

AUTOREFERAT

DR N. HUM. IGOR PIETKIEWICZ

KATOWICE 2019

1. Dane personalne

Imię i nazwisko: Igor Pietkiewicz

2. Dyplomy, stopnie naukowe/artystyczne wraz z podaniem: nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

- Doktor nauk humanistycznych. Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Kraków 2007.
Tytuł: Illness behaviours among members of the Tibetan diaspora (badania na temat wpływu socjalizacji i akulturacji na postrzeganie objawów chorobowych oraz sposoby radzenia sobie z chorobą).
Promotor: prof. dr hab. Halina Grzymała-Moszczyńska.
Praca uzyskała szczególne wyróżnienie Komisji ds. Przewodu Doktorskiego.
- Magister filologii angielskiej, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Wydział Neofilologii, Poznań 1999.
- Certyfikat superwizora psychoterapii nr 150. Sekcja Naukowa Psychoterapii, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2016.
- Certyfikat psychoterapeuty nr 482. Sekcja Naukowa Psychoterapii, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2009.

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych/artystycznych

- 2010 – nadal Adiunkt – Uniwersytet SWPS, WZ Katowice.
Kierownik Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją.
Kierownik Pracowni Badań Jakościowych – QualLab.
- 2008 – nadal Wykładowca – School of Medicine in English, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński.
- 2015 – 2017 Promotor naukowy (seminarium doktoranckie i promotor przewodu doktorskiego) – Open University Mauritius.

Ponadto:

- 2009 – nadal Psychoterapeuta i superwizor – Oddział Dzienny Psychiatryczny, Centrum Zdrowia Psychicznego Feniks w Sosnowcu.
- 2005 – 2009 Psychoterapeuta – Szpital Jana Pawła II w Krakowie.

- 2002 – 2003 Psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. L. Rydygiera w Krakowie, Oddział Psychiatrii i Psychosomatyki.

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16., ust. 2 Ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. nr 65, poz. 595 ze zm.).

a) Tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego

Cykl publikacji powiązanych tematycznie pt. *Jak uwewnętrznione na drodze socjalizacji religijnej normy i wartości oddziałują na konflikty duchowo-religijne i sposoby poszukiwania pomocy.*

b) Publikacje składające się na osiągnięcie naukowe/artystyczne

A1. Pietkiewicz, I.J., Bachryj, D. (2014). Help-Seeking Attitudes and Coping strategies among Roman Catholic secular clergy. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8, 13-24. doi: 10.1037/rel0000019

Impact Factor = 1.46

MNiSW = 30 pkt

Mój wkład własny: 85%

A2. Pietkiewicz, I.J. (2015). Reaching a decision to change vocation: a qualitative study of former priests' experiences. *Journal for Educational and Vocational Guidance*, 16, 379-404. doi: 10.1007/s10775-015-9318-2

Impact Factor = 0.65

MNiSW = 25 pkt

A3. Pietkiewicz, I., Kołodziejczyk-Skrzypek, M. (2016). Living in sin? How gay Catholics manage their conflicting sexual and religious identities. *Archives of Sexual Behavior*, 45, 1573-1585. doi: 10.1007/s10508-016-0752-0

Impact Factor = 2.59

MNiSW = 45 pkt

Mój wkład własny: 85%

A4. Pietkiewicz, I.J. (2014). Salutary, pathogenic, and pathoplastic aspects of the Jehovah's Witness culture. *Journal of Family Studies*, 20, 148-165. doi: 10.1080/13229400.2014.11082003

Impact Factor = 0.38

MNiSW = 15 pkt

A5. Pietkiewicz, I. J., Lecoq-Bamboche, M. (2017). Exorcism leads to reenactment of trauma in a Mauritian women. *Journal of Child Sexual Abuse*, doi: 10.1080/10538712.2017.1372837

Impact Factor = 1.09

MNiSW = 20 pkt

Mój wkład własny: 85%

c) Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. prac i osiągniętych wyników wraz z ich ewentualnym wykorzystaniem

Prowadzone przeze mnie badania znacząco przyczyniły się do rozwoju **psychologii zdrowia społeczności** (ang. *community health psychology*) i **psychologii religii**. Psychologia zdrowia społeczności jest subdyscypliną psychologii zdrowia, która eksploruje czynniki wpływające na zdrowie i dobrostan ludzi żyjących w określonych grupach kulturowych (De La Cancela, Chin i Jenkins, 2016). Analiza kulturowych uwarunkowań radzenia sobie z problemami stanowi istotną część tych badań. Współczesna psychologia religii skupia się na wpływie duchowości/religijności na życie jednostek oraz radzenie sobie z chorobą lub innymi problemami. W trakcie międzynarodowego sympozjum, które poświęcone było psychologii religii, Keith Pargament (2017), jedna z czołowych na świecie postaci zajmujących się tą dziedziną, podsumował główne problemy badawcze eksplorowane w psychologii religii w ostatnich dekadach oraz nakreślał jej braki i kierunki dalszego rozwoju. Zwracał uwagę na niedostateczne zainteresowanie psychologów religii czynnikami związanymi z duchowością/religijnością, które mogą przyczyniać się do nasilania konfliktów wewnętrznych (ang. *spiritual struggle*) lub grupowych oraz utrudniać funkcjonowanie ludzi zaangażowanych religijnie. Podkreślał także potrzebę badań, które miałyby bezpośrednie przełożenie na praktykę psychologiczną (np. psychoterapię, psychoedukację). Zaprezentowane w niniejszym cyklu badania wpisują się w tę strategię.

