzymywaniu ruminacji. W jej repertuarze są także strategie emocjonalnego odreagowania (płacz po interwencji) oraz humor, który uruchamia w sytuacjach stresowych. Integracja z COPE wskazuje na dominację strategii zadaniowo-poznawczych: planowanie oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój jako najsilniejsze, przy jednocześnie wysokich tendencjach do aktywnego radzenia sobie, poszukiwania wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego oraz akceptacji. Jest to zgodne z narracją o analizie interwencji, korzystaniu z zespołu i superwizji oraz o rozwojowym podejściu do samooceny - „To jest dla mnie takie... do pracy nad sobą.”. Strategie unikowe są relatywnie słabsze, a „działanie mające na celu odwrócenie uwagi” ma charakter umiarkowany; odpowiada temu deklaracja - „nie myślę o tym



w ogóle” - rozumiana raczej jako intencjonalne odcięcie po zakończeniu odpowiedzialności niż jako negocjowanie problemu.

Transfer pracy do życia prywatnego badana opisuje jako minimalny i kontrolowany, z wyraźnym obrazem separacji przestrzennej i zadaniowej - „Pracę zostawiam w tamtym pokoju.”; „Po prostu wychodzę i zamykam drzwi... idę do innej pracy albo wchodzę w inne zadania.”. Jej sposób zakończenia dyżuru i odłączenia się od spraw zawodowych można interpretować jako strategię przełączania ról i domykania pobudzenia poprzez zmianę kontekstu oraz aktywność nastawioną na inne cele, co redukuje ryzyko utrzymywania się reakcji stresowej. Jednocześnie sygnałem potrzeby przerwy jest u niej dopiero stan silnego wyczerpania („upadek”, „zamykam się”), co sugeruje, że wczesne sygnały przeciążenia mogą być przez nią przez pewien czas ignorowane lub uznawane za normę. Wynik kwestionariusza SWLS (9 sten) wskazuje na wysoki dobrostan i wysoką satysfakcję z życia; interpretacyjnie może to wspierać tezę o skutecznym oddzielaniu ról oraz o tym, że praca - mimo obciążeń - jest źródłem sensu i wzmacnia ogólne zadowolenie - „Wreszcie robię to, co zawsze chciałam robić... robię coś wartościowego.”.

Analiza przypadku pokazuje osobę o wysokim dobrostanie i wyraźnej orientacji na sens pracy, która posiada silne zasoby w postaci wsparcia zespołowego, korzystania z superwizji oraz procedur. PES wskazuje na wysoką empatię poznawczą przy niższej empatii afektywnej, zwłaszcza przy emocjach negatywnych. To sprzyja utrzymaniu roli zawodowej: badana nazywa i uznaje emocje rozmówcy, bez ich przejmowania. W tematach szczególnie trudnych etycznie (matki-dzieci) i przy wysokiej odpowiedzialności (suicydalność) rośnie reakcja emocjonalna i stresowa w ciele, co jest najważniejszym czynnikiem ryzyka naruszania granic. Dominujące strategie radzenia sobie (COPE) mają charakter aktywny i poznawczo-zadaniowy: planowanie, pozytywne przewartościowanie, aktywne radzenie, korzystanie ze wsparcia, akceptacja, co jest spójne z jej narracją o analizie interwencji, uczeniu się na doświadczeniu i wykorzystywaniu superwizji do wglądu oraz normalizacji. Ogólnie badana działa jako interwentka o silnym podejściu zawodowym, potrafi utrzymywać granice odpowiedzialności, ale łatwiej się przeciąża w sytuacjach, które wywołują silny gniew moralny i sprzyjają identyfikacji z rozmówcą - „często pozwalam na przekraczanie granic ludziom, którzy przeżyli coś, co jest mi bliskie”.

Zalecenia dla Badanej 2 dotyczące praktyki własnej: W trakcie dyżuru zalecane jest wprowadzenie krótkich momentów monitorowania własnego stanu po trudniejszych rozmowach, szczególnie w sytuacjach, które wywołują wzrost irytacji lub złości. Pomocne może być szybkie sprawdzenie oddechu, napięcia w klatce piersiowej oraz poziomu



pobudzenia, aby wcześniej zdecydować o krótkiej przerwie, zmianie tempa pracy lub konsultacji. Warto również wzmacniać utrzymywanie roli interwenta poprzez świadome podtrzymywanie struktury rozmowy i skupienia na emocjach rozmówcy bez przechodzenia na własne skojarzenia autobiograficzne, zwłaszcza w tematach dotyczących dzieci oraz sytuacji o wysokiej odpowiedzialności. Dodatkowo rekomendowane jest uzupełnienie repertuaru krótkich technik regulacji w trakcie kontaktu (np. pogłębiony oddech) o konsekwentne stosowanie ich w momencie pierwszych oznak narastania napięcia, a nie dopiero przy wyraźnym spadku energii.

Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej: W pracy superwizyjnej warto rozwijać tolerancję bezradności oraz doprecyzowywać granice wpływu i odpowiedzialności, szczególnie w wątkach dotyczących dzieci oraz interwencji związanych z kryzysem suicydalnym, gdzie badana opisuje utrzymujące się poczucie odpowiedzialności po rozmowie. Rekomendowane jest także świadome wykorzystywanie interwizji i konsultacji zespołowych jako narzędzia domykania trudnych kontaktów i redukcji napięcia, przy czym warto dążyć do tego, aby prośba o wsparcie pojawiała się na wcześniejszym etapie przeciążenia, a nie dopiero w sytuacji wyczerpania. Pomocne może być także porządkowanie w superwizji reakcji złości i napięcia moralnego w rozmowach ocenianych jako nieadekwatne do rangi kryzysu, tak aby utrzymać stabilność roli i zmniejszyć koszt emocjonalny.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: Po rozmowie wskazane jest podtrzymywanie sposobów domykania interwencji, które pomagają zakończyć kontakt poznawczo i proceduralnie, poprzez krótkie podsumowanie, sformułowanie wniosków oraz przekazanie dalszych działań zgodnie z procedurą, a następnie uzupełnienie tego o krótką technikę uspokojenia pobudzenia, na przykład 2-3 minuty spokojnego, pogłębionego oddechu. Humor może pozostać elementem regulacji napięcia, jednak korzystniejsze jest stosowanie go po zakończeniu rozmowy, a nie w trakcie, aby nie osłabiać koncentracji na zadaniu. Warto także utrzymywać warunki pracy, które badana ocenia jako wspierające dobrostan, w tym preferencję pracy stacjonarnej, jeśli sprzyja ona poczuciu przynależności i komfortu, oraz planować krótkie przerwy regeneracyjne w ciągu dyżuru, aby ograniczać odkładanie odpoczynku do momentu silnego zmęczenia.

3.1.4. Studium przypadku - Badany 3

Badany (mężczyzna, 27 lat) jest magistrem psychologii i pracuje w obszarze interwencji kryzysowej od 3 lat, w formule mieszanej (stacjonarnie i zdalnie), pełniąc orientacyjnie ok. 90 godzin dyżurów miesięcznie. W swojej roli udziela wsparcia na telefonie i czacie osobom w



kryzysie emocjonalnym, a zakres jego działań obejmuje głównie podstawowe wsparcie psychologiczne oraz doraźne porządkowanie sytuacji kryzysowej; w uzasadnionych przypadkach podejmuje też interwencje wymagające uruchomienia służb (np. w kryzysie samobójczym). Wśród najczęstszych zgłoszeń wymienia kryzysy relacyjne (m.in. rozstania), myśli rezygnacyjne (częstsze niż bezpośrednio kryzysy stricte samobójcze) oraz kryzysy psychopatologiczne, zwłaszcza związane z uzależnieniami (zarówno osoby w uzależnieniu, jak i osoby z otoczenia) i osoby pozostające pod opieką specjalistyczną, np. z zaburzeniami osobowości. Specyfika dyżurów wiąże się z intensywnością kontaktów, pracą interwencyjną, która wymaga reakcji natychmiastowej, a także z obciążeniem wynikającym z wielogodzinnego pozostawania w relacji pomocowej. Badany opisuje, że po „pięciu czy ośmiu godzinach rozmów” odczuwa silną potrzebę izolacji i braku dalszych interakcji.

Granice emocjonalne badany rozumie przede wszystkim jako pojemność i limit regulacyjny w kontakcie z cudzymi emocjami oraz jako świadome gospodarowanie ekspresją własnych emocji w relacji pomocowej. Wprost ujmuje to w zdaniu - „Z mojej perspektywy to coś w rodzaju limitu... do którego jestem w stanie „skontenerować” emocje, które w pewien sposób otrzymuję od osób kontaktujących się.” Badany rozpoznaje, czy granica została zachowana, głównie po zakończeniu rozmowy. Ocenia to po tym, czy po rozmowie nadal wracają myśli o podejmowanych wątkach oraz po sygnałach z ciała. Podkreśla, że gdy granica jest zachowana, nie pojawia się u niego ucisk w klatce piersiowej, a reakcje fizyczne traktuje jako wiarygodny wskaźnik poziomu pobudzenia i uspokojenia.

Naruszenie granicy sygnalizowane jest z kolei zarówno sygnałami z ciała, jak i ryzykiem wejścia w rolę sprzeczną z profesjonalną postawą. Profesjonalny dystans definiuje jako trzymanie się ram interwencji: wspieranie rozmówcy i ustalanie kroków, ale bez wyręczania go i podejmowania decyzji za niego. „Dla mnie jest to pohamowanie chęci uratowania kogoś.” W jego ujęciu dystans nie jest obojętnością - różnica polega na tym, jaka jest intencja w kontakcie oraz jak wygląda skupienie uwagi. - „W dystansie nadal jest zaciekawienie perspektywą drugiej osoby i chęć bycia przy niej - z poszanowaniem granicy.” Psychologicznie wskazuje to na próbę utrzymania empatycznej obecności przy jednoczesnej regulacji pobudzenia i kontroli tendencji do nadodpowiedzialności. Badany stara się okazywać empatię bez przejmowania emocji rozmówcy, skupiając się na perspektywie klienta i nie kierując rozmowy na własne skojarzenia ani doświadczenia. Dobrze ilustruje to zdanie: „Trudna jest też konieczność, którą sobie narzucam, żeby tych emocji nie ujawnić, nie „wylać” na tę osobę, tylko ugasić to w sobie, zatrzymać się... i zostać przy jej świetle, a nie przechodzić do swojego.” Można to opisać jako sposób samokontroli: badany powstrzymuje silne emocje i



zamiast „wchodzić” w przeżycia rozmówcy, stara się spokojnie mu towarzyszyć i prowadzić rozmowę. To pomaga utrzymać pomocowy charakter kontaktu, ale może być męczące, jeśli musi robić to często, zwłaszcza gdy napięcie jest bardzo wysokie.

Sytuacje testujące granice badany opisuje w dwóch głównych kategoriach. Po pierwsze, obciążające są zgłoszenia - gdy treść koresponduje z jego osobistymi doświadczeniami i łatwo uruchamia wyobrażenie siebie w podobnym położeniu; wówczas musi aktywnie wracać do rozróżnienia - jak je opisuje „to jest o tej osobie, nie o mnie”. Po drugie, silnie testujące są kontakty z osobami, które budzą jego prywatny sprzeciw (np. przemoc, radykalne poglądy), bo rośnie ryzyko utraty kontroli nad emocjami i wejścia w rolę oponenta zamiast osoby pomagającej. Wprost wskazuje, że najbardziej obciążająca nie jest sama treść czy bezradność (z którą - jak deklaruje - nauczył się sobie radzić), lecz intensywność emocji, zwłaszcza gdy poruszona zostaje „osobista struna”. Jako szczególnie zapadające w pamięć wymienia rozmowy z osobami stosującymi przemoc, zwłaszcza przy niskim wglądzie, oraz rozmowy o długotrwałej samotności i braku szans na zmianę wzmocniają u niego pesymistyczne myśli („że to się nie zmieni”, „nie ma za co chwycić”). W kontekście wyników empatii (PES) warto odnotować, że badany osiąga wysoki wynik ogólny 78, z wysoką empatią poznawczą (44) i relatywnie wysoką afektywną (34). Może to pomagać mu szybko rozpoznawać stan klienta i adekwatnie reagować, ale przy tematach osobistych może też zwiększać ryzyko silnego pobudzenia i trudności w szybkim uspokojeniu się po rozmowie. Badany opisuje, że po takich kontaktach zostają w nim przede wszystkim emocje i odczucia z ciała, a nie konkretne obrazy czy sceny.

Mechanizm naruszania granic w narracji badanego ma charakter sekwencyjny i rozpoczyna się od subtelnych sygnałów poznawczych, które nazywa „czerwonymi flagami”. Pierwszym sygnałem jest impuls skracania dystansu poprzez odwołanie do własnego doświadczenia: „Czasem pierwszym krokiem jest ochota, żeby podzielić się z tą osobą moim doświadczeniem.” Następnie pojawia się wzrost oczekiwania własnej skuteczności i natychmiastowej naprawy sytuacji klienta - „Mam wtedy przecucie, że w tym jednym kontakcie to naprawimy”, co zwiększa ryzyko rozczarowania i przeciążenia odpowiedzialnością. Badany wskazuje, że naruszaniu granic sprzyjają realia pracy dyżurowej: presja organizacyjna i finansowa, przez którą ma poczucie, że musi brać dyżury niezależnie od swojej kondycji psychicznej; trudność z ponownym wejściem w intensywny tryb po przerwie; oraz obciążające myśli pod koniec dyżuru o tym, czy udziela wsparcia na wystarczającym poziomie - „czy na pewno ostatnia osoba... nie dostała gorszego wsparcia”. W jego opisie kulminacja ma postać jednoczesnego wzrostu pobudzenia i emocji moralnych: gdy sytuacja



staje się dla niego zbyt obciążająca, w trakcie rozmowy pojawiają się złość i poczucie przytłoczenia, a po rozmowie dochodzą poczucie winy i bezradność połączone z silną potrzebą wycofania się. „W trakcie rozmowy pojawiło się poczucie złości i przytłoczenia. Po rozmowie przyszło bardziej poczucie winy... że pozwoliłem na przekroczenie moich granic emocjonalnych i że ich nie ochroniłem.”. Moment, w którym trudno mu utrzymać spokój i strukturę rozmowy, rozpoznaje jako przekroczenie granicy (wysokie pobudzenie i złość) oraz jako odejście od własnych standardów zawodowych (poczucie winy i myśli, że nie utrzymał granicy). To z kolei zwiększa u niego potrzebę omówienia sytuacji w superwizji.

Sygnaly ostrzegawcze i konsekwencje naruszenia granic badany opisuje wielokanałowo: somatycznie, emocjonalnie, poznawczo i behawioralnie. Jeśli chodzi o reakcje z ciała, wskazuje na silne objawy pobudzenia: drżenie rąk, drgawki oraz wyraźne odczucia w okolicach klatki piersiowej, które czytelnie wskazują „Czuję, że coś jest niedobrego w tej rozmowie”. Emocjonalnie jako sygnał ostrzegawczy pojawia się złość i gniew, czasem także złość na sam fakt bycia w sytuacji zawodowo nieuniknionej.

Behawioralnie opisuje dwa skrajne sposoby reagowania: albo emocje rosną i podnosi głos (zdarza się przekrzykiwanie), albo przeciwnie, mówi zbyt spokojnie i wolno, żeby uspokoić rozmówcę. Można to ująć prościej jako przechodzenie między silnym pobudzeniem, w którym łatwo o impulsywną reakcję, a próbą utrzymania kontroli, czyli bardzo spokojnym tonem mimo dużego napięcia. Po naruszeniu granicy utrzymuje się też reakcja po kontakcie: badany mówi, że po rozmowie długo zostają emocje i odczucia z ciała, nawet jeśli nie pamięta konkretnych szczegółów rozmowy.

Strategie regulacji i ochrony granic, które pojawiają się w wywiadzie, obejmują zarówno działania w trakcie rozmowy, jak i bezpośrednio po niej. W trakcie interwencji badany opisuje spowalnianie, ściszenie głosu, ograniczanie wypowiedzi i nieprzerywanie w sytuacji wysokiego pobudzenia klienta, a gdy dominują emocje niewiążące się z agresją, na przykład smutek i lęk - świadome wzmacnianie ciepła i postawy życzliwej i empatycznej, przy jednoczesnym trzeźwym spojrzeniu na sytuację (uznaniu, że nie da się w pełni wiedzieć, co przeżywa druga osoba). Stosuje też doraźne techniki uziemiające: wyciszenie mikrofonu i trzy głębokie oddechy oraz picie wody jako sposób powrotu do terażniejszości. Po dyżurze korzysta z działań, które pomagają odpocząć psychicznie i emocjonalnie (np. spacer, lekkie seriale niewymagające skupienia). Rzadziej sięga też po mniej pomocną strategię, czyli jedzenie wysokokaloryczne jako formę nagrody po trudnym dyżurze. Najbardziej ochronna okazuje się dla niego szybka rozmowa z kimś z zespołu, czyli forma odreagowania w bezpiecznej relacji zawodowej. Długoterminowo kluczowe znaczenie nadaje superwizji - “W superwizji telefonu



czuję taki „parasol ochronny” ze strony superwizorki. (...) To oczywiście ma też ważny merytoryczny wymiar, ale przede wszystkim mam pewność, że moje emocje będą zaopiekowane... że będą „otulone” (...)

W integracji z COPE widać dominację strategii zadaniowych i wsparciowych (aktywne radzenie sobie 3, planowanie 3, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego 3 i emocjonalnego 3) oraz obecność humoru (3), co jest spójne z narracją o korzystaniu ze wsparcia zespołu i porządkowaniu sytuacji. Jednocześnie wyniki wskazują na umiarkowane nasilenie strategii, które mogą pełnić funkcję redukcji napięcia (koncentracja na emocjach i ich wyładowanie 3) oraz pewna obecność unikania w łagodnej formie (odwracanie uwagi 2, powstrzymywanie się od działania 2, zaprzeczanie 2, zaprzestanie działań 2), co można interpretować jako zestaw mieszany: generalnie adaptacyjny, ale w warunkach zmęczenia podatny na sięganie po szybką ulgę (np. jedzenie, seriale) zamiast pełnego domknięcia napięcia. Brak strategii wysokiego ryzyka (alkohol/substancje 1) współgra z deklaracją badanego, o niesięganiu po używkę.

Transfer pracy do życia prywatnego badany opisuje realistycznie jako zjawisko dwukierunkowe, choć podejmuje próby ograniczania go. Po intensywnym dyżurze głównym przejawem przenoszenia napięcia z pracy na życie prywatne jest mniejsza chęć kontaktu z innymi i wycofanie społeczne. „Najbardziej obserwuję, że po intensywnym dyżurze, kiedy było dużo rozmów, nie mam ochoty rozmawiać z ludźmi.” Stosuje strategie odreagowania po dyżurze poprzez stałą trasę powrotną pieszo - „wracam z dyżuru zawsze tą samą trasą, pieszo. (...) To daje mi te dziesięć minut, żeby to, co się wydarzyło na dyżurze, „odparowało”... zanim wejdę do mieszkania.”. Zaznacza jednak, że przy rozmowach, które mocno ją poruszają i uruchamiają osobiste skojarzenia, ten bufor czasem nie wystarcza. Wskaźnik satysfakcji z życia (SWLS) dla badanego wynosi 3 steny, co oznacza niski poziom dobrostanu. W interpretacji przypadku sugeruje to, że mimo obecności strategii ochronnych i korzystania ze wsparcia, koszt pracy (w połączeniu z osobistą wrażliwością na określone treści) może przekraczać dostępne zasoby regeneracyjne, a oddzielanie ról - choć intencjonalnie podejmowane - nie zawsze jest skuteczne w wymiarze odczuwanego dobrostanu.

Badany jest bardzo wrażliwy na stany innych i szybko na nie reaguje. (PES ogółem 78; wysoka empatia poznawcza 44 i wysoka afektywna 34). Jego rozumienie granic emocjonalnych jest dojrzałe i procesowe. Dla niego granica oznacza moment, w którym nie jest już w stanie dalej przyjmować i utrzymać emocji rozmówcy, oraz zasadę, że w relacji pomocowej kontroluje własną ekspresję emocji. „Z mojej perspektywy to coś w rodzaju limitu... do którego jestem w stanie „skontenerować” emocje, które w pewien sposób otrzymuję od osób kontaktujących się”. Profesjonalny dystans rozumie jako powstrzymanie się od przejmowania



odpowiedzialności za klienta i podtrzymywanie jego samodzielności. W naruszaniu granic szczególnie ważne są u niego wczesne sygnały w myśleniu, na przykład silna potrzeba szybkiego naprawienia sytuacji oraz wyraźne sygnały z ciała. To właśnie reakcje fizyczne traktuje jako najpewniejszą informację o tym, że pobudzenie rośnie i trzeba zadbać o swoje emocje. Strategie radzenia sobie (COPE) wskazują na przewagę działań zadaniowych i poszukiwania wsparcia, przy jednoczesnej obecności umiarkowanych strategii redukcji napięcia poprzez odwracanie uwagi, co w połączeniu z niskim SWLS może oznaczać, że regulacja jest skuteczna doraźnie, ale nie zawsze wystarcza do długofalowego podtrzymania dobrostanu. Styl regulacji emocji w pracy można opisać jako korzystanie z dwóch typów działań: technik uspokajania (spowolnienie, oddech, uziemienie) oraz kontroli ekspresji, czyli powstrzymywania gwałtownej reakcji i utrzymania spokojnego tonu mimo silnego napięcia. Taki sposób bywa jednak kosztowny, bo przy długich dyżurach i tematach, które mocno poruszają, napięcie może się kumulować.

W ujęciu opiniującym zasobami badanego są: wysoka empatia i trafne rozumienie różnicy między dystansem a obojętnością, umiejętność rozpoznawania sygnałów z ciała jako wczesnych markerów przeciążenia, gotowość do korzystania z superwizji i interwizji oraz preferencja strategii zadaniowych i wsparciowych (COPE) przy braku strategii wysokiego ryzyka. Czynnikiem ryzyka są: wysoka podatność na intensywność emocji w sytuacjach osobiście poruszających, tendencja do naprawczości i podwyższonej odpowiedzialności za jakość wsparcia pod koniec dyżuru, presja organizacyjno-finansowa ograniczająca możliwość doboru obciążenia do aktualnych zasobów, a także niski dobrostan (SWLS 3 steny), który może obniżać rezerwę regeneracyjną i zwiększać wrażliwość na kumulację stresu.

Zalecenia dla Badanego 3 dotyczące praktyki własnej: Zalecane jest wzmacnianie reakcji na pierwsze sygnały przeciążenia poprzez planowe wprowadzanie krótkich mikropauz w trakcie dyżuru, świadome trzymanie granic roli oraz konsekwentne kierowanie rozmowy z powrotem na perspektywę klienta, cel kontaktu i ramy interwencji. W momentach wzrostu pobudzenia warto uruchamiać krótkie techniki regulacyjne, takie jak uziemienie i ćwiczenia oddechowe, a także monitorować własne reakcje somatyczne jako wskaźnik narastania napięcia. Korzystne jest również doprecyzowanie granic odpowiedzialności, zwłaszcza pod koniec dyżuru, aby ograniczać tendencję do podwyższania standardów i nadmiernego obciążania się oceną jakości wsparcia.

Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej: Rekomendowane jest planowe korzystanie z interwizji i superwizji po rozmowach szczególnie obciążających, zwłaszcza dotyczących przemocy oraz chronicznej samotności, które badany wskazuje jako tematy zwiększające



ryzyko przeciążenia i utrzymywania się emocji po kontakcie. W pracy superwizyjnej warto wzmacniać tolerancję bezradności oraz rozwijać strategie utrzymywania roli pomocowej w sytuacjach, w których pojawia się napięcie moralne, złość lub poczucie winy. Pomocne jest także omawianie momentów, w których pojawia się impuls do skracania dystansu i przenoszenia rozmowy na własne doświadczenia, tak aby wcześniej rozpoznawać te sygnały i wracać do interwencyjnych ram kontaktu.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: Po dyżurze wskazane jest uporządkowanie sposobów obniżania napięcia poprzez stałą sekwencję domykania obciążenia, obejmującą krótką aktywność fizyczną, identyfikację i nazwanie dominujących emocji oraz kontakt wspierający, zamiast opierania się głównie na odwracaniu uwagi. Aktywności o charakterze komfortowym, takie jak oglądanie seriali czy jedzenie, warto traktować jako uzupełnienie po wcześniejszym obniżeniu pobudzenia, a nie jako podstawową formę regulacji. Zalecane jest też monitorowanie obciążenia dyżurami poprzez proste wskaźniki funkcjonowania, takie jak jakość snu oraz gotowość do kontaktu społecznego po pracy, i wykorzystywanie ich jako podstawy do okresowej oceny, czy aktualna liczba dyżurów jest adekwatna do dostępnych zasobów. Ze względu na niski dobrostan wskazane jest równoległe wzmacnianie zasobów pozazawodowych poprzez regularne aktywności dające poczucie sprawczości i przyjemności, stabilny rytm regeneracji oraz podtrzymywanie relacji niezwiązanych z rolą pomocową.

3.1.5. Studium przypadku - Badana 4

Badana 4 jest 32-letnią kobietą z wykształceniem magisterskim, psychologicznym, pracującą w obszarze interwencji kryzysowej od 4 lat. Zawodowo pełni dyżury stacjonarne w telefonii wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym, realizując średnio ok. 70 godzin dyżurowych miesięcznie. W opisie swojej roli podkreśla, że pomaga doraźnie, skupiając się na wsparciu osoby w momencie silnego nasilenia trudnych emocji: „Pracuję na telefonii wsparcia dla osób dorosłych w kryzysie emocjonalnym.” Najczęściej spotyka się ze zgłoszeniami o charakterze ostrym i interwencyjnym, z dominującą tematyką okołosamobójczą oraz potrzebą oceny ryzyka i uruchomienia adekwatnych procedur: „W interwencji kryzysowej są to najczęściej sytuacje około-samobójcze: silne myśli samobójcze, czasami myśli z planami, z zamiarami... takie stricte interwencyjne.”. Dyżury mają taką specyfikę, że zgłoszenia są bardzo różne, trzeba szybko rozpoznać problem i poprowadzić rozmowę w jasnych ramach, mimo presji czasu oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo osoby dzwoniącej.



W rozumieniu badanej granica emocjonalna ma przede wszystkim wymiar osobisty (subiektywny) i jest rozpoznawana jako moment, w którym ma poczucie, że kontakt zaczyna ją zbyt mocno obciążać lub wykracza poza to, na co jest gotowa: „To jest moja własna granica - moment, w którym czuję, że jestem przekraczana, nadużywana...”. Jednocześnie dopuszcza ona istnienie bardziej obiektywnych naruszeń granic, gdy klient natarczywie wraca z tym samym tematem lub próbuje wpływać na rozmowę w sposób manipulacyjny: „Są klienci, którzy dzwonią do nas bardzo często, wracają z jednym tematem i w pewien sposób manipulują...”. Granica jest dla niej zachowana wówczas, gdy rozmowa nie uruchamia odniesień osobistych i pozwala utrzymać koncentrację na kliencie, przy jednoczesnym zachowaniu racjonalnej oceny sytuacji: „Po tym, że rozmowa w żaden sposób nie odwołuje się do mnie osobiście... że przez cały czas jestem w stanie zachować zdroworozsądkowe myślenie i nakierowanie na klienta, a nie na siebie.” W tej definicji granica obejmuje równocześnie obszar emocji (brak przekierowania w stronę własnych tematów), odpowiedzialności (oddzielenie tego, co należy do konsultanta i do klienta) oraz relacji (utrzymanie roli profesjonalnej). Profesjonalny dystans badana opisuje jako zdolność do względnie obiektywnej oceny, przy równoczesnym uznaniu trudności historii klienta, ale bez przenoszenia jej na siebie: „Widzę, że ktoś potrzebuje pomocy (...) ale to nie ‘przechodzi’ na mnie.” Różnicę między dystansem a obojętnością można ująć w jej narracji jako aktywną obecność i wsparcie przy jednoczesnym utrzymaniu granicy odpowiedzialności. Badana nie utrzymuje dystansu po to, żeby nie odczuwać emocji, lecz po to, żeby zachować skuteczność w udzielaniu pomocy. Kluczowym cytatem opisującym empatię bez wchodzenia w emocje klienta jest zdanie: „Myślę, że współodczuwam to, o czym ktoś mówi... i jestem w stanie wyobrazić sobie siebie w takiej sytuacji.”. Psychologicznie można to opisać jako połączenie współodczuwania z rozumieniem sytuacji klienta oraz umiejętnością utrzymania granicy, że to doświadczenie należy do klienta, a nie do niej. Taki układ sprzyja adekwatnej i wspierającej reakcji, o ile nie dochodzi do nadidentyfikacji, czyli sytuacji, w której uwaga przesuwana się z potrzeb klienta na własne pobudzenie i osobiste skojarzenia.

Sytuacje testujące granice badana opisuje jako takie, w których rośnie presja odpowiedzialności, a klient próbuje przerzucić na konsultanta decyzje i działania. Szczególnie obciążające są kontakty, w których rozmówca oczekuje, że konsultant zrobi coś za niego, a następnie wykorzystuje informację o myślach samobójczych w sposób, który może służyć wywieraniu presji: „Miałam ostatnio sytuację, w której klient powiedział, że jest w szpitalu psychiatrycznym i oczekiwał, że bym ja zadzwoniła na 112 i o tym poinformowała. Zaczęłam mówić o oddaniu sprawczości - że może zrobić to sam - i wtedy klient powiedział, że ma silne



myśli samobójcze. W takiej sytuacji czuję przekroczenie, bo jest to na pograniczu: z jednej strony realna potrzeba pomocy, z drugiej strony próba przeniesienia odpowiedzialności na mnie.”. Drugą kategorią sytuacji, które długo wracają po dyżurze, są rozmowy związane z ważnymi dla badanej wartościami i tematami osobistymi, które szczególnie ją poruszają: „Przykładem są starsze osoby, które często nie mają wsparcia - to mnie osobiście bardzo porusza.”. W tych przypadkach obciążające są nie tyle konkretne szczegóły rozmowy, ile to, co ta historia oznacza w kontekście wartości i osobistych przekonań badanej. To może sprawiać, że napięcie po rozmowie utrzymuje się dłużej. Trzecią sytuacją przeciążającą jest nierówny poziom zaangażowania: konsultant wkłada w rozmowę więcej wysiłku niż osoba dzwoniąca, a w odpowiedzi pojawia się negowanie propozycji i bezradność klienta: „W rozmowie przeciążenie pojawia się też wtedy, kiedy zauważam, że moje zaangażowanie jest większe niż zaangażowanie osoby dzwoniącej.”. Z perspektywy empatii można założyć, że przy umiarkowanie wysokiej ogólnej empatii (PES) badanej łatwiej mocno angażować się w perspektywę i wartości klienta. To może zwiększać koszt emocjonalny, zwłaszcza gdy jednocześnie rośnie presja odpowiedzialności albo gdy po stronie dzwoniącego brakuje współpracy: u badanej ogólny wynik PES wynosi 66, przy relatywnie wyższym komponencie poznawczym (37) niż afektywnym (29), co może sprzyjać rozumieniu emocji innych przy częściowo chroniącej, nieco słabszej skłonności do przejmowania emocji rozmówcy. Badana opisuje naruszanie granic jako proces, który może rozwijać się zarówno w trakcie jednej rozmowy, jak i narastać wraz z liczbą dyżurów. Często zaczyna się od myśli usprawiedliwiającej zwiększanie obciążenia, na przykład że może wziąć więcej, a dopiero później, już w życiu prywatnym, pojawia się spadek energii i przeciążenie: „Ja czasem łapię się na myśli, że ‘nie jestem aż tak zmęczona i mogłabym wziąć więcej’, a potem okazuje się, że prywatnie nie mam na coś energii...”. W obrębie rozmowy proces zwykle zaczyna się od rosnącego poczucia odpowiedzialności i zwiększania wysiłku po stronie konsultantki, gdy klient pozostaje bierny lub neguje możliwości zmiany: „Kiedy to ja bardziej szukam rozwiązań (...) a osoba na wszystko odpowiada: ‘nie’, ‘nie da się’...”. Moment kulminacyjny można opisać jako sytuację, w której konsultantka zaczyna brać na siebie zbyt dużą część odpowiedzialności za działania i emocje klienta. To zwykle podnosi napięcie i wywołuje złość lub poczucie bezradności. Sygnał przeciążenia może pojawić się w trakcie rozmowy albo dopiero po niej; bardziej kosztowna jest ta druga sytuacja, gdy granica nie została postawiona na bieżąco: „Czasami reflektuję się dopiero po rozmowie i wtedy to zostaje ze mną dłużej... bo nie zareagowałam w trakcie i muszę potem z tym zostać sama.” Czynniki przyspieszające ten proces to: większa liczba dyżurów (zmniejszenie zasobów samoregulacji), tematy w których



można odnaleźć wartości lub osobiste doświadczenia, a także sytuacje niejednoznaczne proceduralnie, w których trudniej oprzeć się na stałych ramach i szybciej pojawia się obciążenie odpowiedzialnością.

Sygnaly ostrzegawcze przeciążenia badana rozpoznaje przede wszystkim w ciele jako wzrost pobudzenia i napięcia: „Jestem zdenerwowana... Czuję, że krew ‘szybciej mi krąży’.” W warstwie emocjonalnej dominują złość i niemoc: „Kojarzy mi się to z emocjami złości... z niemocą.” W zachowaniu widać wtedy więcej ruchu: badana częściej gestykuje i chodzi, żeby obniżyć napięcie: „Czasami wstaję i chodzę... gdy temat jest mocny, to wstanę.” Poznawczo po rozmowie zostaje jej raczej ogólny sens i ciężar sytuacji niż konkretne szczegóły. Nie odtwarza historii słowo w słowo, ale pamięta te rozmowy, które ją poruszyły, zwykle związane z ważnymi dla niej wartościami. Po kontakcie z treściami kryzysowymi może też dłużej utrzymywać się napięcie w ciele, a w myślach wracają uogólnione wnioski o świecie. To sprawia, że obciążenie przenosi się na czas po dyżurze.

Strategie ochrony granic badana opisuje na trzech poziomach: w trakcie rozmowy, bezpośrednio po niej oraz długoterminowo. W trakcie kontaktu, gdy zauważa narastanie przeciążenia, podejmuje mikro-wycofanie i przywracanie sprawczości klientowi: „Delikatnie się wycofuję i próbuję oddać sprawczość klientowi... ‘zwalić’ część odpowiedzialności na niego.” Jako strategię stosowaną w trakcie dyżuru wykorzystuje też krótkie działania oparte na ruchu, takie jak wstanie, przejście się i przewietrzenie, a także krótką rozmowę z innymi konsultantami podczas dyżuru: „Pomaga mi rozmowa z innymi konsultantami na dyżurze (...) idę się przewietrzyć... potrzebuję wstać i fizycznie przejść kawałek.” Po powrocie do domu dominują rytuały wyciszające i odwracające uwagę od tematu (kąpiel, joga, podcast), które pełnią funkcję obniżania pobudzenia i domykania dnia: „W domu reguluję się tak, jak reguluję się ‘domowo’: potrzebuję wyciszenia, kąpeli. Czasami robię jogę, czasami słucham podcastu.” Długoterminowo najsilniejszym czynnikiem ochronnym jest superwizja oraz stała grupa współpracowników, dająca przestrzeń normalizacji i weryfikacji granic: „To, że można coś przegadać i ‘wyrzucić z siebie’ to, co zostało... oraz dopytać (...) czy według nich było przekroczenie, czy nie.” Integracja z COPE wskazuje na profil dość zrównoważony: badana osiąga wysokie (najwyższe w jej profilu) wyniki w strategiach zadaniowych i wspierających (aktywne radzenie sobie, planowanie, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego i emocjonalnego), ale także w akceptacji, pozytywnym przewartościowaniu, a równolegle w koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu; zauważalna jest również obecność zwrotu ku religii oraz poczucia humoru jako sposobów regulacji. Ten zestaw jest spójny z narracją: w pracy dąży do przywracania sprawczości (zadaniowość), korzysta ze wsparcia ludzi wokół i



superwizji, a jednocześnie rozładowuje napięcie przez ciało i ruch (kanał emocjonalny). Strategie unikowe są obecne w ograniczonym stopniu (np. odwracanie uwagi), natomiast nie pojawia się nasilone zaprzeczanie czy rezygnacja; istotnym elementem narracji jest też rezygnacja z dawniej użytecznego, lecz nieadaptacyjnego regulatora („Kiedyś paliłam papierosy... dziś wiem, że to jest nieskuteczne”), co można interpretować jako wzrost świadomości samoregulacyjnej.