Niektóre z przedstawionych prac stanowią również wkład w rozwój **psychologii zdrowia pracy** (ang. *occupational health psychology*) – interdyscyplinarnej dziedziny psychologii zajmującej się zdrowiem i bezpieczeństwem pracowników, czynnikami ryzyka związanymi z uprawianym zawodem i sposobami radzenia sobie z wyzwaniami. Przedstawione w niniejszym cyklu analizy należą do nielicznych w Polsce i na świecie badań psychologicznych przeprowadzonych z udziałem na przykład duchowieństwa (grupy o dużym wpływie społecznym, ale rzadko badanej z uwagi na jej specyfikę i hermetyczność) lub przedstawicieli organizacji świadków Jehowy (trzeciej co do wielkości denominacji religijnej w Polsce, ale rzadko reprezentowanej w literaturze). Na przykładzie przedstawicieli tych grup udało się zilustrować wpływ socjalizacji religijnej na sposób interpretowania zjawisk i problemów oraz radzenia sobie z nimi.

Wymienione dziedziny psychologii są również powiązane i wzajemnie się uzupełniają z myślą naukową w obszarze **psychologii klinicznej**. Praktyczne wnioski płynące z projektów mogą być wykorzystane przez specjalistów zajmujących się psychologią kliniczną, pomocą psychologiczną lub psychoterapią, którzy świadczą pomoc przedstawicielom mniejszości kulturowych, religijnych, seksualnych, jak również osobom konsekrowanym. W Polsce i za granicą prowadziłem liczne seminaria oraz warsztaty

adresowane do lekarzy, psychologów, pielęgniarek i innych zawodów związanych z udzielaniem pomocy. Wgląd w kulturowe czynniki wpływające na radzenie sobie z problemami, uzyskany dzięki przeprowadzonym badaniom, umożliwia opracowanie planu prewencji i odpowiednich technik pracy. Badania z udziałem duszpasterzy spotkały się zainteresowaniem naukowców amerykańskich i znalazły oddźwięk w *Clergy Health Initiative* (Duke University Medical Centre, Durham, USA). Zostałem zaproszony do udziału w projekcie realizowanym przez prof. Rae Jean Proeschold-Bell, w którym analizowane były czynniki ryzyka związane z wykonywaniem pracy księdza i jej wpływ na zdrowie.

Prezentowany tutaj cykl publikacji dotyczy badań nad wpływem czynników kulturowych (w szczególności norm i wierzeń religijnych) na codzienne funkcjonowanie, satysfakcję z podejmowanych ról społecznych, ocenę własnych potrzeb, impulsów, zachowania oraz interpretację przyczyn problemów. Ich głównym celem było przedstawienie salutogennych, patogennych i patoplastycznych czynników kulturowych (Grzymała-Moszczyńska, 2004; Pietkiewicz, 2008). Pierwsze dwie publikacje (A1 i A2) dotyczą badań z udziałem księży diecezjalnych lub zakonnych. Analizowałem w nich specyficzne wyzwania związane z rolą duszpasterza, konflikty pomiędzy pragnieniem realizacji osobistych dążeń lub impulsów popędowych a oczekiwaniami instytucjonalnymi lub społecznymi oraz sposoby radzenia sobie w trudnych sytuacjach. W pracach tych zastosowałem wysoce idiograficzne podejście metodologiczne oparte na interpretacyjnej analizie fenomenologicznej (Pietkiewicz i Smith, 2014). Kolejna publikacja (A3) jest podsumowaniem pierwszych w Polsce psychologicznych badań empirycznych z udziałem członków organizacji świadków Jehowy. W artykule analizowałem zjawiska i mechanizmy występujące w tej społeczności oraz normy i wierzenia nabywane w trakcie socjalizacji religijnej, które mogą wpływać na codzienne funkcjonowanie w świecie społecznym. Celem pracy było dostarczenie niezbędnych informacji na temat specyfiki tej grupy, jakimi powinien dysponować psycholog/psychoterapeuta konsultujący lub prowadzący terapię osoby, która należy do tej organizacji albo była jej członkiem. W projekcie zastosowałem konstruktywistyczną wersję teorii ugruntowanej (Charmaz, 2006). W kolejnej publikacji (A4) zaprezentowałem wyzwania dotyczące konfliktu pomiędzy tożsamością religijną a pragnieniami związanymi ze sferą seksualną oraz próby rozwiązywania tych wewnątrzpsychicznych konfliktów. Przeprowadziłem interpretacyjną analizę fenomenologiczną z udziałem mężczyzn wychowanych w rodzinach katolickich, silnie zaangażowanych w praktykę religijną, którzy na pewnym etapie swojego rozwoju odkrywali w sobie pragnienia homoseksualne. Uczestnicy deklarowali się jako geje i postrzegali swoją orientację jako niezgodną z przyjętymi zasadami wiary. Praca przedstawia wpływ socjalizacji religijnej i identyfikacji z wierzeniami religijnymi na ocenę własnych impulsów i zachowania oraz sposoby radzenia sobie z konfliktami. Omawiałem istotne czynniki ryzyka, na jakie narażone są osoby z mniejszości seksualnych, które jednocześnie należą do różnych grup wyznaniowych. Wreszcie ostatnia publikacja (A5) stanowi opis przypadku, w którym zaprezentowałem wpływ czynników kulturowych na interpretację objawów psychopatologicznych i szukanie pomocy. Materiał pochodzi z badań wykorzystujących interpretacyjną analizę fenomenologiczną nagłych zmian zachowania i poczucia tożsamości u mieszkańców Mauritiusa.