Transfer pracy do życia prywatnego przyjmuje u badanej postać spadku energii, wycofania społecznego oraz opóźnionego uświadomienia poziomu obciążenia: „Mam też poczucie, że dużo bardziej to we mnie zostaje, niż sobie uświadamiam: jestem bardziej przeciążona psychicznie, niż mi się wydaje.”. W praktyce przekłada się to na preferowanie snu i ograniczanie aktywności („To się przejawia tak, że nie chce mi się wychodzić, wolę iść spać”), co wskazuje na potrzebę regeneracji po utrzymującym się pobudzeniu. Poznawczo transfer ujawnia się jako generalizacja wniosków o świecie po wielokrotnej ekspozycji na cierpienie: „Zostaje mi często taki ogólnik: że ‘jest trudno na świecie’... i że bywa to bardzo niesprawiedliwe.” Jednocześnie badana ma rozpoznane momenty, kiedy potrzebuje przerwy: wraz ze wzrostem liczby dyżurów obserwuje spadek cierpliwości i większą potrzebę urlopu - „(...) pojawia się naturalne rozpoznanie: „teraz potrzebuję odpoczynku, bo to już jest za dużo”.”, sytuacja przekracza jej zasoby. Jej wynik SWLS na poziomie 6 stena wWskazuje to na przeciętną satysfakcję z życia, co może oznaczać, że badana w pewnym stopniu oddziela pracę od życia prywatnego. Obciążenie czasem przenosi się poza dyżur, ale nie dominuje ogólnej oceny jakości życia. Bilans zawodowy pozostaje raczej dodatni dzięki poczuciu sensu pracy.

Całościowy obraz funkcjonowania badanej pokazuje osobę wrażliwą na wartości i znaczenie treści, dobrze rozumiejącą emocje innych i zwykle potrafiącą utrzymać ramy pracy. Trudniej jest jej wtedy, gdy odpowiedzialność w rozmowie jest niejasna oraz gdy temat uruchamia osobiste skojarzenia i doświadczenia. W PES badana osiąga ogólny wynik empatii 66, z wyższą empatią poznawczą (37) niż afektywną (29). Może to sprzyjać pomaganiu poprzez dobre rozumienie sytuacji klienta i adekwatne prowadzenie rozmowy, a jednocześnie częściowo ograniczać przejmowanie emocji rozmówcy. Jednocześnie z jej relacji wynika, że w tematach zgodnych z jej wartościami (np. samotność osób starszych) napięcie i poruszenie są większe. Profil COPE (wysoka obecność strategii zadaniowych, wsparciowych, akceptacyjno-przewartościowujących oraz wyładowania emocji) jest zgodny z jej opisem regulacji: w pracy korzysta z procedur i superwizji oraz pilnuje, aby odpowiedzialność pozostała po stronie klienta, a po pracy stosuje rytuały wyciszające i działania oparte na ciele, zwłaszcza ruch w naturze. Przeciętny wynik SWLS sugeruje, że choć obciążenie czasem przenika do życia



prywatnego, badana zwykle potrafi zakończyć napięcie po dyżurze i ma istotne zasoby ochronne (sens pracy, wsparcie zespołu, superwizja, świadomość sygnałów).

Zalecenia dla Badanej 4 dotyczące praktyki własnej: W trakcie interwencji zalecane jest utrwalanie szybkich punktów kontrolnych pozwalających ocenić, czy zaangażowanie badanej nie zaczyna przekraczać poziomu adekwatnego do roli, zwłaszcza w sytuacjach bierności klienta i negocjowania rozwiązań. Pomocne będzie świadome porównywanie własnego wysiłku z wysiłkiem osoby dzwoniącej oraz konsekwentne przywracanie sprawczości klientowi poprzez oddawanie mu decyzji i działań, szczególnie w rozmowach niejednoznacznych i obciążających odpowiedzialnością. Warto także wzmacniać reakcję na sygnały pobudzenia już w trakcie rozmowy, tak aby granica była stawiana na bieżąco, a nie dopiero po zakończeniu kontaktu.

Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej: W pracy superwizyjnej rekomendowane jest pogłębianie rozróżnienia między odpowiedzialnością konsultanta a odpowiedzialnością klienta w sytuacjach, w których pojawia się presja przetrzucania decyzji na interwenta lub elementy manipulacyjne. Warto uwzględnić także pracę nad tematami szczególnie bliskimi wartościom badanej i mocno poruszającymi emocjonalnie (np. samotnością osób starszych). Pomaga tu rozpoznawanie sygnałów nadmiernej identyfikacji oraz wypracowanie spójnego sposobu prowadzenia rozmowy w takich wątkach. Korzystne będzie również omawianie sytuacji, w których refleksja o przekroczeniu granic pojawia się dopiero po rozmowie, aby skracać czas identyfikacji przeciążenia i zmniejszać koszt utrzymującego się napięcia po dyżurze.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: Ze względu na tendencję do opóźnionego rozpoznawania przeciążenia przy zwiększaniu liczby dyżurów zalecane jest wprowadzenie stałego, planowanego limitu dyżurów oraz bufora regeneracyjnego, ustalanego na podstawie obserwacji poziomu energii po pracy, a nie wyłącznie subiektywnego poczucia braku zmęczenia. Wskazane jest także wzmacnianie działań obniżających napięcie bezpośrednio po rozmowie jeszcze w miejscu pracy, na przykład poprzez krótkie mikroprzerwy ruchowe oraz krótką konsultację lub rozmowę z innym konsultantem, aby ograniczać ryzyko utrzymywania się pobudzenia po zakończeniu dyżuru. Po pracy warto podtrzymywać dotychczasowe sposoby wyciszenia (kąpiel, joga, podcast) jako element domykania dnia oraz dbać o to, aby regeneracja była planowana proporcjonalnie do obciążenia dyżurami.

3.1.6. Studium przypadku - Badana 5

Badana 5 to 40-letnia kobieta, magister psychologii, pracująca w obszarze interwencji kryzysowej od 3 lat, w formule mieszanej (stacjonarnej i zdalnej), głównie w ramach telefonu



zaufania, ze średnim obciążeniem ok. 75 godzin dyżurowych miesięcznie. W opisie pracy akcentuje kontakt z osobami doświadczającymi choroby przewlekłej, załamań i nawracających trudności, a także z osobami w ostrym kryzysie psychicznym, w tym z nasilonymi myślami samobójczymi i zamiarami samobójczymi. Kluczowym elementem jej roli jest powstrzymanie eskalacji zagrożenia życia poprzez dotarcie do cierpienia i uruchamianie w rozmówcy możliwości zatrzymania się oraz zmiany kierunku działania: „Moją rolą jest wtedy dotarcie do tego cierpienia... i sprawienie, żeby ta osoba mogła się temu przyjrzeć i - krótko mówiąc - nie podążała w tym kroku.” Wśród najczęstszych typów zgłoszeń wskazuje zarówno kryzysy relacyjne i doświadczenia opuszczenia, jak i trudności u osób starszych (np. zawiedzione nadzieje wobec dzieci, osamotnienie). Typową interwencję kryzysową wiąże z zagrożeniem samobójstwem oraz konkretnymi metodami samouszkodzeń i prób odebrania sobie życia. Specyfikę dyżurów opisuje jako obciążoną krótkimi przerwami między rozmowami oraz presją czynności administracyjnych i wymogów organizacyjnych, które konkurują z potrzebą krótkiego uspokojenia się po trudnych telefonach.

W rozumieniu badanej granica emocjonalna dotyczy głównie tego, jak silne są emocje i pobudzenie oraz jaki koszt emocjonalny pojawia się w trakcie rozmowy i po jej zakończeniu: „Tak... w moim przypadku dotyczy bardziej emocji.” Granicę definiuje nie jako brak zaangażowania, lecz jako zdolność do bycia autentyczną w kontakcie bez wchodzenia w tryb nadodpowiedzialności: „Granica emocjonalna... mam tak, że kiedy jestem w interwencji kryzysowej, to włączam się „prawdziwie”, jestem bardzo tu i teraz... i czasem jest mi ciężko wyczuć moment, w którym powinnam odpuścić.”. Zachowanie granicy rozpoznaje po tym, że po rozmowie może szybko wrócić do codziennych ról, natomiast jej naruszenie ujawnia się szczególnie po zakończeniu kontaktu, gdy spada napięcie zadaniowe i pojawia się koszt fizjologiczny oraz emocjonalny: „I dopiero kiedy kończę rozmowę, czuję, że przekroczyłam swoje granice emocjonalne... bo w trakcie po prostu działałam.”. Granica jest więc przez nią rozumiana także jako granica czasu i odpowiedzialności - wyrażająca się w zdolności do nieprzeciągania interwencji, do zostawiania rozmówcy decyzyjności i do akceptacji ograniczeń wpływu - „(...) czasem ludzie nie chcą się uratować. A na siłę nikogo się nie uratuje.”. Profesjonalny dystans badana rozumie jako empatyczne podejście, ale bez przejmowania i noszenia w sobie emocji klienta po rozmowie. „Dla mnie (...) dystans to moment, w którym empatyzuję z osobą w kryzysie, odczuwam z nią... ale nie „zostaje to” we mnie w taki sposób, że czuję mocne uściski w klatce i nie mogę potem wrócić do funkcjonowania.”. W jej ujęciu dystans nie jest obojętnością, bo obojętność oznaczałaby sztywne trzymanie się procedury i brak dopasowania do osoby. Dystans pozwala jej zrozumieć perspektywę rozmówcy, a



jednocześnie nie przejmować jego emocji: „Musiałabym automatycznie postępować według protokołu... i prawdopodobnie rozwiązanie byłoby „niewycelowane” w tę konkretną osobę.”. Psychologicznie można to ująć prościej: badana rozróżnia rozumienie emocji drugiej osoby od silnego współodczuwania. Podkreśla też, że musi dbać o poziom napięcia, żeby empatia nie zamieniała się w przejmowanie emocji klienta i branie na siebie zbyt dużej odpowiedzialności. Opisuje to jako przyjęcie perspektywy obserwatora, czyli świadome patrzenie na sytuację z pewnego dystansu, przy jednoczesnym utrzymaniu uwagi na kliencie.: „Może to zabrzmie dziwnie, ale często wyobrażam sobie „trzecią osobę”... jakbym wychodziła z boku. Jestem ja i klient... a obok jest jeszcze „ja” w roli superwizora, który patrzy na sytuację z boku i obserwuje relację. To pomaga mi zobaczyć, czego ta osoba może potrzebować... i obserwować też siebie w rozmowie”. Tę strategię można rozumieć jako sposób samokontroli: badana stara się rozumieć stan rozmówcy i patrzeć na sytuację z pewnego dystansu. Dzięki temu utrzymuje kontakt i skuteczność, a jednocześnie mniej przejmuje emocje rozmówcy.

Wśród sytuacji szczególnie testujących granice badana wskazuje przede wszystkim rozmowy, w których osoba dzwoni z deklaracją, że potrzebuje pomocy, ale w praktyce chce przede wszystkim wyładować napięcie, prowokując konflikt lub podkreślając emocje: „Są rozmowy, w których teoretycznie ktoś dzwoni po pomoc, ale w praktyce dzwoni, żeby się „wyżyć””. W takich sytuacjach obciążające jest nie tyle samo cierpienie opisane w rozmowie, ile intensywność emocji i napięcie w kontakcie oraz konieczność utrzymania granic mimo prowokacji. Drugim typem sytuacji jest presja oceny i kontroli w miejscu pracy, która dokłada dodatkowy stres i sprawia, że badana bardziej kontroluje siebie, kosztem swobodnej obecności w rozmowie: „Pojawiała mi się myśl: czy ja nie jestem za ostra... czy zbyt mocno stawiam granice... albo czy jestem „za mało empatyczna””. Trzecia kategoria to zgłoszenia dotyczące krzywdzenia dzieci - te pozostają w pamięci najdłużej i uruchamiają silne obrazy oraz emocje związane z rolą rodzica: „Tak... zgłoszenia dotyczące dzieci, które są krzywdzone (...) Mam dzieci i czuję, że to jest element do pracy wewnętrznej.”. Badana precyzuje, że w tych sprawach obciążają ją przede wszystkim treści i wizualizacja cierpienia: „Pojawia mi się obraz, jak to dziecko jest krzywdzone... (...) To jest wizualizacja.”. W kontekście wyników empatii można przyjąć, że relatywnie wysoka empatia sprzyja łatwiejszemu rozpoznawaniu stanów innych i szybszemu pobudzeniu się w kontakcie, co zwiększa ryzyko utrzymywania się napięcia po dyżurze, zwłaszcza w tematach powiązanych z osobistymi wartościami i rolami. U badanej wynik ogólny empatii wynosi 69 (empatia poznawcza 38; empatia afektywna 31), co sugeruje wyraźną gotowość do rozumienia i współodczuwania, przy istotnym udziale komponentu afektywnego.



Mechanizm naruszania granic badana opisuje jako proces sekwencyjny, w którym początkowo dominuje tryb zadaniowy i mobilizacja do działania, a sygnały przeciążenia pojawiają się z opóźnieniem. Pierwszym etapem jest szybkie rozpoznanie problemu i skupienie się na możliwych rozwiązaniach: „Najpierw rozpoznaję temat... próbuję proponować rozwiązania, pytam, co ktoś robił.” Drugi etap to moment utknięcia rozmówcy („Potem jest moment, w którym beneficjent mówi: „ja już wszystko próbowałem, nie dam rady””), wiąże się to z brakiem jasnego zakończenia rozmowy i rosnącymi oczekiwaniami wobec interwenta. W takiej sytuacji rośnie ryzyko przejścia zbyt dużej odpowiedzialności oraz rozmycia granic czasu rozmowy i zakresu wpływu: „Wtedy staram się być bardzo empatyczna... (...) I to jest dla mnie moment, w którym nie czuję już granicy: czy to jest czas, żeby ją postawić, czy jeszcze nie.” Trzeci etap ma charakter kulminacyjny: badana dłużej utrzymuje wysoki poziom zaangażowania, zwłaszcza wobec osób uprzejmych i budzących sympatię, co paradoksalnie utrudnia jej szybkie postawienie granicy: („Jeśli ktoś jest miły - trudniej.”), a po rozmowie pojawia się mieszanka poczucia winy i myśli o niewystarczającej pomocy. W tym miejscu sygnał przeciążenia jest najczęściej rozpoznawany dopiero po zakończeniu rozmowy, gdy spada mobilizacja i pojawiają się objawy takie jak ból głowy, trudność w koncentracji i przytłumienie. Proces nasilają tempo dyżuru, krótkie przerwy między telefonami, równoległe obowiązki administracyjne oraz presja koordynatorska i obawa przed oceną, co zwiększa zmęczenie psychiczne i utrudnia regulowanie napięcia w kolejnych kontaktach. Całość można opisać jako przejście od działania zadaniowego do przeciążenia, gdy napięcie utrzymuje się zbyt długo, a jednocześnie rośnie rozbieżność między standardami pracy a warunkami, w jakich rozmowa się toczy.

Badana opisuje sygnały naruszenia granic na trzech poziomach: w ciele, w emocjach oraz w myślach i zachowaniu. Ze strony ciała pojawiają się oznaki silnego napięcia, na przykład spięte mięśnie i wyraźne pobudzenie: „Zaczynam mocniej oddychać... czuję ucisk w klatce, spięcie mięśni.” oraz późniejsze wskaźniki przeciążenia po rozmowie: „Po rozmowie czuję to często bólem głowy... kluciem... przytłumieniem, jakby „za mgłą”. Emocjonalnie pojawia się irytacja i złość, którą badana opisuje jako narastające napięcie. Można to rozumieć jako sygnał, że poziom pobudzenia przekracza jej możliwości regulacji i przechodzi w stan silnego pobudzenia. Poznawczo badana doświadcza spadku koncentracji i tendencji do mentalnego wycofania: „Uczucie odbiegania od rozmowy... niechęć, wyparcie przetwarzania dalszej treści.”. W zachowaniu pojawia się uspokajanie się przez ruch, na przykład chodzenie oraz kręcenie w rękach przedmiotów: „Zaczynam się czymś bawić... stukać, ruszać nogą...”, co można to opisać jako próby uspokojenia się przez ruch. Po rozmowie zostaje jej przede



wszystkim napięciu i obraży, zwłaszcza w tematach dotyczących dzieci. Może to oznaczać, że przy silnym zaangażowaniu i trudnej treści częściej wracają jej niechciane obrazy i skojarzenia. W wywiadzie badana opisuje trzy grupy strategii ochrony granic: stosowane w trakcie rozmowy, bezpośrednio po jej zakończeniu oraz w dłuższej perspektywie. W trakcie interwencji badana wchodzi w tryb zadaniowy „(...) w trakcie po prostu działam.”. W trakcie rozmowy stara się inaczej zrozumieć intencje klienta, co pomaga jej zachować spokój i nie odpowiadać agresją na agresję. Równolegle przyjmuje perspektywę obserwatora, czyli patrzy na sytuację z pewnego dystansu, dzięki czemu łatwiej utrzymuje empatię bez przejmowania emocji rozmówcy. Po rozmowie kluczowe jest dla niej wsparcie koleżeńskie i możliwość omówienia tego, co ją obciążało, a także krótki czas wyciszenia i odpoczynku: „posiedzieć... patrzeć w sufit...”, czyli obniżanie pobudzenia. Stosuje też przerzucanie uwagi i bodźce neutralne emocjonalnie: „W samochodzie - muzyka, coś całkiem innego.” Długoterminowo szczególnie podkreśla znaczenie superwizji i interwizji oraz pracy własnej nad rozróżnianiem „co jest moje, a co jest klienta”, co stanowi mechanizm ochronny w zawodach pomocowych. Profil radzenia sobie jest spójny z narracją: dominują strategie aktywne i poznawcze (aktywne radzenie sobie, planowanie, pozytywne przewartościowanie, akceptacja) oraz korzystanie ze wsparcia, a także odwracanie uwagi i powstrzymywanie się od działania, które w jej ujęciu pełnią funkcję regulacyjną bardziej niż unikową w sensie zaprzeczania problemowi. Jednocześnie nie pojawiają się u niej strategie potencjalnie ryzykowne lub bezradnościowe, takie jak zaprzeczanie, zaprzestanie działań czy używanie substancji, co sugeruje, że nawet gdy jest przeciążona nie sięga po dezadaptacyjne formy redukcji napięcia (COPE: przewaga strategii aktywnych i wsparciowych; niskie zaprzeczanie i rezygnacja oraz sporadyczne używanie substancji.).