Przedstawiony cykl publikacji dokumentuje spójną linię badań, które przeprowadziłem samodzielnie lub razem ze współautorami. Koncentrują się one na wpływie czynników kulturowych (w tym socjalizacji religijnej) na poznawczą ocenę zjawisk, radzenie sobie z problemami i szukanie pomocy. Prowadzone badania empiryczne były nastawione na analizę znaczeń i sensów, wyborów życiowych jednostek, ich nadziei i obaw, sposobów przeżywania zjawisk. Sposób sformułowania problemów badawczych wymagał zastosowania metodologii badań jakościowych – paradygmatu dotychczas upowszechnianego na gruncie polskiej psychologii między innymi przez takich naukowców jak Maria Straś-Romanowska (2010), Elżbieta Dryll i Anna Cierpka (2004). W cyklu tym przedstawiłem wykorzystanie dwóch, popularnych na świecie, metodologii jakościowych w badaniach psychologicznych, tj. interpretacyjnej analizy fenomenologicznej (IPA, Pietkiewicz i Smith, 2014) i konstruktywistycznej wersji teorii ugruntowanej (Charmaz, 2006). Badania wykorzystujące interpretacyjną analizę fenomenologiczną były pierwszymi w Polsce analizami tego typu i przyczyniły się do rozwoju wiedzy i popularności tej metodologii w naszym kraju. Metodologia ta została użyta w licznych polskich badaniach, których wyniki opublikowano w czasopiśmie polskich i zagranicznych z listy JCR. Do tej pory powstało też kilkadziesiąt prac magisterskich i dwie prace doktorskie wykorzystujące IPA. Prowadzone przeze mnie projekty dotyczyły problemów niezwykle ważnych z perspektyw społecznej i klinicznej. Wszystkie z wymienionych publikacji dostarczają praktycznych implikacji dla klinicystów i superwizorów, którzy zajmują się osobami reprezentującymi mniejszości kulturowe, religijne, seksualne. Mogą także pomóc w opracowaniu programów profilaktyki zdrowia i tworzeniu interwencji mających na celu lepsze radzenie sobie w sytuacji kryzysu oraz rozpoznanie czynników kulturowych wpływających na mechanizmy odpowiedzialne za decyzje związane ze zdrowiem (Hagger i Luszczynska, 2014).

Wpływ czynników kulturowo-religijnych na funkcjonowanie człowieka

Socjalizacja kulturowo-religijna jest procesem nabywania określonych norm, wartości i przekonań, które wpływają na zachowanie jednostek, realizowanie przez nie swoich potrzeb i popędów, interpretację zjawisk, ekspresję objawów i radzenie sobie z problemami. Jest to ważne z perspektywy psychologii zdrowia, gdyż literatura podaje liczne przykłady patogenego, patoplastycznego i salutogenego wpływu czynników kulturowo-religijnych na funkcjonowanie człowieka (Grzymała-Moszczyńska, 2004; Pietkiewicz, 2008).

Funkcja patogenna dotyczy sytuacji, w której czynniki kulturowo-religijne uruchamiają lub podtrzymują patologię indywidualną jednostki. Może się to wiązać ze specyficznymi w danej społeczności czynnikami, które są niebezpieczne dla zdrowia (np. niezdrowe nawyki związane z przyjmowaniem określonych substancji, odchudzaniem się, pracą). Innym przykładem opisywanym w kontekście religii są obsesyjne myśli dotyczące grzechu i winy lub patologiczny wstyd (Grzymała-Moszczyńska, 2004; Pietkiewicz, 2010). Funkcja patogenna może się też wiązać z czynnikami kulturowymi, które stanowią przeszkodę dla efektywnego szukania oraz uzyskiwania potrzebnej pomocy. Do problematyki tej nawiązywałem w moich wcześniejszych pracach (Ahmad i in., 2011; Pietkiewicz, 2008) i w zaprezentowanym tutaj cyklu publikacji. Inspiracją do badań był brak w literaturze klinicznej informacji na temat opisywanych grup społecznych, co umożliwiłoby lepsze zrozumienie zgłaszanych przez pacjentów trudności oraz problemów i znalezienie



odpowiedzi na pytania rodzące się w głowie terapeuty lub superwizora na temat wzajemnej gry czynników indywidualnych i środowiskowych oddziałujących na dynamikę problemu.