Transfer pracy do życia prywatnego badana opisuje jako przedłużone zmęczenie i utrzymujące się pobudzenie po dyżurach, które osłabia jej dostępność dla ról domowych: „Mam ochotę po pracy po prostu odpocząć... położyć się... nie robić już nic. (...) tylko odpoczynek, „odbodźcowanie”.”. Obciążenie z dyżuru przenosi się też na myśli i emocje po pracy, ponieważ część treści wraca wieczorem, a rodzina zauważa u niej wzrost lękowego sprawdzania bezpieczeństwa dzieci: “Czasem zauważam, że dzieci mi mówią: „ty słyszysz różne historie, to bardziej się o nas obawiasz”... ”. Jako ochronę stosuje rytuał przejścia między rolami - zatrzymanie się przed wejściem do domu i korzystanie z chwili ciszy w samochodzie - można to rozumieć jako celowe uspokojenie się po dyżurze i przejście z trybu gotowości do trybu domowego. W obszarze dobrostanu badana uzyskała wysoki wynik satysfakcji z życia (8 sten), co wskazuje na dobrą ogólną ocenę jakości życia i sugeruje, że mimo okresowego przenoszenia



stresu na życie prywatne ma skuteczne sposoby oddzielania pracy od domu oraz zasoby wspierające regenerację.

Całościowy obraz funkcjonowania badanej pokazuje osobę o wysokiej wrażliwości interpersonalnej i rozwiniętych kompetencjach empatycznych, które wspierają skuteczność w interwencji, ale jednocześnie zwiększają podatność na wzbudzenie i utrzymywanie się obrazów oraz napięcia po rozmowie, zwłaszcza przy tematach krzywdzenia dzieci. Jej rozumienie granic jest dojrzałe: odróżnia profesjonalny dystans od obojętności, rozpoznaje ryzyko przejmowania odpowiedzialności za klienta i wskazuje, że granice dotyczą regulacji emocji, zakresu odpowiedzialności i czasu. Styl regulacji emocji można opisać jako łączenie działania zadaniowego w trakcie rozmowy z późniejszym ujawnianiem kosztu fizycznego; badana często orientuje się, że przekroczyła swoje możliwości dopiero po zakończeniu kontaktu, co wskazuje na potrzebę wcześniejszego wychwytywania sygnałów z ciała i w myślach. Dominujące strategie radzenia sobie są w większości adaptacyjne i zgodne z jej opisem: działania aktywne, planowanie, wsparcie społeczne, przewartościowanie, akceptacja oraz odwracanie uwagi, przy niskiej skłonności do zaprzeczania i rezygnacji. Wysoki dobrostan sugeruje, że mimo intensywnej pracy i okresowych przeciążeń badana utrzymuje satysfakcję z życia, czemu sprzyjają wsparcie zespołu i superwizja, stałe sposoby przechodzenia z pracy do domu, regeneracja oraz refleksja nad własnymi reakcjami w pracy.

Zalecenia dla Badanej 5 dotyczące praktyki własnej: Zalecane jest wzmacnianie wczesnego rozpoznawania przeciążenia w trakcie rozmowy, ponieważ badana opisuje, że koszt często ujawnia się dopiero po zakończeniu kontaktu. Pomocne będzie wprowadzanie krótkich punktów kontrolnych podczas interwencji (ocena poziomu pobudzenia, napięcia i irytacji) oraz wcześniejsze domykanie rozmów w sytuacjach utknięcia klienta i braku postępu, z jednoczesnym jasnym oddzieleniem wpływu interwenta od decyzji rozmówcy. Warto również konsekwentnie pracować nad stawianiem granic także wobec osób uprzejmych i budzących sympatię, aby ograniczyć tendencję do wydłużania kontaktu i późniejsze poczucie winy.

Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej i wsparcia: Rekomendowane jest systematyczne omawianie w superwizji zgłoszeń dotyczących krzywdzenia dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem uruchamiania roli rodzica, powracających obrazów oraz sposobów domykania takich rozmów. Warto również wykorzystywać interwizję do porządkowania wątpliwości po interwencjach, w których pojawia się presja oceny lub obawa przed zbyt twardym stawianiem granic, tak aby wzmocnić spójność standardu pracy i zmniejszyć samokontrolę kosztującą zasoby w trakcie dyżuru. Pomocne będzie też utrwalanie rozróżnienia „co jest po stronie



klienta, a co po stronie interwenta”, zwłaszcza w sytuacjach prowokacji, eskalacji emocji lub rozładowywania napięcia kosztem konsultanta.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: W zakresie regulacji po rozmowie warto utrzymywać krótką sekwencję obniżania pobudzenia (cisza, oddech, neutralny bodziec, krótka rozmowa z osobą z zespołu), zanim badana przejdzie do kolejnego kontaktu lub zadań administracyjnych, ponieważ wskazuje na krótkie przerwy i presję organizacyjną jako czynnik nasilający przeciążenie. W warstwie organizacyjnej, o ile to możliwe, zasadne jest negocjowanie mikroprzerw po rozmowach wysokiego ryzyka oraz ograniczanie obciążeń administracyjnych bezpośrednio po trudnych telefonach, aby zmniejszyć kumulację napięcia w kolejnych interwencjach. Po dyżurze rekomendowane jest podtrzymywanie stałych rytuałów przejścia między rolami (moment wyciszenia przed wejściem do domu) oraz traktowanie odwracania uwagi jako strategii krótkoterminowej, domykanej w razie potrzeby rozmową w zespole lub superwizją, gdy treści utrzymują się w pamięci.

3.1.7. Studium przypadku - Badany 6

Badany to mężczyzna w wieku czterdziestu dwóch lat, z wykształceniem magisterskim w zakresie psychologii, posiadający dziesięcioletni staż pracy w obszarze interwencji kryzysowej i realizujący wsparcie w formie stacjonarnej w ramach telefonu zaufania, przy obciążeniu około sześćdziesięciu godzin dyżurów w miesiącu. W opisie roli zawodowej akcentuje kontakt z osobami w kryzysie emocjonalnym i psychicznym oraz cel interwencji rozumiany jako doraźna pomoc psychologiczna połączona z poszukiwaniem możliwych rozwiązań do wdrożenia przez osobę dzwoniącą, co ujmuje w zdaniu: „Moim zadaniem jest udzielenie pomocy psychologicznej oraz wypracowanie pewnych rozwiązań, które mogą wdrożyć, aby ich życie było zdecydowanie lepsze...”. Najczęściej spotyka się ze zgłoszeniami dotyczącymi kryzysów partnerskich, zdrad, rozstań i przemocy w relacji, a także z rozmowami o samotności i braku wsparcia w otoczeniu. Specyfika dyżuru ujawnia się w pracy na procedurach i w warunkach tempa oraz ograniczeń czasowych, które z jednej strony bywają obciążające, a z drugiej pełnią funkcję stabilizującą i porządkującą sposób reagowania. W rozumieniu granic emocjonalnych badany podkreśla konieczność ochrony własnej sfery psychicznej przed przejmowaniem się problemami osób dzwoniących, przy jednoczesnym utrzymaniu profesjonalnej gotowości do pomocy. Wyraża to w zdaniu: „To ma być profesjonalne... jesteśmy po to, żeby pomagać, ale nie pozwolić, żeby ślady tej pracy przekraczały nasze granice, nasze emocje.”. Granica jest dla niego kryterium porządkującym odpowiedzialność i relację, ponieważ jasno oddziela problemy klientów od własnych obciążeń



oraz kieruje kwestie osobiste do innych ról i form wsparcia, takich jak superwizja czy terapia. Zachowanie granicy rozpoznaje po zdolności utrzymania uwagi na sytuacji osoby dzwoniącej przy równoczesnej autorefleksji i szybkiej korekcie, co opisuje w zdaniu: „I też obserwuję siebie... jeśli widzę, że jakiś temat porusza we mnie coś trudnego, to staram się odsunąć krok w bok... wziąć kilka głębszych oddechów... i wrócić do rozmowy o tej osobie, a nie o mnie.”. Naruszenie granicy sygnalizuje mu przede wszystkim przesunięcie rozmowy w obszar konfrontacji, deprecjonowania kompetencji konsultanta, a także wejście w osobiste skojarzenia i doświadczenia, które zwiększają ryzyko nadmiernego utożsamienia. Profesjonalny dystans rozumie jako uważne bycie z klientem bez internalizacji jego problemu i bez przejmowania sprawczości za jego decyzje, co ujmuje w zdaniu: „To znaczy, że nie możemy przyjmować problemów innych na siebie.”. Jednocześnie odróżnia dystans od obojętności, wskazując, że obojętność wiąże się z brakiem zaangażowania i mechanicznym prowadzeniem rozmów, natomiast dystans oznacza uważne i aktywne pomaganie przy zachowaniu granic, z wykorzystaniem kompetencji, zasobów i struktury rozmowy: „Różni się tym, że w obojętności... „nic mnie nie rusza” (...) A przy dystansie emocjonalnym korzystamy z naszych zasobów jako profesjonaliści, żeby tej osobie pomóc... tylko bez brania tego na siebie.” W tym ujęciu empatia jest rozumiana praktycznie jako trafne rozpoznanie stanu drugiej osoby i adekwatna odpowiedź pomocowa, bez przejmowania jej emocji w sposób, który utrudnia zachowanie spokoju i ram rozmowy, co dobrze ilustruje zdanie: „Potrafię rozmawiać z tą osobą... bo domyślam się, co może czuć.”. Wskazuje to na przewagę empatii poznawczej, czyli zdolności do rozumienia i nazywania emocji drugiej osoby, przy jednoczesnym ograniczaniu empatii afektywnej, żeby nie przejmować emocji rozmówcy i utrzymać spokój w kontakcie. Taki profil jest zgodny z wynikiem Skali Empatii Perth u badanego: bardzo wysokiej empatii poznawczej towarzyszy wyraźnie niższa empatia afektywna, co może wspierać skuteczność interwencji i zmniejszać ryzyko przeciążenia emocjonalnego.

Sytuacje szczególnie testujące granice badany wiąże z momentami, gdy rozmówca próbuje przesunąć kontakt poza ramy roli zawodowej i skłonić konsultanta do mówienia o sobie lub ujawniania prywatnych doświadczeń” „Myślę, że takie, kiedy osoba dzwoniąca dopytuje: „a czy Pan tak miał?”, „czy Pan to w ogóle przeżył?”... czyli odwołuje się do moich doświadczeń.”. Druga kategoria to rozmowy o przemocy, zwłaszcza gdy osoba dzwoniąca nie korzysta z proponowanych kroków bezpieczeństwa i nie widzi możliwości zmiany, co uruchamia w badanym napięcie związane z ograniczoną sprawczością interwencji oraz koniecznością tolerowania bezsilności po stronie klienta. Trzecia kategoria obejmuje treści związane z cierpieniem i stratą, szczególnie chorobą nieuleczalną dziecka oraz śmiercią



bliskich, gdzie obciążająca okazuje się nie tyle intensywność emocji klienta, ile doświadczenie bezradności wobec faktu, że nie istnieją odpowiednie słowa i nie ma realnego wpływu na sytuację, co badany precyzuje: „Myślę, że bardziej bezradność. (...) że ciężko dopasować to do sytuacji osoby dzwoniącej. I mam poczucie, że na chorobę nieuleczalną wpływu nie mamy.”. Można przyjąć, że głównym źródłem stresu jest konflikt między oczekiwaniem skutecznej pomocy a realnymi ograniczeniami wpływu, a także konieczność utrzymania spokojnego poziomu pobudzenia przy kontakcie z trudnymi, egzystencjalnymi treściami. Jednocześnie wysoka zdolność rozpoznawania emocji innych przy umiarkowanym współodczuwaniu może częściowo chronić przed przejmowaniem emocji klienta, choć nie eliminuje obciążenia związanego z odpowiedzialnością proceduralną i koniecznością podejmowania decyzji w sytuacjach zagrożenia.

Mechanizm naruszania granic badany opisuje jako proces, który rozpoczyna się od sygnału fizjologicznego i wzrostu pobudzenia, zanim pojawi się w pełni uświadomiona emocja: „Najpierw pojawia się napięcie... delikatne pobudzenie emocjonalne.”. Następnie pojawiają się reakcje z ciała i drobne zachowania uspokajające, takie jak napinanie mięśni i powtarzalne ruchy dłoni, co opisuje w zdaniu: „To ma wpływ na ciało: spinam się... pojawiają się ruchy, nerwowe bawienie się czymś, „przewalanie” w rękach...”. W tym miejscu pojawia się moment kluczowy, w którym badany może przejść do ochrony granic poprzez krótką pauzę i techniki oddechowe lub może wejść w eskalację napięcia, jeśli rozmowa jest nacechowana konfrontacyjnie i deprecjonująco. Czynnikiem przyspieszającym jest, w jego ocenie, styl kontaktu osoby dzwoniącej oparty na roszczeniowości i braku szacunku: „Myślę, że samo podejście osoby dzwoniącej... kiedy od początku wchodzi w konfrontację i „testowanie” konsultanta (...) brak szacunku wobec konsultanta.” Kulminacja procesu następuje wtedy, gdy klient próbuje przejąć kontrolę nad rozmową i jednocześnie podważa kompetencje konsultanta, co badany nazywa wprost przekraczającym: „To jest wtedy, gdy osoba dzwoniąca od początku zakłada, że będzie „rządzić” rozmową... zarzuca konsultantowi brak kompetencji i umiejętności.”. Moment przeciążenia jest więc związany mniej z samą treścią kryzysu, a bardziej z dynamiką relacji i próbą wyjścia poza ramy roli. Można to ująć jako sytuację, w której naruszane są granice odpowiedzialności i kontaktu, a napięcie rośnie na tyle, że trudniej utrzymać spokojną, empatyczną obecność.

Sygnaly ostrzegawcze przeciążenia i konsekwencje naruszenia granic badany lokalizuje przede wszystkim w somatyce oraz w emocjach o charakterze aktywizującym. W obszarze ciała opisuje spięcie, szczególnie w plecach, oraz wzmożoną aktywność motoryczną, co opisuje w wypowiedzi: „Pojawia się spięcie... w plecach.” oraz „Nerwowe ruchy: bawienie się



długopisem, przedmiotem... nerwowe „mazanie” na kartce.” W obszarze emocji wskazuje na zniecierpliwienie i złość, co można rozumieć jako sygnał, że pobudzenie jest już zbyt wysokie i pojawia się stresowa gotowość do ostrej reakcji. Poznawczo naruszenie granic sygnalizuje mu myśl, że rozmowa nie idzie w dobrym kierunku, co uruchamia u niego ocenę przebiegu interwencji i szybkie działania, które mają zatrzymać eskalację. Po rozmowie nie opisuje długiego wracania do treści, raczej krótkie podniesienie napięcia, które wymaga uspokojenia i powrotu do normalnego poziomu pobudzenia.

Strategie regulacji i ochrony granic badany opisuje jako wielopoziomowe i mocno osadzone w strukturze rozmowy oraz w zasobach środowiska pracy. W trakcie interwencji korzysta z technik stabilizujących, w tym z metody zdartej płyty oraz z nazywania emocji klienta: „Stosuję metodę zdartej płyty... to jest dobre i dla klienta, i dla konsultanta.” Elementem samoregulacji jest także oddech, który pełni funkcję szybkiego obniżenia pobudzenia: „Myślę, że... przysłowiowe dwa głębsze wdechy.” Po rozmowie stosuje krótką przerwę, wyjście na powietrze i rozmowę z kimś z zespołu o tym, co go poruszyło, a także korzysta ze wsparcia interwencjach suicydalnych: „Po takiej rozmowie musiałem się z kimś tym podzielić... i to „poklepanie po plecach”, że „odwaliłeś kawał dobrej roboty”... też było ważne.” Długoterminowo akcentuje superwizję, procedury oraz perspektywę grupy jako czynniki ochronne, a strategie unikowe ocenia jako nieskuteczne, co ujmuje w zdaniu: „A co nie działa... to uciekanie, zamykanie się, milczenie... i „zaciskanie zębów”.” W integracji z COPE u badanego widoczna jest przewaga strategii zadaniowych i regulacyjnych o charakterze adaptacyjnym, z najsilniej zaznaczoną akceptacją, przy jednoczesnym utrzymaniu aktywnego radzenia sobie i planowania na wysokim poziomie, co jest spójne z jego narracją o granicach odpowiedzialności i realistycznym ujmowaniu wpływu. Strategie unikowe są w jego profilu słabiej obecne, co koreluje z deklaracją, że „zaciskanie zębów” było raczej elementem początków pracy niż obecnego stylu radzenia sobie. Umiarkowane korzystanie ze wsparcia emocjonalnego i praktycznego wskazuje, że sięga po pomoc innych wybiórczo, głównie wtedy, gdy interwencja ma szczególnie wysoką stawkę lub gdy pojawia się wyraźne napięcie.

Obciążenie z pracy rzadko przenosi się u niego na życie prywatne i jest przez niego opisywane jako dobrze kontrolowane dzięki wyraźnym granicom ról i stałym sposobom kończenia dnia pracy: „Raczej nie. Potrafię to oddzielić...” oraz „Kończę rozmowę, wyłączam system... wyłączam komputer, wylogowuję się. To jest koniec na dzisiaj...”. Zwraca uwagę jego przekonanie, że sytuacje z rozmów nie powinny wracać po pracy, a jeśli nadal się nimi żyje, jest to sygnał, że poruszyły własny temat do przepracowania. Może to pomagać mu oddzielać rolę zawodową od życia prywatnego i ograniczać wracanie myślami do rozmów.



Jednocześnie wskazuje, że potrzebę przerwy lub wsparcia uruchomiłoby poruszenie nieprzepracowanych spraw i silne emocje, co sugeruje, że rozpoznaje obciążenie raczej jako osobisty rezonans niż jako samo trudne treści. Dobrostan badanego mieści się w zakresie przeciętnym w ujęciu stenowym (5 sten), co jest spójne z deklarowanym oddzielaniem ról przy jednoczesnej ekspozycji na stres w pracy, który okresowo zwiększa zmęczenie, zwłaszcza gdy kumulują się obowiązki i brakuje czasu na odpoczynek.