Kulturowe czynniki ryzyka związane z pełnieniem roli duszpasterza. Opierając się na dotychczasowych badaniach przeprowadzonych w USA, wśród księży rzymskokatolickich zaobserwowano znacząco wyższy poziom dystresu, wypalenia zawodowego, lęku i objawów depresyjnych w porównaniu z populacją ogólną (Virginia, 1998; Knox, Virginia, Lombardo, 2002; Knox, Virginia, Smith, 2007). Brakowało usystematyzowanych badań empirycznych eksplorujących specyficzne wyzwania związane z: rolą duszpasterza i postawą księży związaną z szukaniem pomocy oraz określonych strategii radzenia sobie z problemami. Zaprezentowane w niniejszym cyklu prace (A1 i A2) stanowią wkład w rozwój wiedzy na ten temat i są szczególnie przydatne klinicystom świadczącym pomoc osobom duchownym. Opisałem w nich obciążenia związane z pełnieniem wysoko cenionej roli duszpasterza, który reprezentuje autorytet i wiąże się z różnego typu stereotypami oraz zróżnicowanymi oczekiwaniami społecznymi. Pokazałem również przykłady konfliktów pomiędzy pragnieniem realizacji własnych potrzeb i dążeń a normami przyjętymi w społeczności osób konsekrowanych, które przyczyniają się do przeżywania frustracji, kryzysu powołania, poczucia osamotnienia lub lęków przed stygmatyzacją. Ważnym elementem tych prac była analiza norm i wartości przyswajanych przez księży w trakcie socjalizacji w seminarium duchowym, które mogą pogłębiać osobiste problemy związane z obrazem self, nawiązywaniem satysfakcjonujących relacji z innymi lub budowaniem autonomii. We wnioskach przedstawiłem praktyczne wskazówki dla osób zajmujących się poradnictwem psychologicznym, psychoterapią lub doradztwem zawodowym.

Konflikty wewnątrzpsychiczne związane z tożsamością religijną.

Trudności związane z pogodzeniem przyjętych zasad religijnych i norm kulturowych z własnymi pragnieniami oraz impulsami zostały opisane we wszystkich pracach w przedstawionym cyklu. Praca A2 uczyła klinicystów na problematykę kryzysu powołania u osób konsekrowanych i pokazuje specyficzne dylematy oraz konsekwencje związane z porzuceniem kapłaństwa. W artykule poruszono kwestie stygmatyzacji i wykluczenia społecznego – ważne czynniki wpływające na samopoczucie i radzenie sobie ze zmianą powołania. Z podobnymi konfliktami, dotyczącymi zinternalizowanych norm i wierzeń religijnych, zmagali się również uczestnicy badań A3 i A4.

Badanie A3 przeprowadzono z udziałem homoseksualnych mężczyzn wychowanych w środowisku, w którym był silny nacisk na angażowanie się w praktykę religijną i przestrzeganie zasad wiary. Analizowałem w tym projekcie trudności związane z konfliktem pomiędzy tożsamościami religijną a seksualną oraz próby jego rozwiązywania. Większość opublikowanych prac poruszających temat konfliktu pomiędzy tożsamością etniczną lub religijną a tożsamością homoseksualną ukazuje problem z perspektywy socjologicznej i są one dość przestarzałe. Publikacja A3 natomiast to nieliczne na świecie badania psychologiczne poświęcone tej problematyce i pierwsze takie badania przeprowadzone w Europie Wschodniej. W ww. pracy opisałem nie tylko konflikty wewnątrzpsychiczne zagorzałych katolików, którzy na pewnym etapie rozwoju odkrywali w sobie pragnienia homoseksualne, ale także problemy związane ze stygmatyzacją i stereotypami społecznymi.

Znaczący wkład w rozwój psychologii zdrowia społeczności wniosła też praca A4 opisująca wpływ socjalizacji religijnej w organizacji świadków Jehowy na codzienne funkcjonowanie i akulturację w środowisku społecznym (w szkole, pracy, relacjach sąsiedzkich). Oprócz nielicznych badań socjologicznych z udziałem przedstawicieli tej grupy, przeprowadzonych parę dekad wcześniej, jest to pierwsza znana mi analiza dotycząca zjawisk i mechanizmów psychologicznych występujących w tej grupie. Wynika to po części z separacyjnego stylu akulturacji, obserwowanego wśród członków tej społeczności, i niechęci do udziału w jakichkolwiek badaniach naukowych. Warto zauważyć, że chociaż świadkowie Jehowy stanowią trzecią co do wielkości denominację religijną w Polsce (Central Statistical Office, 2012) i członkowie tej grupy korzystają z usług poradni zdrowia społecznego, to w literaturze brakuje informacji na temat specyficznych wartości i norm obowiązujących w tej społeczności oraz mogących wpływać na kontakt z klinicystą. Artykuł opisuje potrzeby, pragnienia i zachowania niezgodne z przyjętą w grupie ideologią, które muszą zostać stłumione, skontrolowane lub ukryte, w związku z ryzykiem formalnego wykluczenia ze wspólnoty i stygmatyzacją. Przedstawiłem też wyzwania związane z akulturacją uczestników i doświadczeniem wykluczenia z grupy (zarówno własnej, jak również obcej).

Badanie A5 stanowi natomiast psychologiczną analizę zjawisk i objawów towarzyszących zmianom zachowania oraz poczucia tożsamości, które w różnych społecznościach przypisuje się działaniu złych sił nadprzyrodzonych. Dotychczasowe prace na temat opętania były opisami opętania z perspektywy antropologicznej. Niniejsza praca wyjaśnia doświadczenia prezentowane przez uczestniczkę badania przez pryzmat teorii strukturalnej dysocjacji osobowości, opisaną zwięźle w innym artykule spoza prezentowanego cyklu (Pietkiewicz i Tomalski, 2018). W artykule A5 omówiłem patogenną funkcję kultury związaną z ryzykiem retraumatyzacji osób z historią wykorzystania seksualnego, które zostają poddane egzorcyzmowi. Opóźnianie podjęcia leczenia lub jego unikanie przez osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne można również zaliczyć jako czynnik patogenny. O wątkach tych wspomniano także w pozostałych projektach. We wszystkich pracach, tj. A1-A5, zwracam też uwagę na znaczenie, jakie ma internalizacja wartości i przekonań religijnych, w przeciwieństwie do sytuacji, kiedy ludzie deklarują jedynie przynależność do danej grupy i uczestniczą w praktykach religijnych. Kwestie te były wcześniej poruszane w polskiej literaturze (Grzymała-Moszczyńska, 2004; Kubacka-Jasiecka, Dorczak i Opoczyńska, 1996).

Funkcja patoplastyczna odnosi się do wpływu czynników kultowo-religijnych na sposób ekspresji objawów psychopatologicznych i znaczenie, jakie się nadaje tym zachowaniom. Zwraca się uwagę na fakt, że w niektórych społecznościach religijnych pewne zachowania mające znamiona patologii mogą być legitymizowane, a nawet postrzegane jako pożądane, wyjątkowe (Pietkiewicz, 2010). Najbardziej jaskrawym przykładem, spośród wszystkich przedstawionych w niniejszym cyklu, są opisane w badaniu A5 objawy dysocjacyjne związane z traumą dziecięcą, którym w lokalnej społeczności nadano status opętania i leczono metodami religijnymi. W badaniu A4 pokazane są natomiast przykłady osób gorliwie zaangażowanych w działania kaznodziejskie, jako sposób radzenia sobie i uzyskiwania kontroli nad konfliktowo przeżywanymi pragnieniami i popędami. Omawiam także konwersję religijną i przyjęcie rygorystycznych zasad wspólnoty świadków Jehowy,

jako sposób eksternalizacji konfliktów wewnętrznych. Podobny zresztą mechanizm opisano na przykładzie opętania w A5. Badania A1 i A2 nawiązują do, wspomnianych wcześniej przez Grzymałę-Moszczyńską (2004), kwestii niektórych duchowych liderów, u których wybór powołania do życia kapłańskiego wiązał się z pragnieniem władzy i prestiżu. Obrany przez nich styl życia może być sposobem na ukrycie ich problemów dotyczących autonomii albo kruchego obrazu self. W obu pracach zwracam uwagę na wyzwania, przed którymi stoi konsultujący psycholog, który próbuje oddzielić czynniki indywidualne, związane z dynamiką problemu, od czynników kulturowych.

Funkcja salutogenna dotyczy prozdrowotnych aspektów kultury – norm, wartości lub zachowań, które przyczyniają się do utrzymania zdrowia i dobrostanu oraz pomagają w radzeniu sobie z trudnościami. Przykłady tej funkcji zostały omówione w badaniu A4, np. promocja zdrowych nawyków (unikanie palenia nikotyny, ryzykownych zachowań seksualnych, umiarkowane spożywanie alkoholu), budowanie bliskich więzi z rodziną i członkami społeczności, przedkładanie potrzeb duchowo-religijnych nad rywalizację i „światowe” osiągnięcia. Należy zwrócić uwagę na to, że w zależności od czynników indywidualnych te same normy, które jednym dają poczucie równowagi i poprawiają codzienne funkcjonowanie u innych mogą nasilać wewnętrzne konflikty. Funkcja salutogenna zostanie jeszcze omówiona (w dalszej części prezentacji) na przykładzie strategii radzenia sobie z problemami.

Kultura i religia jako systemy atrybucji znaczeń

Kultura i religia są systemami, które istotnie wpływają na interpretację zjawisk, w tym również na przekonania dotyczące zdrowia i przyczyn problemów (Pietkiewicz, 2008). Znany psychiatra kulturowy Artur Kleinman (1981) używa pojęcia *modeli wyjaśniających* do opisu postaw wobec konkretnego epizodu – choroby i sposobów jej leczenia u wszystkich, którzy są zaangażowani w sytuację kliniczną (tj. pacjenta, rodziny, personelu medycznego itd.). Według Kleinmana modele wyjaśniające są próbą odpowiedzi na pytania dotyczące symptomatologii, etiologii, przebiegu choroby oraz oczekiwanego sposobu leczenia. Polskie specjalistki w dziedzinie psychologii zdrowia – Irena Heszen i Helena Sęk (2008) – używają konstruktu częściowo podobnego do modeli wyjaśniających, który określają jako *poznawczą reprezentację zdrowia i choroby*. Konstrukty te mają ogromne znaczenie, gdyż bezpośrednio wpływają na zachowanie pacjenta związane ze zdrowiem i zachowanie w chorobie w tym na tzw. radzenie sobie.