Całościowy obraz badanego pokazuje specjalistę, który ma jasno określone granice roli i konsekwentnie ogranicza swoją odpowiedzialność do tego, co należy do konsultanta. Dzięki temu rzadziej przejmuje problemy klienta na siebie i jest mniej narażony na przeciążenie wynikające z nadmiernego utożsamienia. Profil empatii wskazuje na bardzo wysoką zdolność rozpoznawania emocji innych przy relatywnie niższym poziomie współodczuwania, co sprzyja prowadzeniu rozmów kryzysowych w sposób spokojny i uporządkowany, z utrzymaniem ram rozmowy bez przejmowania emocji rozmówcy. Strategie radzenia sobie z COPE (COPE: dominują akceptacja oraz aktywne radzenie sobie i planowanie; niskie zaprzeczanie i odwracanie uwagi oraz brak tendencji do używek) są spójne z jego opisem profesjonalnego dystansu: dominuje podejście zadaniowe i akceptacja, przy ograniczonym stosowaniu strategii unikowych oraz umiarkowanym, wybiórczym korzystaniu ze wsparcia. Przeciętny dobrostan wskazuje na stabilne funkcjonowanie, choć wrażliwe na kumulację obciążeń poza jednym miejscem pracy, co badany opisuje jako okresowy wzrost zmęczenia i znużenia przy nadmiarze zobowiązań. Regulację emocji opiera na wczesnym wychwytywaniu sygnałów z ciała, krótkich technikach oddechowych, sposobach prowadzenia rozmowy, które porządkują kontakt, oraz na zasobach organizacyjnych, takich jak procedury i superwizja, co razem wspiera ochronę granic.

Zalecenia dla Badanego 6 dotyczące praktyki własnej: Zalecane jest utrzymywanie jasnej granicy roli poprzez konsekwentne odróżnianie tego, co należy do konsultanta (prowadzenie rozmowy, porządkowanie sytuacji, proponowanie kroków), od tego, co pozostaje po stronie osoby dzwoniącej (decyzje i odpowiedzialność za działania). W sytuacjach konfrontacyjnych, zwłaszcza gdy pojawia się podważanie kompetencji lub próby przejęcia kontroli nad rozmową, warto utrzymywać techniki zatrzymywania eskalacji: krótką pauzę, obniżenie tempa i tonu głosu, świadome oparcie się na strukturze rozmowy oraz powrót do ram interwencji. Rekomendowane jest także szybkie uruchamianie samoregulacji już na wczesnych sygnałach somatycznych (napięcie, spięcie, wzmożona potrzeba ruchu), tak aby obniżenie pobudzenia następowało zanim pojawi się zniecierpliwienie lub złość.

Zalecenia dotyczące pracy rozwojowej i wsparcia: Rekomendowane jest podtrzymywanie regularnej superwizji, z ukierunkowaniem na pracę nad utrzymaniem granic



w kontaktach roszczeniowych i konfrontacyjnych, w tym na asertywne domykanie rozmowy bez wchodzenia w spór. Warto także wykorzystywać krótką konsultację zespołową po interwencjach o wysokiej stawce lub po rozmowach, które podnoszą napięcie (np. poprzez deprecjonowanie roli konsultanta), aby szybciej domknąć emocje i wrócić do stabilnego poziomu pobudzenia. Jeśli w rozmowie pojawiają się wyraźne osobiste skojarzenia, zasadne jest traktowanie ich jako sygnału do omówienia w superwizji lub w pracy własnej, tak aby ograniczać ryzyko nadmiernego utożsamienia.

Zalecenia dotyczące strategii radzenia sobie i warunków pracy: Zalecane jest planowanie krótkich, powtarzalnych przerw w trakcie dyżuru, szczególnie po rozmowach konfrontacyjnych, dotyczących przemocy lub o wysokiej intensywności emocjonalnej, tak aby umożliwić szybkie obniżenie pobudzenia (krótki oddech, wyjście na powietrze, minimalna regeneracja przed kolejnym kontaktem). Warto utrzymywać dotychczasowy, stały sposób kończenia pracy (wylogowanie, zamknięcie systemu, rytuał zakończenia dnia), ponieważ wspiera on oddzielanie roli zawodowej od prywatnej. Przy kumulacji zobowiązań pozazawodowych rekomendowane jest monitorowanie poziomu zmęczenia i w razie potrzeby redukcja obciążenia lub zwiększanie regeneracji, aby przeciwdziałać narastaniu znużenia i spadkowi zasobów samoregulacji.

3.2. Analiza zbiorcza w odniesieniu do pytań badawczych

Analizę wyników rozpoczyna wątek rozumienia granic emocjonalnych, będący odpowiedzią na pytanie badawcze: Jak badani rozumieją i definiują granice emocjonalne w pracy interwencyjnej oraz po jakich wskaźnikach rozpoznają, że granice są utrzymane, a po jakich - że ulegają rozmyciu? (P1) Analiza porównawcza pozwoliła uchwycić, że granice emocjonalne są dla badanych kluczowym warunkiem profesjonalnego działania: umożliwiają pozostawanie w kontakcie z emocjami rozmówcy, przy jednoczesnym utrzymaniu ram rozmowy, zakresu odpowiedzialności oraz stabilności własnego funkcjonowania. Jednocześnie materiał pokazuje, że utrzymanie granic nie jest stałe i zależy od obciążenia, rodzaju zgłoszeń oraz warunków organizacyjnych dyżuru.

Struktura wyników odzwierciedla kolejne wątki wyłonione w analizie. Najpierw (3.2.1) omówiono sposoby definiowania granic oraz to, po jakich sygnałach badani rozpoznają ich utrzymanie lub rozmycie. Następnie (3.2.2) opisano sytuacje zawodowe, które najczęściej testują granice, w tym kontakty konfrontacyjne oraz tematy o wysokiej intensywności emocjonalnej, a także warunki organizacyjne nasilające przeciążenie. Kolejna część (3.2.3) dotyczy reakcji emocjonalnych oraz strategii regulacji, rozumianych jako działania



podejmowane w trakcie rozmowy i po dyżurze. W 3.2.4 przedstawiono powiązania między granicami a dobrostanem psychicznym, ze szczególnym uwzględnieniem kosztów naruszeń i sposobów regeneracji. Podrozdział 3.2.5 kończy analizę podsumowaniem, w którym czynniki indywidualne, sytuacyjne i organizacyjne są opisane jako elementy zwiększające lub zmniejszające ryzyko naruszania granic emocjonalnych, a rekomendacje wynikają z doświadczeń badanych.

3.2.1. Rozumienie i definiowanie granic emocjonalnych

Analiza porównawcza sześciu narracji wskazuje, że granice emocjonalne są rozumiane przede wszystkim jako warunek profesjonalnego działania w roli interwenta kryzysowego. Wypowiedzi badanych pokazują, że granice są definiowane jako zdolność do pozostawania w kontakcie z emocjami klienta przy jednoczesnym utrzymaniu ram rozmowy, zakresu odpowiedzialności oraz stabilności własnego funkcjonowania. W ujęciu wspólnym dla badanych granice nie oznaczają braku wrażliwości ani dystansowania się od problemu klienta, lecz odnoszą się do takiego poziomu zaangażowania, który umożliwia prowadzenie interwencji w sposób uporządkowany i adekwatny do sytuacji, a także możliwy do domknięcia po zakończeniu kontaktu. Szczególnie wyraźnie wybrzmiewa znaczenie porządku odpowiedzialności, rozumianego jako rozróżnienie pomiędzy wspieraniem klienta w podejmowaniu decyzji a przejmowaniem odpowiedzialności za jego wybory i dalsze działania. W tym sensie granica jest formułowana przez badanych w sposób jednoznaczny jako nieprzejmowanie problemu klienta na siebie: „To znaczy, że nie możemy przyjmować problemów innych na siebie. To są problemy tych osób, nie nasze” (Badana 6). W innym ujęciu granica jest rozpoznawana poprzez utrzymanie koncentracji na kliencie i brak odniesień do siebie w trakcie rozmowy: „ (...) rozmowa w żaden sposób nie odwołuje się do mnie osobiście... że przez cały czas jestem w stanie zachować (...) nakierowanie na klienta, a nie na siebie” (Badana 4).

Mimo wspólnej ramy definicyjnej widoczne są różnice indywidualne w tym, na czym badani opierają utrzymanie granic. W części narracji granice są opisywane jako zestaw względnie stałych zasad, wspieranych przez procedury oraz praktyki zakończenia dyżuru, dzięki którym możliwe jest wyraźne oddzielenie czasu pracy od życia prywatnego. W takim ujęciu granica jest rozpoznawalna wprost: interwencja kończy się w ramach roli, a po dyżurze następuje przejście do innych aktywności bez utrzymywania się przymusu dalszego analizowania rozmów. W innych narracjach granice są ujmowane bardziej procesualnie i zależnie od bieżącego obciążenia, co oznacza, że badani podkreślają konieczność



monitorowania własnych reakcji, stopnia pobudzenia oraz gotowości do podejmowania kolejnych interwencji. W tej perspektywie granice nie są wyłącznie kwestią decyzji o zakończeniu rozmowy, lecz obejmują cały proces regulacji zaangażowania i sposób dystansowania się od obciążeń po dyżurze.

Wskaźniki utrzymanych granic, wspólne dla większości badanych, koncentrują się na zdolności do zamknięcia interwencji w ramach roli oraz na utrzymaniu jasnego zakresu odpowiedzialności. Utrzymanie granic jest rozpoznawane wtedy, gdy po zakończeniu rozmowy badani potrafią powrócić do stabilnego poziomu emocji i koncentracji oraz mogą kontynuować dyżur bez narastającego rozproszenia i przejść po pracy do odpoczynku bez utrzymujących się nawracających myśli. Wypowiedzi wskazują również, że wskaźnikiem utrzymania granic jest korzystanie z zasobów zespołowych, zwłaszcza konsultacji i superwizji, które pomagają uporządkować interpretację sytuacji, osadzić decyzje w ramach procedur i ograniczyć ryzyko utrzymywania się wątpliwości po dyżurze.

Wskaźniki rozmycia granic są opisywane poprzez sygnały somatyczne, emocjonalne, poznawcze i behawioralne. Na poziomie somatycznym badani wskazują napięcie mięśniowe, bóle głowy, odczucia ścisku w obrębie gardła lub klatki piersiowej oraz ogólne poczucie wyczerpania po rozmowie lub po całym dyżurze. Na poziomie emocjonalnym powtarzają się irytacja, złość i wzrost pobudzenia, szczególnie w sytuacjach konfrontacyjnych i roszczeniowych. Na poziomie poznawczym pojawia się spadek koncentracji, trudność w utrzymaniu uwagi na rozmowie oraz ruminacje po dyżurze, polegające na powracaniu do treści kontaktu i rozważaniu alternatywnych sposobów działania. W obszarze zachowania badani opisują objawy napięcia oraz trudność w wyciszeniu się po interwencji. Istotnym wymiarem różnicującym przypadki jest moment identyfikacji rozmycia granic: część badanych rozpoznaje sygnały ostrzegawcze w trakcie rozmowy i traktuje je jako informację regulacyjną, natomiast inni opisują koszt ujawniający się dopiero po rozmowie lub po dyżurze, kiedy pojawiają się konsekwencje somatyczne i utrzymujące się następstwa emocjonalno-poznawcze.

3.2.2. Sytuacje zawodowe naruszające granice

Poniższy fragment stanowi odniesienie do pytania badawczego: Jakie sytuacje zawodowe w interwencji kryzysowej badani wskazują jako najczęściej testujące lub naruszające granice emocjonalne? (P2) Różnice i podobieństwa między przypadkami pokazują, że sytuacje testujące i naruszające granice emocjonalne w pracy interwencyjnej mają najczęściej charakter interpersonalny lub organizacyjny. W obszarze interpersonalnym dominują sytuacje, w których klient prezentuje roszczeniowe oczekiwania, podnosi napięcie w



rozmowie, używa języka konfrontacyjnego lub podważa kompetencje interwenta. W takich przypadkach badani opisują wzrost pobudzenia i napięcia emocjonalnego oraz większą potrzebę opierania się na procedurach, konsekwentnym prowadzeniu rozmowy i wyraźnym utrzymaniu ram czasowych. Szczególnie testujące są te sytuacje, w których oczekiwania klienta wykraczają poza możliwości interwencji w ramach jednego kontaktu, a interwent doświadcza presji, aby przekroczyć standard roli, co sprzyja rozmyciu granic odpowiedzialności.

Drugą kategorią sytuacji naruszających granice są kontakty związane z tematami o wysokiej intensywności emocjonalnej, zwłaszcza dotyczące krzywdzenia dzieci lub zagrożenia życia. W tych przypadkach częściej pojawia się opis trudności w domknięciu rozmowy na poziomie emocjonalnym i poznawczym, nawet jeśli formalnie interwencja została zakończona prawidłowo. Badani wskazują, że tego rodzaju treści szczególnie długo pozostają w pamięci i zwiększają pobudzenie emocjonalne: „Zgłoszenia dotyczące dzieci, które są krzywdzone (...) Dzieci mocno mnie pobudzają i dłużej zostają w pamięci” (Badana 2). Podobnie opisywane są sytuacje choroby i śmierci, w których badani akcentują trudność znalezienia adekwatnych słów i utrzymania równowagi emocjonalnej w trakcie rozmowy: „Kiedy ktoś dzwoni i mówi o chorobie nieuleczalnej dziecka. To jest kawałek, gdzie trudno znaleźć słowa...” (Badana 1).

W obszarze organizacyjnym jako szczególnie naruszające granice wskazywane są sytuacje kumulacji obciążenia dyżurowego. Dotyczy to sekwencji wielu trudnych zgłoszeń następujących po sobie, krótkich przerw pomiędzy rozmowami oraz presji wykonywania obowiązków administracyjnych w czasie, który mógłby służyć krótkiej regeneracji. W tych warunkach badani częściej opisują narastanie zmęczenia, spadek koncentracji oraz trudność w powrocie do równowagi pomiędzy kolejnymi kontaktami. Podsumowując, badani najczęściej wskazywali trzy typy sytuacji naruszających granice: (1) kontakty konfrontacyjne i roszczeniowe, (2) zgłoszenia o wysokiej intensywności emocjonalnej (zwłaszcza dotyczące krzywdzenia dzieci oraz zagrożenia życia) oraz (3) kumulację obciążenia dyżurowego wynikającą z warunków organizacyjnych, takich jak krótkie przerwy, sekwencje trudnych zgłoszeń i obowiązki administracyjne.

3.2.3. Reakcje emocjonalne i strategie regulacji

W badanej grupie reakcje emocjonalne w sytuacjach naruszeń granic mają najczęściej postać wzrostu pobudzenia, irytacji i złości, a w wybranych sytuacjach także poczucia bezradności i winy. Irytacja i złość są najczęściej wiązane z kontaktami konfrontacyjnymi lub roszczeniowymi, w których interwent doświadcza presji, aby spełnić oczekiwania klienta wykraczające poza ramy roli. Poczucie winy częściej pojawia się wtedy, gdy interwent ocenia



swoją skuteczność przez pryzmat efektu po stronie klienta, mimo że możliwości działania są ograniczone formatem interwencji. Bezradność ujawnia się szczególnie przy tematach o wysokiej intensywności emocjonalnej oraz w sytuacjach wymagających długofalowych oddziaływań, których nie da się zapewnić w ramach jednorazowego kontaktu.

W tej części udzielono odpowiedzi na pytanie: Jakie mechanizmy prowadzą do naruszania granic oraz jakie konsekwencje psychologiczne badani wiążą z doświadczeniem naruszonych granic? (P3) W odniesieniu do mechanizmów prowadzących do naruszeń granic w narracjach badanych widoczny jest powtarzalny przebieg procesu. Zazwyczaj rozpoczyna się on od pojawienia się sygnałów ostrzegawczych i narastającego pobudzenia, następnie dochodzi do przesunięcia w przeżywaniu odpowiedzialności w kierunku większego osobistego zaangażowania, a w konsekwencji do trudności w utrzymaniu ram rozmowy lub do utrzymywania się kosztu po jej zakończeniu. Moment „przekroczenia” bywa opisywany poprzez pojawienie się wewnętrznej „czerwonej flagi” związanej z tendencją do wchodzenia w osobiste odniesienia, co wskazuje na zbliżanie się do granicy profesjonalnej roli: „Czasem pierwszym krokiem jest ochota, żeby (...) powiedzieć: ‘też to znam’, ‘miałem podobnie’... bo to jest moja pierwsza ‘czerwona flaga’” (Badany 3). W innym ujęciu moment ten wiąże się z dezorganizacją w decyzji o postawieniu granicy, gdy empatyczne zaangażowanie zaczyna utrudniać ocenę, czy należy domknąć rozmowę: „Wtedy staram się być bardzo empatyczna... I to jest dla mnie moment, w którym nie czuję już granicy: czy to jest czas, żeby ją postawić, czy jeszcze nie” (Badana 5).

Dalsza część dotyczy pytania badawczego: Jakie sygnały ostrzegawcze przeciążenia (somatyczne, emocjonalne, poznawcze oraz behawioralne) towarzyszą naruszaniu granic i w jaki sposób są one identyfikowane w toku dyżuru oraz po jego zakończeniu? (P4) Analiza sygnałów ostrzegawczych wskazuje, że przeciążenie towarzyszące naruszaniu granic jest rozpoznawane przez badanych w wymiarze somatycznym, emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym. W wymiarze somatycznym dominują napięcie mięśniowe, bóle głowy i odczucia dyskomfortu, w wymiarze emocjonalnym irytacja i złość, w wymiarze poznawczym spadek koncentracji i powracające myśli, a w wymiarze behawioralnym trudność w wyciszeniu się po rozmowie oraz wzrost napięcia ruchowego. Różnice indywidualne dotyczą przede wszystkim czasu identyfikacji tych sygnałów: część badanych rozpoznaje je w trakcie rozmowy i uruchamia działania regulacyjne, natomiast inni identyfikują przeciążenie dopiero po zakończeniu kontaktu lub po dyżurze.

Następny fragment odpowiada na pytanie: Jakie strategie radzenia sobie i regulacji emocji są stosowane w trakcie dyżuru oraz po dyżurze w celu ochrony granic emocjonalnych i



domykania obciążenia? (P5). W kontekście strategii regulacji emocji badani opisywali zarówno działania podejmowane w trakcie dyżuru, jak i po jego zakończeniu, co wskazuje na dwufazowy charakter radzenia sobie. W trakcie dyżuru strategie pełnią funkcję stabilizującą i służą utrzymaniu ram rozmowy oraz obniżeniu pobudzenia w stopniu pozwalającym kontynuować interwencję w sposób uporządkowany. W materiale pojawiają się konkretne techniki wspierające szybkie odzyskanie kontroli nad pobudzeniem, między innymi świadome oddychanie: „Czasem wyciszam mikrofon, biorę trzy głębokie wdechy i dopiero wracam” (Badany 6). W innym przypadku regulacja jest wzmacniana przez czynności wspierające koncentrację, takie jak rysowanie lub notowanie: „Rysuję. Bardzo pomaga mi rysowanie... albo notowanie czegoś. Zdarza się też, że biorę głębszy oddech, żeby wrócić do równowagi...” (Badany 6). Po dyżurze strategie koncentrują się na domykaniu obciążenia, ograniczaniu ruminacji i powrocie do równowagi, a ważną rolę odgrywa wsparcie w obrębie zespołu w postaci konsultacji lub omówienia trudnych sytuacji.

Podsumowując (w odniesieniu do pytań P3-P5), analiza pokazuje powtarzalny przebieg naruszania granic (od sygnałów ostrzegawczych, przez moment przekroczenia, po konsekwencje psychologiczne) oraz strategie regulacji, które badani uruchamiają w trakcie i po dyżurze, aby utrzymać ramy roli i domknąć obciążenie.

3.2.4. Granice emocjonalne a dobrostan psychiczny

W relacjach badanych granice emocjonalne pozostają w wyraźnym związku z dobrostanem rozumianym jako subiektywne poczucie równowagi i jakości funkcjonowania w życiu pozazawodowym. Koszty naruszeń granic ujawniają się w postaci utrzymującego się pobudzenia, obniżonej energii, spadku cierpliwości i przenoszenia obciążenia do relacji prywatnych, co w perspektywie długofalowej może wpływać na ocenę własnego dobrostanu. W części narracji widoczna jest trudność w uświadomieniu sobie skali przenoszonego obciążenia oraz potrzeba wycofania i odpoczynku po dyżurze: „Mam też poczucie, że dużo bardziej to we mnie zostaje, niż sobie uświadamiam (...) wolę iść spać... jestem zmęczona psychicznie i fizycznie” (Badana 4). Jednocześnie pojawiają się opisy praktyk domykania, które wspierają powrót do równowagi i Ograniczają przenoszenie obciążenia na życie po pracy, na przykład poprzez stały sposób kończenia dyżuru, taki jak spacer: „Wracam z dyżuru zawsze tą samą trasą, pieszo... To daje mi te dziesięć minut, żeby to, co się wydarzyło na dyżurze, ‘odparowało’...” (Badana 1).

W dalszej części omówiono zagadnienie ujęte w pytaniu badawczym: W jaki sposób narracje badanych odnoszą się do wyników narzędzi kwestionariuszowych (PES, SWLS,



COPE - wersja pełna), traktowanych jako kontekst interpretacyjny, a nie podstawa diagnozy? (P7). Zestawienie narracji z wynikami SWLS może stanowić kontekst interpretacyjny dla różnic w sposobie opisywania obciążenia, regeneracji i trwałości kosztów po dyżurach. Wyniki SWLS nie wskazują na prostą zależność „wysoki dobrostan = brak kosztów dyżuru”; w materiale pojawiają się również opisy epizodycznych przeciążeń u osób o wysokiej satysfakcji z życia, co sugeruje, że SWLS lepiej traktować jako tło zasobów niż wskaźnik odporności na pojedyncze, trudne interwencje. W tym ujęciu SWLS nie pełni funkcji diagnostycznej, lecz porządkuje interpretację, wskazując, że różnice w dobrostanie mogą współwystępować z różnym tempem domykania obciążenia i z różnym nasileniem transferu napięcia do życia prywatnego. W kontekście konsekwencji naruszeń granic przedstawione ustalenia wskazują zatem, że dobrostan psychiczny różnicuje sposób opisu obciążenia i regeneracji, a nie stanowi prostego wskaźnika występowania lub braku kosztów związanych z pracą interwencyjną.

W tym samym ujęciu wyniki PES i COPE można traktować jako tło interpretacyjne, które pomaga opisać różnice indywidualne widoczne w narracjach. Włączenie PES, SWLS i COPE do interpretacji pozwala porządkować różnice między przypadkami, pokazując, w jaki sposób empatia, dobrostan oraz konfiguracje strategii radzenia sobie tworzą tło dla rozumienia granic i ich ochrony, bez nadawania temu charakteru diagnostycznego. W tym sensie PES może służyć jako tło do opisu różnic w stylu empatycznego zaangażowania, natomiast COPE porządkuje informacje o deklarowanych strategiach radzenia sobie (np. częstsze korzystanie ze wsparcia, strategii zadaniowe lub strategii skoncentrowane na emocjach) - co można zestawić z tym, jak badani mówią o domykaniu dyżuru i regulacji pobudzenia. Takie zestawienie nie służy diagnozie, lecz zwiększa przejrzystość interpretacji indywidualnych różnic w narracjach.

3.2.5. Wzorce funkcjonowania - ujęcie integracyjne

W ujęciu integracyjnym analiza porównawcza wskazuje, że utrzymanie granic emocjonalnych w interwencji kryzysowej jest efektem współdziałania czynników indywidualnych, sytuacyjnych i organizacyjnych. Na poziomie indywidualnym kluczowe znaczenie mają sposób definiowania roli i odpowiedzialności, moment rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych, konfiguracja strategii regulacji emocji oraz zakres korzystania ze wsparcia społecznego w środowisku pracy. Na poziomie sytuacyjnym najbardziej wymagające są kontakty konfrontacyjne i roszczeniowe oraz tematy o wysokiej intensywności emocjonalnej. Na poziomie organizacyjnym na ryzyko rozmycia granic wpływają tempo pracy, kumulacja zgłoszeń, dostępność przerw, obciążenia administracyjne oraz spójność standardów i procedur.



Poniższe omówienie koncentruje się na pytaniu badawczym: Jakie czynniki zespołowe i organizacyjne (m.in. procedury, dostęp do konsultacji i superwizji, warunki pełnienia dyżuru) badani postrzegają jako czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne w utrzymaniu granic emocjonalnych? (P6). W ujęciu systemowym badani wskazują na czynniki ochronne związane z organizacją pracy, takie jak jasne procedury, możliwość bieżącej konsultacji oraz regularna superwizja. Procedury są opisywane jako element, który stabilizuje działanie i ułatwia postawienie granicy w sytuacji obciążenia: „Procedury są dla mnie bardzo ważne (...) pomagają mi wrócić do równowagi i łatwiej postawić granicę” (Badana 1). Jako czynniki ryzyka opisywane są natomiast warunki ograniczające regenerację w trakcie dyżuru, w tym krótkie przerwy, duża liczba kontaktów następujących kolejno oraz presja wykonywania zadań dodatkowych: „Kolejne trudne zgłoszenia... krótkie przerwy między rozmowami. Presja wykonywania czynności administracyjnych między telefonami...” (Badany 5). W takich warunkach granice są częściej doświadczane jako podatne na rozmycie, a przeciążenie może kumulować się i utrzymywać po zakończeniu pracy.

W perspektywie czasu część badanych opisuje proces uczenia się granic i stopniowego wzrostu odporności na obciążające treści, co wiąże się z doświadczeniem zawodowym oraz rozwijaniem praktyk regulacyjnych: „Zmieniły się na plus. Mniej rzeczy mnie wzbudza niż kiedyś. Jestem bardziej ‘obyta’...” (Badana 5). Jednocześnie praca interwencyjna bywa opisywana jako źródło poczucia sensu i spełnienia, które może wzmacniać motywację i poczucie skuteczności: „Daje mi poczucie spełnienia... takie poczucie, że (...) mogę pomagać, także w sytuacjach zagrożenia życia” (Badany 3).

Odpowiedzi na pytania badawcze kończy refleksja dotycząca rekomendacji specjalistów. Jakie rekomendacje dotyczące praktyki własnej oraz organizacji pracy dyżuru badani formułują na podstawie swoich doświadczeń? (P8). W odniesieniu do rekomendacji badani formułują wnioski zarówno na poziomie praktyki własnej, jak i organizacji pracy dyżuru, akcentując znaczenie rozpoznawania sygnałów ostrzegawczych, utrzymywania porządku odpowiedzialności, korzystania z konsultacji i superwizji oraz zapewnienia warunków organizacyjnych umożliwiających realną regenerację. Zestawienie przypadków umożliwia tym samym opis wzorców funkcjonowania, w których czynniki indywidualne, sytuacyjne i organizacyjne tworzą konfiguracje ryzyka i ochrony granic emocjonalnych, a rekomendacje są zakorzenione w doświadczeniach badanych.



Rozdział 4. Dyskusja

4.1. Znaczenie granic emocjonalnych dla dobrostanu specjalistów

Wyniki badania pozwalają stworzyć jakościowy opis tego, jak interwenci, pracujący w telefonie wsparcia rozumieją i praktykują granice emocjonalne w realiach interwencji kryzysowej, w tym w warunkach anonimowości, presji czasu oraz ograniczonej możliwości rozwiązania sprawy rozmówcy. Analiza ujawniła, że granice emocjonalne są opisywane przede wszystkim jako pojemność lub limit (regulowana zasobami i regeneracją), a także jako zestaw mikropraktyk pozwalających utrzymać empatyczny kontakt bez nadodpowiedzialności. Istotnym elementem okazały się czynniki organizacyjne: superwizja wspiera pracę poprzez omówienie trudnych rozmów, uporządkowanie odpowiedzialności i zmniejszenie obciążenia emocjonalnego. Procedury pomagają utrzymać granice i ramy interwencji, podpowiadają kolejny krok i ułatwiają prowadzenie rozmowy spokojnie, nawet w sytuacjach dużego napięcia i presji czasu. W badaniu ujawniono specyficzne dla pracy telefonicznej przedłużone przetwarzanie myśli i emocji po rozmowie. Po kontakcie u części osób utrzymują się obrazy lub napięcie, co wpływa na to, jak długo po dyżurze wracają myślami do rozmowy, analizują ją lub martwią się o rozmówcę oraz jakie działania pomagają im wrócić do równowagi.

Wyniki badań przedstawione w rozdziale 3 pokazują, że granice emocjonalne w pracy interwentów kryzysowych są procesem bieżącej regulacji zaangażowania, odpowiedzialności i dystansu, uruchamianym w odpowiedzi na konkretne sytuacje dyżurowe. W analizie jakościowej granice były rozumiane przede wszystkim jako świadome oddzielenie problemów klienta od własnego świata oraz utrzymanie profesjonalnej roli przy jednoczesnej empatii. Jednocześnie badani podkreślali, że granice najczęściej przydają się w warunkach wysokiej intensywności dyżuru (ciąg trudnych rozmów, silne emocje klienta, bezradność wobec sytuacji, agresja) oraz w sytuacjach rezonujących z osobistymi wątkami i wartościami.

Z perspektywy dobrostanu (SWLS) granice emocjonalne pełnią funkcję ochronną wtedy, gdy są wspierane przez powtarzalne praktyki domykania kontaktu oraz zasoby relacyjne. W materiale widać, że wyższe wyniki SWLS częściej współwystępują z dostępnością zasobów regeneracyjnych i sensu pracy oraz z praktykami domykania dyżuru (rytuały przejścia, zmiana kontekstu, rozmowa w zespole, oparcie o procedury). Nie oznacza to jednak, że SWLS „chroni” przed kosztem emocjonalnym pojedynczych, szczególnie obciążających interwencji: także osoby o wysokiej satysfakcji z życia opisywały epizody przeciążenia (np. utrzymujący się gniew po rozmowie, opóźnione sięganie po przerwę lub somatyczne objawy po zakończeniu

kontaktu). W tym ujęciu SWLS porządkuje interpretację jako wskaźnik tła zasobów i jakości życia poza pracą, a nie jako prosty predyktor braku obciążenia w dyżurach.

W tym sensie granice stają się jednym z mechanizmów utrzymywania równowagi w pracy o wysokiej ekspozycji emocjonalnej: pozwalają zachować skuteczność zawodową bez trwałego przenoszenia obciążenia do życia prywatnego. Analiza wskazuje, że różnice w funkcjonowaniu granic emocjonalnych zależą od tego, czy ich naruszenie jest identyfikowane na bieżąco, czy dopiero retrospektywnie. Rozpoznanie w trakcie rozmowy zwykle polega na zauważeniu sygnałów emocjonalnych i zastosowaniu sposobów uspokojenia się. Rozpoznanie dopiero po rozmowie częściej wiąże się z późniejszymi objawami z ciała oraz utrzymującymi się skutkami obciążenia.

Wyniki wskazują, że granice emocjonalne przestają pełnić funkcję zasobu ochronnego w sytuacjach, w których u interwentów aktywizują się wzorce nadodpowiedzialności oraz identyfikacji z klientem (opisywane przez badanych m.in. metaforą „osobistej struny”). W takich okolicznościach zaangażowanie empatyczne ulega przesunięciu w kierunku poczucia sprawczej odpowiedzialności za rezultat interwencji, co wiąże się ze wzrostem ryzyka przeciążenia emocjonalnego, trudnościami w domykaniu kontaktu oraz utrzymywaniem się następstw rozmowy w postaci ruminacji lub reakcji somatycznych.

Analiza materiału empirycznego wskazuje na istotne doprecyzowanie interpretacyjne: trudności w zakresie utrzymywania granic emocjonalnych nie muszą być zredukowane wyłącznie do poziomu empatii. Zestawienie wyników PES z danymi narracyjnymi sugeruje, że empatia stanowi ważny kontekst funkcjonowania granic (np. względna przewaga empatii poznawczej sprzyja ujmowaniu granic jako standardu roli zawodowej), jednak ich stabilność wydaje się częściej zależeć od współwystępowania dodatkowych mechanizmów, takich jak: nasilone poczucie odpowiedzialności, lęk przed oceną lub odrzuceniem, obecność tematów wartościujących oraz sposób monitorowania sygnałów przeciążenia.

Wyniki sugerują, że dobrostan zależy przede wszystkim od elastycznego zarządzania granicami, a nie od ich sztywnego wzmacniania. Elastyczność ta polega na czasowym angażowaniu się w kontakt przy jednoczesnym utrzymaniu ram roli, wspieraniu sprawczości klienta oraz domykaniu interwencji. Sprzyjają jej strategie bieżącej regulacji (np. pauza, oddech, techniki rozmowy) oraz działania regeneracyjne po dyżurze, w tym konsultacje, superwizja i praktyki domykania.

Analiza wyników wskazuje na możliwość współwystępowania wysokiego ogólnego dobrostanu z incydentalnie nasilonymi kosztami emocjonalnymi pojawiającymi się po pojedynczych interwencjach. Taki obraz sugeruje, że dobrostan interwentów ma charakter



wielowymiarowy i jest kształtowany również przez równoległe działające zasoby (np. poczucie sensu pracy, doświadczenie zawodowe, wsparcie społeczne). Zasoby te mogą redukować ryzyko utrwalania się skutków obciążenia, pod warunkiem dostępności praktyk domykania po dyżurze oraz po interwencjach szczególnie wymagających emocjonalnie.

4.2. Znaczenie wyników dla praktyki interwencji kryzysowej

Z rozdziału 3 płyną wnioski, które sugerują, że wzmocnienie granic emocjonalnych w pracy interwentów może być ukierunkowane na rozwijanie kompetencji pozwalających na bieżące rozpoznawanie i regulowanie obciążenia. Szczególne znaczenie ma tu zdolność identyfikowania wczesnych sygnałów naruszenia granicy - zarówno emocjonalnych, jak i somatycznych - oraz wdrażania krótkich strategii stabilizujących jeszcze w toku rozmowy (np. świadome pauzowanie, regulacja oddechu, krótkie techniki ugruntowania). W materiale empirycznym wyraźnie zaznacza się rozróżnienie pomiędzy rozpoznaniem naruszenia granicy „w trakcie” interwencji a identyfikacją pojawiającą się dopiero „po” jej zakończeniu; pierwsza sytuacja sprzyja szybszej regulacji i ograniczeniu kosztów, podczas gdy druga częściej wiąże się z kumulacją napięcia i utrzymywaniem się następstw obciążenia.

Jednocześnie wyniki wskazują, że osłabienie granic może wynikać nie tyle z samej empatii, ile z aktywizacji wzorców nadodpowiedzialności oraz postawy ratowniczej. Z tego względu w szkoleniach wdrożeniowych i doskonalących zasadne wydaje się wyraźne akcentowanie porządku odpowiedzialności w interwencji kryzysowej, w tym podtrzymywania sprawczości klienta oraz konsekwentnego pozostawania w ramach roli zawodowej. W relacjach uczestników to właśnie przesunięcie odpowiedzialności poza rolę było powiązane z trudnościami w domykaniu kontaktu i większym ryzykiem długotrwałego pozostawiania rozmów w sferze poznawczej i somatycznej.

Istotnym elementem ochrony granic, który wyłania się z danych, są również powtarzalne praktyki domykania dyżuru o charakterze regeneracyjnym. Uczestnicy opisywali je jako krótkie rytuały przejścia pozwalające na odtworzenie granicy pomiędzy rolą zawodową, a życiem prywatnym oraz obniżenie pobudzenia po ekspozycji na trudne treści. W praktyce mogą one przyjmować formę ustrukturyzowanych, niewymagających działań (np. krótki ruch lub spacer, muzyka, czynności porządkujące), które pełnią funkcję bufora ograniczającego przenoszenie obciążenia z dyżuru do funkcjonowania pozazawodowego.

Wyniki wskazują również na znaczenie poziomu zespołowego, na którym wsparcie pełni funkcję nie tylko pomocniczą, lecz także regulacyjną i prewencyjną. W relacjach uczestników szczególnie istotne okazały się krótkie, łatwo dostępne konsultacje w trakcie



dyżuru, umożliwiające bieżące uporządkowanie odpowiedzialności, odciążenie po trudnej rozmowie oraz domknięcie obciążenia zanim zacznie się ono kumulować w kolejnych rozmowach. W tym ujęciu wsparcie zespołu działa jako mechanizm ograniczający przenoszenie treści rozmów poza ramy dyżuru i sprzyja szybszemu odzyskiwaniu równowagi emocjonalnej.

Regularna superwizja jest postrzegana nie jako dodatkowy element organizacyjny, lecz jako jeden z kluczowych mechanizmów zabezpieczających granice emocjonalne, zwłaszcza po interwencjach o wysokim ładunku emocjonalnym (np. zagrożenie życia, przemoc, krzywdzenie dzieci, doświadczenie silnej bezradności). Superwizja w takiej sytuacji pomaga uporządkować przebieg interwencji i podział odpowiedzialności, podsumować doświadczenie oraz zmniejszyć ryzyko, że po dyżurze będą utrzymywać się natrętne myśli o rozmowie lub objawy z ciała.