Psychologowie zwracają również uwagę na fakt, że ludzie mogą mieć niespójne modele wyjaśniające (np. interpretują objawy jako skutek infekcji, a jednocześnie dopatrują się w nich działania sił nadprzyrodzonych). Przykład takich zróżnicowanych modeli wyjaśniających i ich związku z procesem akulturacji opisywałem we wcześniejszych pracach (Pietkiewicz, 2008; Pietkiewicz i Smith, 2014). W przedstawionym cyklu publikacji problematyka ta jest najlepiej zilustrowana w badaniu A5 – opisie przypadku, w którym badana osoba przyczyn swoich niezrozumiałych doświadczeń dopatruje się w konfliktach psychologicznych, a jednocześnie dopuszcza ewentualność, że padła ofiarą klątwy i wskutek tego opętał ją zły duch. Uczestnicy pozostałych projektów (np. A3, A4) również odwoływali się do doktryny religijnej, próbowali znaleźć wytłumaczenie dla różnych swoich doświadczeń, impulsów lub pragnień.

Kultura a radzenie sobie z problemami

Problematyka radzenia sobie należy do ważnych obszarów zainteresowania psychologii zdrowia (Heszen i Sęk, 2008; Luszczynska, Gerstorf, Boehmer, Knoll, Schwarzer, 2007). W dziedzinie tej coraz częściej podkreśla się też wpływ duchowości na funkcjonowanie, dobrostan i radzenie sobie z trudnościami (Heszen-Niejodek i Gruszczyńska, 2004). Na szczególną uwagę zasługują prace Kennetha Pargamenta (1997) poświęcone radzeniu sobie za pomocą religii. Autor opisuje trzy typowe style (autodyrektywny, cedujący i współpracujący) oraz jego pozytywne i negatywne formy (Pietkiewicz, 2010). Negatywny styl radzenia sobie za pomocą religii odnosi się do trzech prototypowych postaw. Pierwsza opisuje zachwianie równowagi między troską o siebie (ang. *self-concern*) a troską o to, co wychodzi poza obszar self, np. w sytuacji, kiedy ludzie wyolbrzymiają sprawy religijne przy jednoczesnym zaniedbywaniu potrzeb własnych. Przykłady tego zjawiska można znaleźć w pracach A1, A2 i A3. Drugim przejawem negatywnego stylu radzenia sobie za pomocą religii jest niedopasowanie stosowanych strategii do okoliczności lub potrzeb życiowych. Może się to wiązać z budowaniem błędnych przekonań i interpretowaniem sytuacji tylko na podstawie własnych przekonań religijnych, bez brania pod uwagę innych, potencjalnie właściwych sposobów interpretacji. Przejawy takiej postawy można odnaleźć w pracach A3, A4 i A5. Trzeci rodzaj negatywnego stylu radzenia sobie za pomocą religii odnosi się do konfliktów z innymi osobami ze społeczności praktykujących z Bogiem albo konfliktów w obszarze religijności. Efektem tego jest poczucie frustracji, odrzucenia, nadmiernego poczucia winy lub wstydu. Różne przejawy tego typu reakcji można odnaleźć w pracach A1, A2, A3 i A4.

Korzystanie z dostępnych źródeł wsparcia społecznego i aktywne poszukiwanie pomocy mogą być przejawami dwóch funkcji radzenia sobie: zorientowanej na problem lub samoregulacji emocji (kiedy wiąże się z uzyskiwaniem wsparcia emocjonalnego). Na poszukiwanie pomocy ma jednak wpływ wiele czynników indywidualnych i kulturowych, o których wspominam w pracy A1. Jednym z ważnych mediatorów mogą być, wspomniane już wcześniej, modele wyjaśniające lub poznawcza reprezentacja choroby. W zależności od sposobu interpretacji objawów ludzie wybierają normatywne ścieżki szukania pomocy typowe w danej kulturze (Tseng, 2001; Kleinman, 1981). Badacze obserwują, że niektórzy ludzie (zwykle wskutek akulturacji) tworzą równoległe odmienne modele wyjaśniające i korzystają z różnych form leczenia (ang. *dual healthcare*), np. łączą metody oparte na medycynie naukowej z etnomedycyną (Pietkiewicz, 2008). W ostatnim z cyklu badań (A5) przedstawiłem sytuację, w której badana osoba z dużym sceptycyzmem i niedowierzaniem podchodziła do modeli wyjaśniających głoszonych przez członków lokalnej społeczności. Mimo to, wskutek presji środowiska zgodziła się zaakceptować i stosować odpowiednie metody religijne. Ważne zatem jest podkreślenie znaczenia analizowania modeli wyjaśniających u pacjenta i jego bliskich oraz ich wpływu na podejmowane decyzje dotyczące leczenia. Badanie A5 pokazuje też, że negocjowanie pomiędzy pacjentem a klinicystą kompatybilnych modeli wyjaśniających jest kluczowe, aby zmotywować pacjenta do leczenia i budować sojusz terapeutyczny (Grzesiuk, 2006). Eksperci w dziedzinie pomocy psychologicznej i psychoterapii są zgodni co do zasadności pogłębiania przez klinicystów wiedzy i rozwijania z zakresu różnic kulturowych (Józefik, 2011). Muszą oni