Istotnym wątkiem jest również normalizacja rozmów o granicach w ramach zespołu. W materiale empirycznym widać, że wspólny język do opisywania sygnałów ostrzegawczych (np. coraz silniejszej identyfikacji z klientem, uruchamiania postawy ratowniczej, narastającego napięcia) ułatwia podejmowanie działań regulujących i może chronić przed skutkami przeciążenia pojawiającymi się po dyżurze. W tym sensie praktyki zespołowe stają się elementem kultury organizacyjnej wspierającej granice, a nie wyłącznie reakcją na sytuacje kryzysowe.

Na poziomie organizacyjnym wyniki podkreślają znaczenie warunków pracy, które bezpośrednio modulują koszt utrzymywania granic emocjonalnych. Uczestnicy wskazywali, że realna możliwość przerw oraz regulacja tempa dyżuru mają znaczenie dla ograniczania kumulacji obciążenia. Presja ciągłości zgłoszeń i kolejki połączeń sprzyjają narastaniu przeciążenia oraz utrudniają domykanie rozmów, co może osłabiać stabilność granic.

Materiał empiryczny wskazuje, że jasne procedury i ramy pracy pełnią funkcję ochrony dobrostanu. Część badanych opierała utrzymanie granic na procedurach: trzymała kolejność etapów rozmowy, jasno kończyła kontakt i pilnowała zakresu swojej roli. Procedury podpowiadają kolejny krok (np. pytania o bezpieczeństwo, podsumowanie ustaleń), dzięki czemu konsultant nie musi wymyślać struktury od zera i łatwiej utrzymuje rozmowę w ramach.

Dane sugerują, że stabilność granic emocjonalnych nie jest wyłącznie cechą indywidualną, lecz rezultatem uczenia się osadzonego w warunkach pracy. Doświadczenie zawodowe sprzyja wykształcaniu bardziej uporządkowanych sposobów monitorowania przeciążenia i zamykania interwencji, jednak tempo tego procesu może być modulowane przez środowisko organizacyjne. W konsekwencji zasadne jest traktowanie miejsca pracy jako środowiska wspierającego uczenie się granic: poprzez jasny model wdrożenia, dostępność



wsparcia, mentoring oraz rozwiązania ograniczające nagłą ekspozycję osób początkujących na najbardziej obciążające interwencje. Takie podejście sprzyja stabilizacji granic i może redukować ryzyko wczesnego przeciążenia.

W świetle wyników, w badaniu granice emocjonalne wyłoniły się jako proces regulacyjny, który łączy trzy porządki: (1) indywidualny (sposób definiowania roli i odpowiedzialności, moment rozpoznania sygnałów ostrzegawczych, repertuar samoregulacji), (2) sytuacyjny (typ zgłoszenia, intensywność emocji, dynamika relacji w rozmowie) oraz (3) organizacyjny (tempo dyżuru, możliwość przerw, obciążenia administracyjne, dostęp do konsultacji i superwizji). Zestawienie przypadków wskazuje, że ryzyko rozmycia granic rośnie szczególnie wtedy, gdy nakładają się: wysoka intensywność kontaktu, ograniczona możliwość regeneracji w trakcie dyżuru oraz treści uruchamiające osobiste wartości lub skojarzenia. Jednocześnie czynniki ochronne mają w badaniu charakter „praktyczny”: polegają na wczesnym rozpoznawaniu przeciążenia, utrzymaniu porządku odpowiedzialności oraz szybkim korzystaniu ze wsparcia zespołowego.

Warto podkreślić, że wyniki narzędzi kwestionariuszowych (PES, SWLS, COPE) nie były traktowane jako podstawa diagnozy, lecz jako kontekst wspierający interpretację jakościową. Ich rola polegała na ostrożnym zestawianiu wątków narracyjnych z poziomem empatii, dobrostanu oraz preferowanymi strategiami radzenia sobie, co pozwalało precyzyjniej opisywać możliwe mechanizmy podatności i ochrony w obrębie granic emocjonalnych.

Z perspektywy praktyki telefonicznej interwencji kryzysowej wnioski wspierają postulat wzmocnienia mikrokompetencji regulacyjnych (krótkie pauzy, szybka orientacja w sygnałach z ciała, odzyskiwanie ram rozmowy) oraz warunków organizacyjnych umożliwiających realną regenerację po rozmowach wysokiego ryzyka. Dalsze badania mogłyby pogłębić temat różnic między „wczesnym” i „opóźnionym” rozpoznawaniem przeciążenia oraz sprawdzić, jakie rozwiązania organizacyjne najskuteczniej zmniejszają kumulację obciążenia w pracy dyżurowej.

4.3. Ograniczenia badań własnych

Podjęte badanie ma charakter jakościowy i eksploracyjny, a jego celem było pogłębione zrozumienie sposobów doświadczania granic emocjonalnych przez interwentów kryzysowych. Z tego względu wyniki nie mają charakteru reprezentatywnego i nie mogą być uogólniane na całą populację osób pracujących w interwencji kryzysowej. Próba liczyła sześć osób i była dobierana celowo, co sprzyja uzyskaniu wglądu w zróżnicowane doświadczenia, ale ogranicza możliwość wnioskowania statystycznego.



Na interpretację wyników wpływa także specyfika kontekstu zawodowego badanych. Uczestnicy realizowali interwencje w określonym typie usług (telefon/czat, dyżury stacjonarne i/lub zdalne) oraz w ramach konkretnych warunków organizacyjnych. W innych formach pracy (np. interwencja terenowa, oddziały szpitalne, zespoły mobilne) dynamika obciążenia i sposoby ochrony granic mogą przebiegać inaczej. Dodatkowo w próbie widoczna była nierównowaga płci (przewaga kobiet) i ograniczona różnorodność doświadczeń instytucjonalnych, co zawęża perspektywę porównawczą.

Materiał empiryczny opierał się na wywiadach i deklaracjach badanych, a więc na danych samoopisowych. Taki sposób pomiaru niesie ryzyko zniekształceń wynikających z pamięci, selekcji zdarzeń, potrzeby spójnego przedstawienia własnego funkcjonowania oraz wpływu norm zawodowych (np. tendencja do podkreślania profesjonalizmu). W badaniu nie zastosowano triangulacji źródeł (np. obserwacji dyżuru, analizy dokumentacji, perspektywy superwizora), co ogranicza możliwość weryfikacji opisów w innych danych.

Ograniczeniem jest również jednoczasowy charakter badania. Wywiady i pomiary kwestionariuszowe zrealizowano w jednym punkcie czasowym, dlatego nie można ocenić zmienności granic emocjonalnych w dłuższej perspektywie ani kierunku zależności między obciążeniem, strategiami regulacji i dobrostanem. Wątki dotyczące uczenia się granic wraz ze stażem zawodowym mają charakter narracyjny i nie stanowią podstawy do wniosków rozwojowych.

Kwestionariusze PES, COPE (wersja pełna) oraz SWLS zostały włączone jako kontekst interpretacyjny, a nie narzędzie diagnozy. Należy uwzględnić typowe ograniczenia pomiaru kwestionariuszowego: wpływ stylu odpowiadania, jednorazowość pomiaru oraz brak kontroli czynników sytuacyjnych (np. aktualne zmęczenie, świeżość trudnych interwencji). W konsekwencji wyniki skal powinny być traktowane jako wskaźniki wspierające interpretację narracji, a nie jako przesądzające o poziomie funkcjonowania psychicznego badanych.

Wreszcie, analiza jakościowa była prowadzona przez jednego badacza, co zwiększa ryzyko subiektywności kodowania i interpretacji. Zastosowanie procedur zwiększających rzetelność mogłoby wzmocnić wiarygodność ustaleń. Mimo tych ograniczeń, uzyskane rezultaty dostarczają spójnego obrazu mechanizmów rozmywania granic, sygnałów przeciążenia oraz praktyk regulacyjnych, które mogą stanowić punkt wyjścia do dalszych badań, w tym na większych próbach i z zastosowaniem triangulacji metod.



Zakończenie

Celem niniejszej pracy było rozpoznanie, w jaki sposób specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej, a także jakie znaczenie przypisują im w kontekście obciążenia psychicznego, efektywności pomagania i dobrostanu. Podjęty temat dotyczył zagadnienia szczególnie ważnego, ponieważ interwencja kryzysowa odbywa się w warunkach wysokiej intensywności, z ekspozycją na treści cierpienia, presji czasu oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo i stabilizację osoby zgłaszającej się. W związku z tym w pracy przyjęto perspektywę, w której granice emocjonalne nie oznaczają obojętności, lecz są rozumiane jako kompetencja regulacyjna i element profesjonalizmu umożliwiający długofalowe udzielanie wsparcia.

Wyniki badania wskazują, że granice emocjonalne są ujmowane jako kompetencja regulacyjna umożliwiająca utrzymanie empatycznego kontaktu przy zachowaniu ram roli zawodowej. Ich stabilność zależy od aktualnych zasobów oraz warunków organizacji dyżuru i dostępnego wsparcia. W materiale wyłoniły się dwa wzory kosztu naruszeń granic: część badanych rozpoznawała przeciążenie już w trakcie rozmowy (sygnały z ciała lub emocje prowadzą do szybkiej regulacji), natomiast u innych koszt ujawniał się dopiero po zakończeniu kontaktu lub dyżuru (objawy somatyczne, ruminacje, powracające obrazy). Różnica ta ma znaczenie praktyczne, ponieważ wczesne rozpoznanie sprzyja ograniczaniu kumulacji obciążenia w kolejnych interwencjach. Wyniki podkreślają współzależność granic emocjonalnych od kompetencji jednostkowych, wsparcia zespołowego oraz warunków organizacyjnych dyżuru.

W odniesieniu do pytania badawczego: Jak specjaliści interwencji kryzysowej doświadczają i opisują granice emocjonalne w swojej pracy pomocowej? - przeprowadzone badanie potwierdziło, że granice emocjonalne są postrzegane przez specjalistów jako kluczowy element profesjonalnego funkcjonowania, chroniący zarówno jakość pomocy, jak i psychiczne zasoby pomagającego. Badani nie opisywali granic jako obojętności czy dystansu pozbawionego empatii, lecz jako umiejętność utrzymania równowagi pomiędzy bliskością a rolą zawodową. Granice były rozumiane jako kompetencja, która pozwala pozostać w kontakcie z emocjami klienta, a jednocześnie nie przejmować ich i nie przenosić do własnego życia.

W materiale naruszenia granic były opisywane głównie w kontekście kumulacji obciążeń dyżurowych oraz kontaktów rezonujących z osobistymi wątkami i wartościami. Na podstawie wypowiedzi badanych można również wnioskować, że najbardziej ochronna jest



elastyczność granic: zdolność do dopasowania intensywności zaangażowania do sytuacji klienta oraz do własnych zasobów, a następnie umiejętność domknięcia rozmowy i powrotu do równowagi. Granice emocjonalne okazały się więc procesem, który rozwija się wraz z doświadczeniem zawodowym, dostępem do wsparcia zespołu oraz uczeniem się własnych reakcji na trudne treści.

Ograniczeniem pracy jest niewielka liczebność próby oraz jakościowy charakter badania, co nie pozwala na uogólnianie wyników na całą populację specjalistów interwencji kryzysowej. Uczestnicy pochodzili z określonego kontekstu pracy, dlatego doświadczenia mogą różnić się w zależności od formy interwencji (telefoniczna, stacjonarna, online) oraz warunków organizacyjnych. Kolejnym ograniczeniem jest oparcie się na deklaracjach uczestników, które mogą być podatne na selektywną pamięć, normy zawodowe oraz tendencję do prezentowania siebie w sposób zgodny z oczekiwaniami roli profesjonalnej. W związku z tym można zakładać możliwą tendencję do opisywania własnych reakcji w sposób zgodny z ideałem profesjonalizmu (np. podkreślanie kontroli, odporności i właściwie rozumianego dystansu), co mogło osłabiać ujawnianie trudności lub kosztów. Należy także podkreślić, że interpretacja wyników dotyczy relacji znaczeń i sposobów opisu granic, a nie zależności przyczynowo-skutkowych.

Ostatecznie badanie pokazuje, że granice emocjonalne w telefonicznej interwencji kryzysowej nie są cechą stałą, lecz zjawiskiem dynamicznym, zależnym od aktualnych zasobów, jakości regeneracji oraz warunków pełnienia dyżuru. Wkładem pracy jest uporządkowanie sposobów rozumienia granic przez interwentów, opis typowych sytuacji ryzyka oraz wskazanie praktyk, które w doświadczeniu badanych ograniczają kumulację obciążenia (m.in. wczesne rozpoznawanie sygnałów przeciążenia, porządek odpowiedzialności, szybkie korzystanie ze wsparcia). Ze względu na jakościowy charakter badania i niewielką liczebność próby, wnioski mają charakter opisowy i stanowią punkt wyjścia do dalszych analiz, w tym badań na większych próbach oraz porównań między różnymi formami interwencji (telefoniczna, czat, kontakt bezpośredni). Z perspektywy praktyki wyniki wspierają potrzebę łączenia szkoleń z zakresu mikroregulacji i pracy na granicach z rozwiązaniami organizacyjnymi, które umożliwiają przerwy oraz dostęp do konsultacji i superwizji w rytmie pracy dyżurowej.

Bibliografia

1. Bańka, A. (2000). Psychologia pracy. W J. Strelau (Red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (T. 3, ss. 283-320). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
2. Badura-Madej, W. (1999). *Wybrane zagadnienia interwencji kryzysowej: Poradnik dla pracowników socjalnych*. Wydawnictwo „Śląsk”.
3. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2014). Job demands-resources theory. W P. Y. Chen & C. L. Cooper (Red.), *Work and wellbeing: Wellbeing: A complete reference guide* (Tom 3, ss. 37-64). Wiley-Blackwell.
<https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell019>
4. Bartkowiak, G. (2009). *Człowiek w pracy: Od stresu do sukcesu w organizacji*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
5. Beisert, M. (2004). Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W H. Sęk (Red.), *Wypalenie zawodowe: Przyczyny i zapobieganie* (ss. 182-215). Wydawnictwo Naukowe PWN.
6. Bomba, J. (1994). Wokół pojęcia kryzysu - implikacje diagnostyczne i terapeutyczne. *Zeszyty Interwencji Kryzysowej*, 2, 7-12.
7. Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological wellbeing*. Aldine Publishing Company.
8. Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of “people work”. *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39.
9. Burgess, A. W., & Baldwin, B. A. (1981). *Crisis intervention theory and practice: A clinical handbook*. Prentice-Hall.
10. Butcher, J. N., & Koss, M. P. (1990). Badania nad psychoterapią krótkoterminową i kryzysową. W S. L. Garfield & A. E. Bergin (Red.), *Psychoterapia i zmiana zachowania: Analiza empiryczna* (ss. 167-230). Instytut Psychiatrii i Neurologii.
11. Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
12. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
13. Chodkowska, M., & Kazanowski, Z. (2017). Struktura realizowanej roli zawodowej w ocenach pracowników socjalnych. Ukryte zagrożenia zawodowego funkcjonowania.



Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia, 30(4), 47-62. <https://doi.org/10.17951/j.2017.30.4.47>

14. Czapiński, J. (1994). *Psychologia szczęścia: Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
15. Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Westview Press.
16. Davis, M. H. (2001). *Empatia: O umiejętności współodczuwania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
17. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
18. Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
19. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective wellbeing: The science of happiness and life satisfaction. W C. R. Snyder & S. J. Lopez (Red.), *Handbook of positive psychology* (ss. 63-73). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195135336.003.0005>
20. Dziegielewska, S. F. (1997). Time-limited brief therapy: The state of practice. *Crisis Intervention and Time-Limited Treatment*, 3(3), 217-228.
21. Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press.
22. Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
23. Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 615-622. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.69.4.615>
24. Eurofound. (2017). *Sixth European Working Conditions Survey - Overview report (2017 update)*. Publications Office of the European Union.
25. Fengler, J. (2000). *Pomaganie męczycy: Wypalenie w pracy zawodowej* (K. Pietruszewski, Tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
26. Figley, C. R. (Red.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
27. Flegenheimer, W. V. (1978). The patient-therapist relationship in crisis intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 39(4), 348-350.



28. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
29. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
30. Gallagher, R. (2013). Compassion fatigue. *Canadian Family Physician*, 59(3), 265-268.
31. Gill, M. M. (1983). The point of view of psychoanalysis: Energy discharge or person? *Psychoanalysis & Contemporary Thought*, 6(4), 523-551.
32. Goleman, D. (2007). *Inteligencja emocjonalna* (A. Jankowski, Tłum.). Media Rodzina.
33. Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
34. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
35. Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151-164.
36. Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. Wiley.
37. Heszen, I., & Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
38. Hobfoll, S. E. (2006). *Stres, kultura i społeczność: Psychologia i filozofia stresu*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
39. House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.
40. Jankowiak-Siuda, K., Krakowska, N., Gaździcka, K., Kundziołka, J., & Topczewski, J. (2019). Genetyczne podstawy empatii afektywnej i poznawczej [Genetic basis of affective and cognitive empathy]. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 14(2), 73-83.
41. Keltner, D., & Goetz, J. L. (2007). Compassion. W R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Red.), *Encyclopedia of social psychology* (ss. 159-161). Sage Publications.
42. Klimecki, O., & Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and neuroscience. W B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan, & D. S. Wilson (Red.), *Pathological altruism* (ss. 368-384). Springer.
43. Kliś, M. (2012). Adaptacyjna rola empatii w różnych sytuacjach życiowych. *Horyzonty Psychologii*, 2, 147-171.
44. Kliś, M. (2015). Rola empatii w życiu rodziny [The role of empathy in family life]. *Państwo i Społeczeństwo*, 15(4), 53-67.



45. Kliś, M., & Kossewska, J. (1997). Empatia emocjonalna i związane z nią cechy indywidualne. *Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Psychologiczne*, 6, 129-135.
46. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
47. Lewicka-Zelent, A. (2020). Empatia pracowników socjalnych i konstruktywne radzenie sobie przez nich ze stresem jako istotne zasoby warunkujące efektywność ich pracy zawodowej. Badanie pilotażowe. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia*, 33(1), 55-70.
48. Makara-Studzińska, M., Adamczyk, K., & Goclon, M. (2019). Psychiatryzy a zespół wypalenia zawodowego - zjawisko, problem, zagrożenie? *Psychiatria Polska*, 53(5), 1145-1157. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/81750>
49. Marek, T. (1995). Psychologia stresu. W J. Strelau (Red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (T. 3, ss. 595-634). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
50. Marek, T. (2000). Psychologia bezpieczeństwa pracy. W J. Strelau (Red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (T. 3, ss. 663-684). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
51. Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
52. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory manual*. Consulting Psychologists Press.
53. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
54. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>
55. Murgatroyd, S. (2000). *Poradnictwo i pomoc* (E. Turlejska, Tłum.). Zysk i S-ka Wydawnictwo.
56. NASK. (2024, 17 stycznia). *Wsparcie dla dorosłych w kryzysie psychicznym - ponad 110 tys. połączeń na linię 116 123* [komunikat/aktualność]. Pobrano 5 lutego 2026 z <https://www.nask.pl/aktualnosci/wsparcie-dla-doroslych-w-kryzysie-psychicznym-ponad-110-tys-polaczen-na-linie-116-123>
57. Ochojski, A. (2015). Empatia - trudny dar. O indywidualnym i społecznym znaczeniu empatii. W J. Joško-Ochojska (Red.), *Zrozumieć drugiego człowieka. Empatia w medycynie i komunikacji społecznej* (ss. 41-64). Uniwersytet Medyczny w Katowicach.
58. Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy*. W. W. Norton.