potrafić zidentyfikować konflikty wewnątrzpsychiczne pacjenta i rozumieć indywidualne oraz kulturowe ich uwarunkowania, a także rozpoznać potencjalne trudności związane z sytuacją, kiedy terapeuta i pacjent reprezentują odmienne kultury (a zatem normy, wartości, przekonania). Wnioski płynące z prac przedstawionych w niniejszym cyklu mogą być szczególnie pomocne psychologom, którzy praktykują w tym zakresie.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

a) Badania

Analiza jakościowa zmian świadomości i objawów związanych z traumą

W ostatnich latach moje zainteresowania kliniczne i badawcze skupiały się na problematyce dysocjacji i zaburzeń związanych z traumą. Opracowałem (ze współpracownikami) i przeprowadziłem walidację polskiej wersji narzędzi przesiewowych: Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20, Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart i Vanderlindem, 1996), poprawionej wersji Dissociative Experiences Scale (DES, Bernstein i Putnam, 1986), Dissociative Symptoms Scale (Carlson et al., 2018), Cambridge Depersonalization Scale (Sierra i Berrios, 2000) i Trauma Experiences Checklist (Nijenhuis, van der Hart, Kruger, 2002). Wyniki walidacji SDQ-20 zostały już opublikowane (Pietkiewicz, Helka i Tomalski, 2018); praca poświęcona DES została przyjęta do druku (Pietkiewicz, Helka, Tomalski, b.d.), natomiast raporty dotyczące pozostałych narzędzi są w przygotowaniu. Osiągnięcia te są ważne z perspektywy psychologii klinicznej, gdyż brakowało w Polsce sprawdzonych narzędzi do oceny nasilenia objawów dysocjacyjnych, które by można zastosować w celach badawczych i klinicznych. Wspólnie z Radosławem Tomalskim dokonałem także adaptacji ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego Trauma & Dissociative Symptoms Interview (TADS-I, Boon i Mattheess, 2015) służącego gromadzeniu danych o objawach związanych z traumą i ułatwiającego przeprowadzenie diagnozy różnicowej. Opracowaliśmy ponadto nowe narzędzie, Structured Clinical Interview for Voice Hearers (SCIV), które jest ustrukturyzowanym wywiadem klinicznym służącym badaniu halucynacji i pseudohalucynacji słuchowych u pacjentów z psychozą i zaburzeniami dysocjacyjnymi. Prace nad tymi narzędziami są częścią prowadzonego przeze mnie aktualnie projektu Sonata bis, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

Problematykę zmian świadomości i zachowania zgłębiałem także pod kątem patoplastyki kulturowej i wpływu norm społecznych oraz przekonań uwewnętrznionych na drodze: formalnej i nieformalnej socjalizacji u ludzi, którzy korzystają z pomocy księży egzorcystów. Aktualnie kieruję zespołem, który bada obraz kliniczny tych osób w ramach projektu Opus 13, finansowanego przez Narodowego Centrum Nauki. Podobne kwestie eksplorowałem wśród mieszkańców wyspy Mauritius w Afryce, superwizując projekt badawczy mojej doktorantki Mylene Lecoq-Bamboche. Opublikowałem z nią studium przypadku poświęcone problematyce retraumatyzacji osób wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie, a w życiu dorosłym poddawanych egzorcyzmom, które jest jednym z elementów cyklu zgłoszonego w niniejszym wniosku (A5). Dzięki prowadzonym badaniom

nad zjawiskami, którym wspólnota religijna przypisuje wpływ sił nadprzyrodzonych, udało mi się nawiązać współpracę z Dominikańskim Centrum Informacji o Nowych Ruchach Religijnych i Sektach oraz Akademią Ignatianum w Krakowie. Eksplorujemy wspólnie postawy księży wobec opętania: jakim zjawiskom lub objawom przypisują oni działanie sił nadprzyrodzonych, jak tłumaczą sobie tego przyczyny, jakie strategie radzenia sobie uważają za optymalne, jak współpracują z przedstawicielami ochrony zdrowia, itd. Zrozumienie postaw duszpasterzy wobec zjawisk, które kojarzą z działaniem sił nadprzyrodzonych i czynników wpływających na te postawy jest ważne z perspektywy społecznej i klinicznej, bowiem osoby te mogą wywierać znaczny wpływ na wybór strategii radzenia sobie z problemem – mogą zachęcać do korzystania z opieki medycznej lub do tego zniechęcać. Realizowany projekt spotkał się z dużym zainteresowaniem i wsparciem członków Episkopatu Polski. Prowadzimy aktualnie rozmowy na temat edukacji księży w zakresie patoplastyki kulturowej, wpływu doświadczeń urazowych na życie i zachowanie jednostek oraz poprawy współpracy z lekarzami i psychologami.