59. Piątek, J. (2007). *Radzenie sobie z kryzysem po interwencji kryzysowej* [Praca doktorska, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum]. <https://dl.cm-uj.krakow.pl/dlibra/publication/edition/969>
60. Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital & Community Psychiatry, 29*(4), 233-237.
61. Pines, A. M., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press.
62. Ratajczak, Z. (1991). *Elementy psychologii pracy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
63. Rothschild, B. (2024). *Wsparcie dla wspierających: Jak zapobiegać zmęczeniu współzuciem i traumie zastępczej* (M. Moskal, Tłum.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
64. Salloum, A., Kondrat, D. C., Johnco, C., & Olson, K. R. (2015). The role of self-care on compassion satisfaction, burnout, and secondary trauma among child welfare workers. *Children and Youth Services Review, 49*, 54-61. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2014.12.023>
65. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS). W C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter, *Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed., ss. 19-26). Consulting Psychologists Press.
66. Singer, T., & Lamm, C. (2009). The social neuroscience of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1156*, 81-96. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04418.x>
67. Singer, T., & Tusche, A. (2014). Understanding others: Brain mechanisms of theory of mind and empathy. W P. W. Glimcher & E. Fehr (Red.), *Neuroeconomics* (ss. 513-528). Elsevier.
68. Sordyl-Lipnicka, B. (2021). Relacja pomocowa w perspektywie superwizji pracy socjalnej - wybrane implikacje. W B. Sordyl-Lipnicka & K. Wojtanowicz (Red.), *Superwizja w zawodach wsparcia społecznego. Rozważania teoretyczne, empiryczne i implikacje praktyczne* (s. 133-144). Kraków.
69. Stach, R., & Stach-Borejko, A. (2016). *Empatia i mózg*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
70. Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual* (2nd ed.). ProQOL.org.
71. Stamm, B. H. (Red.). (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Sidran Press.



72. Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4*(3), 249-288.
73. Szczygieł, D., Bazińska, R., Kadzikowska-Wrzosek, R., & Retowski, S. (2009). Praca emocjonalna w zawodach usługowych i opiekuńczych: Pojęcie, przegląd teorii i badań. *Psychologia Społeczna, 4*(2-3), 155-166.
74. Szrejder, D. (2019). Intuicja, empatia, mentalizacja - niestandardyzowalne umiejętności pracownika socjalnego. *Zeszyty Pracy Socjalnej, 24*(1), 41-50. <https://doi.org/10.4467/24496138ZPS.19.004.10752>
75. Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59*(2-3), 25-52.
76. Uchnast, Z. (2001). Empatia osobowa: Metoda pomiaru. *Przegląd Psychologiczny, 44*(2), 189-207.
77. Van Wagoner, S. L., Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy, 28*(3), 411-421. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.411>
78. Vischer, R. (1873). *Über das optische Formgefühl: Ein Beitrag zur Ästhetik*. H. Credner. <https://archive.org/details/ueberdasoptisch00viscgoog>
79. Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A family typology. *Journal of Family Psychology, 7*(1), 104-118. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.1.104>
80. Widerszal-Bazyl, I. (2003). Monitoring psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy. Model Karaska. W J. D. Górska & I. Widerszal-Bazyl (Red.), *Stres w pracy: Poradnik dla pracodawcy* (ss. 37-46). Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy.
81. Wilson, J. P., & Lindy, J. D. (Red.). (1994). *Countertransference in the treatment of PTSD*. Guilford Press.
82. Włoszczak-Szubzda, A. (2016). *Empatia - pomoc i przeszkoda w pracy zawodowej personelu medycznego*. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji.
83. Włodarczyk, J. (2020). Cena słuchania. Czynniki ryzyka i ochronne wystąpienia traumy zastępczej u osób badających przemoc. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 19*(3), 84-101.
84. Woronicka, G. (2016). Empatia jako pojęcie teoretyczne. Ujęcie pragmatyczne. W W. Pawlik (Red.), *Empatia, moralność a życie społeczne* (ss. 163-174).



Spis tabel

1. Tabela 1. Koszty pomagania - zestawienie definicji i cech rozróżniających najczęściej stosowane konstrukty
2. Tabela 2. Wyniki PES w badanej grupie
3. Tabela 3. Wyniki COPE (pełna wersja) - nasilenie strategii (1-4)
4. Tabela 4. Wyniki SWLS (steny) w badanej grupie

Załączniki

Załącznik 1. Kwestionariusz wywiadu

Doświadczanie granic emocjonalnych w pracy specjalistów interwencji kryzysowej

Szanowna Pani / Szanowny Panie,

jestem studentką psychologii i przygotowuję pracę magisterską dotyczącą doświadczania granic emocjonalnych w pracy specjalistów interwencji kryzysowej. Wywiad ma charakter badawczy, a jego celem jest poznanie Pani/Pana perspektywy zawodowej i osobistych doświadczeń związanych z pracą pomocową.

Udział w badaniu jest dobrowolny. W każdej chwili może Pani/Pan odmówić odpowiedzi na wybrane pytanie lub przerwać udział bez podawania przyczyny. Wywiad jest anonimowy - w zapisie nie będą uwzględniane dane umożliwiające identyfikację. Zebrany materiał zostanie wykorzystany wyłącznie do celów naukowych.

Za Pani/Pana zgodą rozmowa zostanie nagrana w celu wykonania transkrypcji.

Czy wyraża Pani/Pan zgodę na udział w badaniu i nagranie rozmowy?

Tak Nie

Metryczka

1. Płeć: kobieta mężczyzna inna wolę nie podawać
2. Wiek: _____ lat
3. Wykształcenie (np. licencjat/magister/inna specjalizacja):

4. Staż pracy w obszarze interwencji kryzysowej: _____ lat / _____ miesięcy
5. Forma pracy: stacjonarna zdalna mieszana
6. Obszar/forma interwencji (np. telefon zaufania, interwencja stacjonarna, online):



7. Średnia liczba dyżurów lub godzin dyżurowych w miesiącu (orientacyjnie):

Pytania do wywiadu

1. Na początek proszę krótko opisać, na czym polega Pani/Pana praca w interwencji kryzysowej.
2. Z jakimi zgłoszeniami spotyka się Pani/Pan najczęściej?
3. Co dla Pani/Pana znaczy „granica emocjonalna” w pracy pomocowej?
4. Po czym poznaje Pani/Pan, że granica emocjonalna jest „zachowana”?
5. A po czym, że jest „naruszona”?
6. Czy granica dotyczy bardziej emocji, odpowiedzialności, czasu czy relacji?
7. Jak Pani/Pan rozumie „zdrowy profesjonalny dystans”?
8. Czym różni się dystans od obojętności?
9. Jak wygląda „empatia bez wchodzenia w czyjeś emocje”?
10. Jakie typy sytuacji w pracy najczęściej wystawiają Pani/Pana granice na próbę?
11. Proszę podać 2-3 przykłady takich sytuacji (bez danych identyfikujących).
12. Co w tych sytuacjach jest najbardziej obciążające: treść, intensywność emocji klienta, presja czasu, bezradność, agresja, ryzyko życia?
13. Czy są „kategorie zgłoszeń”, po których trudniej Pani/Panu wrócić do równowagi? Jakie i dlaczego?
14. Co konkretnie po takich rozmowach zostaje najbardziej: obrazy, słowa, poczucie odpowiedzialności, wątpliwości?
15. Jak wygląda u Pani/Pana „ścieżka” od zaangażowania do przeciążenia?
16. Co jest pierwszym krokiem na tej ścieżce: myśli, emocje, napięcie w ciele czy działanie?
17. Co przyspiesza naruszenie granic (np. tempo dyżuru, brak wsparcia, kolejne trudne zgłoszenia)?
18. Proszę opisać sytuację, w której poczuł(a) Pani/Pan: „to jest za dużo”.
19. Kiedy dokładnie pojawiło się to poczucie (moment w rozmowie / po rozmowie)?
20. Co wtedy zrobiła/zrobił Pani/Pan (działanie, decyzja, przerwa, konsultacja)?
21. Po czym Pani/Pan poznaje, że granice są naruszane? Jakie ma Pani/Pan „sygnały ostrzegawcze”?
22. Jak praca „przechodzi” do życia prywatnego?
23. Co Pani/Pan robi, kiedy zauważa ten transfer?



24. Co musi się wydarzyć, żeby Pani/Pan powiedział(a): „teraz potrzebuję przerwy / wsparcia”?

Załącznik 2. Kwestionariusz The Perth Empathy Scale (PES)

Skala empatii Perth (polska wersja: Larionow i Preece, 2023)
 The Perth Empathy Scale (PES; oryginalna wersja angielska: Brett i in., 2023)

Instrukcja. Ten kwestionariusz pyta o to, jak łatwo rozpoznajesz i doświadczasz emocji innych. Proszę ocenić następujące twierdzenia przy użyciu podanej skali. Zaznacz jedną odpowiedź dla każdego twierdzenia.

	Twierdzenia	Prawie nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Prawie zawsze
1	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się smutny.	1	2	3	4	5
2	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się smutny, to sprawia, że ja też czuję się smutna/y.	1	2	3	4	5
3	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się szczęśliwy.	1	2	3	4	5
4	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się szczęśliwy, to sprawia, że ja też czuję się szczęśliwa/y.	1	2	3	4	5
5	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się zły.	1	2	3	4	5
6	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się zły, to sprawia, że ja też czuję się zła/y.	1	2	3	4	5
7	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się rozbawiony.	1	2	3	4	5
8	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się rozbawiony, to sprawia, że ja też czuję się rozbawiona/y.	1	2	3	4	5
9	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się przestraszony.	1	2	3	4	5
10	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się przestraszony, to sprawia, że ja też czuję się przestraszona/y.	1	2	3	4	5
11	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się spokojny.	1	2	3	4	5
12	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się spokojny, to sprawia, że ja też czuję się spokojna/y.	1	2	3	4	5
13	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się zniesmaczony.	1	2	3	4	5
14	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się zniesmaczony, to sprawia, że ja też czuję się zniesmaczona/y.	1	2	3	4	5
15	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się pełen zapału.	1	2	3	4	5
16	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się pełen zapału, to sprawia, że ja też czuję się pełna/pełen zapału.	1	2	3	4	5
17	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się zakłopotany.	1	2	3	4	5
18	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się zakłopotany, to sprawia, że ja też czuję się zakłopotana/y.	1	2	3	4	5
19	Widząc lub słysząc kogoś, wiem, czy czuje się dumny.	1	2	3	4	5
20	Kiedy widzę lub słyszę kogoś, kto czuje się dumny, to sprawia, że ja też czuję się dumna/y.	1	2	3	4	5



Załącznik 3. Kwestionariusz Skala Satysfakcji z Życia (SWLS)

E. Diener, R. A. Emmons, R. J. Larson i S. Griffin
SWLS
Adaptacja: Z. Juczyński

..... wiek płeć M K data badania

Poniżej podano kilka stwierdzeń, z którymi możesz się zgodzać lub nie. Używając skali od 1 do 7 wskaż – w *jakim stopniu zgadzasz się z każdym stwierdzeniem* wpisując w pustą kratkę odpowiednią cyfrę. Bądź szczerzy w swoich odpowiedziach.

Poszczególne punkty skali oznaczają:

- 1 – zupełnie nie zgadzam się
- 2 – nie zgadzam się
- 3 – raczej nie zgadzam się
- 4 – ani się zgadzam ani nie zgadzam
- 5 – raczej zgadzam się
- 6 – zgadzam się
- 7 – całkowicie zgadzam się

-
1. Pod wieloma względami moje życie jest zbliżone do ideału
 2. Warunki mojego życia są doskonałe
 3. Jestem zadowolony z mojego życia
 4. W życiu osiągnąłem najważniejsze rzeczy, które chciałem
 5. Gdybym mógł jeszcze raz przeżyć swoje życie, to nie chciałbym prawie nic zmienić
-

SAT	sten

Wydanie polskie: Copyright © 2012 by Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego Sp. z o.o.
ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa
www.practest.com.pl



Załącznik 4. Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem - COPE

Charles Carver, Michael Scheier i Jagdish Weintraub
COPE
Adaptacja: Zygfryd Juczyński, Nina Ogińska-Bulik

..... płęć M K wiek data badania

Ludzie różnie reagują, gdy natrafiają w swoim życiu na trudne czy stresujące zdarzenia. Ze stresem można sobie radzić w różny sposób. Kwestionariusz ma ustalić, jak zazwyczaj zachowujesz się, gdy doświadczasz tego typu zdarzeń. Jest zrozumiałe, że różne zdarzenia wywołują różne reakcje, lecz co Ty zazwyczaj robisz, gdy przeżywasz bardzo nieprzyjemne zdarzenie?

Należy starać się odpowiadać na każde pytanie niezależnie, to znaczy tak odpowiadać, aby odpowiedź na jedno pytanie nie wpływała na inne odpowiedzi. Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania. Nie ma tu odpowiedzi ani prawdziwych, ani fałszywych, dlatego należy wybrać te najbardziej właściwe dla siebie, a nie to, co według Ciebie inni ludzie powiedzieliby czy zrobili.

Do puste kratki należy wpisać właściwą dla siebie cyfrę, zgodnie z podanym poniżej znaczeniem:

1 = prawie nigdy tak nie postępuję
2 = rzadko tak postępuję

3 = często tak postępuję
4 = prawie zawsze tak postępuję

Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:

1. Poprzez tego typu doświadczenia rozwijam siebie
2. Zajmuję się pracą lub innymi czynnościami, żeby o tym nie myśleć
3. Jestem zaniepokojony i ujawniam swoje emocje
4. Szukam porady u innych, co należy robić
5. Moje wysiłki koncentrują się na tym, aby coś z tą sytuacją zrobić
6. Mówię do siebie „to nieprawda”
7. Pokładam zaufanie w Bogu
8. Śmieję się z tej sytuacji
9. Przyznaję się przed sobą, że sobie nie poradzę i przestaję próbować
10. Staram się powstrzymać przed pochopnym działaniem
11. Rozmawiam z kimś o tym, co czuję
12. Piję alkohol lub zażywam inne środki, żeby poczuć się lepiej
13. Przyzwyczajam się do myśli, że tak się stało
14. Rozmawiam z innymi, aby dowiedzieć się więcej o danej sytuacji
15. Unikam myśli i czynności, które by mnie rozpraszały
16. Śnię na jawie o czymś innym niż to, co się stało
17. Jestem zaniepokojony/a i zdaję sobie z tego sprawę
18. Liczę na pomoc Boga
19. Sporządzam plan działania
20. Żartuję na ten temat
21. Akceptuję fakt, że tak się stało i że nie można tego zmienić
22. Powstrzymuję się od robienia czegokolwiek, dopóki sytuacja na to pozwala

Wydanie polskie: copyright © 2009 by „Pracownia Testów Psychologicznych” sp. z o.o., ul. Dzielna 5, 00-162 Warszawa



Gdy jestem w bardzo trudnej sytuacji, to zazwyczaj:**1 = prawie nigdy tak nie postępuję****3 = często tak postępuję****2 = rzadko tak postępuję****4 = prawie zawsze tak postępuję**

23. Staram się uzyskać wsparcie emocjonalne od przyjaciół lub krewnych
24. Po prostu rezygnuję z prób osiągnięcia celu
25. Podejmuję dodatkowe działania, aby rozwiązać problem
26. Próbuję oderwać się na chwilę od rzeczywistości, pijąc alkohol czy zażywając inne środki
27. Nie chcę uwierzyć, że tak się stało
28. Okazuję swoje uczucia
29. Staram się zobaczyć to w innym, bardziej pozytywnym świetle
30. Rozmawiam z osobą, która mogłaby w konkretny sposób pomóc mi w rozwiązaniu problemu
31. Śpię więcej niż zazwyczaj
32. Staram się wypracować strategię czy plan określający, co należy robić
33. Koncentruję się na rozwiązaniu problemu i – gdy trzeba – odkładam na bok inne zadania
34. Staram się uzyskać otuchę i zrozumienie od innych
35. Piję alkohol lub zażywam inne środki, żeby mniej o tym myśleć
36. Stroję sobie z tego żarty
37. Rezygnuję z wysiłków osiągnięcia tego, co chcę
38. Szukam dobrych stron w tym, co się zdarzyło
39. Zastanawiam się nad tym, jak najlepiej poradzić sobie z problemem
40. Udaję, że nic się nie stało
41. Upewniam się, czy nie pogorszę sytuacji przedwczesnym działaniem
42. Bardzo staram się, aby inne rzeczy nie przeszkadzały mi w rozwiązaniu problemu
43. Idę do kina albo oglądam telewizję, żeby mniej o tym myśleć
44. Akceptuję fakt, że to się już stało
45. Pytam ludzi, którzy mają doświadczenia podobne do moich, co oni wtedy zrobili
46. Odczuwam silne przykre emocje i wiem, że bardzo to po mnie widać
47. Podejmuję działania mające na celu ominięcie problemu
48. Staram się znaleźć ukojenie w religii czy w swojej wierze
49. Zmuszam się do odczekania na właściwy moment, żeby coś zrobić
50. Traktuję tę sytuację jak zabawę
51. Ograniczam wysiłek wkładany w rozwiązanie problemu
52. Rozmawiam z kimś o swoich uczuciach
53. Piję alkohol lub zażywam inne środki, co pomaga mi przez to przejść
54. Uczę się z tym żyć
55. Odkładam na bok inne zajęcia, aby skoncentrować się na tym
56. Poważnie zastanawiam się nad tym, jakie kroki należy podjąć
57. Zachowuję się tak, jak gdyby nic się nie stało
58. Krok po kroku robię to, co musi być zrobione
59. Uczę się czegoś z tych doświadczeń
60. Modlę się lub medytuję