Idee psychoterapeutycznej pracy z pacjentami cierpiącymi na zaburzenia dysocjacyjne lub psychozę, rehabilitacji psychiatrycznej oraz różnicowania pomiędzy objawami wytwórczymi o cechach psychotycznych versus dysocjacyjnych próbowałem popularyzować w trakcie Forum Psychoterapii Psychoz na Uniwersytecie SWPS, które organizowałem dwukrotnie z moim zespołem, warsztatów z udziałem zagranicznych ekspertów oraz przez inne wystąpienia konferencyjne lub badania (Pańczak i Pietkiewicz, 2016). Dotychczasowe działania miały na celu poszerzenie wśród klinicystów wiedzy o zaburzeniach związanych z traumą. W tym celu prowadzę też regularnie szkolenia dla lekarzy i psychologów poświęcone diagnozie różnicowej i terapii. Opracowane przeze mnie materiały popularyzatorskie, takie jak: wywiad z prof. Knafo poświęcony psychoterapii psychoz, wywiad z dr Suzette Boon o rozpoznawaniu i leczeniu zaburzeń dysocjacyjnych lub wywiad z Trevorem Eylesem poświęcony pracy terapeutycznej z osobami słyszącymi głosy, są udostępniane na stronie Uniwersytetu SWPS.

Dzięki dofinansowaniu z grantów Narodowego Centrum Nauki udało mi się powołać Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją (www.swps.pl/cbtd) na Uniwersytecie SWPS, które stało się rozpoznawalnym przez polskich klinicystów ośrodkiem badawczym, do którego z całego kraju kierowani są ludzie wymagający specjalistycznej diagnostyki pod kątem złożonych zaburzeń dysocjacyjnych (Pietkiewicz i Tomalski, 2018). Centrum współpracuje z naukowcami i instytucjami międzynarodowymi, m.in. z European Society for Trauma and Dissociation (www.estd.org), w której pełnię funkcję członka zarządu i przewodniczącego komitetu naukowego, oraz powołaną przez królową Bhutanu – Bhutan Board for Certified Counsellors, gdzie powierzono mi funkcję superwizora (Chief Counselling and Research Supervisor). Aktualnie nadzoruję tam projekt prowadzony w Jigme Dorji Wangchuk National Referral Hospital i przygotowuję plan badań epidemiologicznych.

Pomiędzy hermeneutyką empatii a hermeneutyką podejrzeń – analiza różnych podejść epistemologicznych w interpretacyjnej analizie fenomenologicznej

W ramach popularyzacji metod jakościowych zainicjowałem cykl konferencji odbywających się co dwa lata i poświęconych rozwojowi wiedzy dotyczącej metodologii badań jakościowych. W trakcie zorganizowanych dotychczas trzech edycji Konferencji Psychologii Jakościowej nawiązałem współpracę z badaczami z innych ośrodków w kraju i za granicą. Prowadziłem też wystąpienia i warsztaty poświęcone gromadzeniu oraz analizie danych jakościowych w trakcie tychże Konferencji oraz byłem zapraszany do prowadzenia warsztatów dotyczących tego tematu za granicą (Bhutan, 2017).

W 2017 roku przy współpracy z prof. Carłą Willig z City University of London zainicjowałem projekt, w ramach którego przeprowadziliśmy warsztaty z interpretacyjnej analizy fenomenologicznej dla doświadczonych badaczy. W trakcie warsztatów analizowaliśmy czynniki związane z osobą badacza, które wpływają na sposób interpretacji danych jakościowych. Celem projektu było określenie, na ile w klasycznej interpretacyjnej analizie fenomenologicznej możliwe jest odejście od hermeneutyki empatii w kierunku analizowania procesów i mechanizmów nieświadomych. Warsztaty służyły również zgromadzeniu materiału jakościowego w postaci pisemnej interpretacji tekstu wykonanej przez uczestników warsztatów. Interpretacje te są aktualnie analizowane pod kątem podobieństw i różnic.

Bariery w korzystaniu z profilaktyki raka piersi

W latach 2008-2010 uczestniczyłem w projekcie finansowanym z grantu "Breast cancer screening among minority women in GTA: A study of barriers to uptake and retention", realizowanym na University of Toronto w Kanadzie. Projekt dotyczył czynników kulturowych, które utrudniały korzystanie z dostępnych badań profilaktycznych raka piersi azjatyckim emigrantkom po 50. roku życia. Projekt był prowadzony wspólnie z prof. Ophirą Ginsburg (Primary Investigator) i prof. Farah Ahmad (Co-Investigator). Celem projektu było opracowanie wytycznych, które poprawią korzystanie z mamografii w ww. grupie. Wnioski zostały opublikowane w czasopiśmie naukowym z listy JCR (Ahmad, Mahmood, Pietkiewicz, McDonald, Ginsburg, 2011).

Zarządzanie granicami prywatności

Kilka prowadzonych przeze mnie projektów dotyczyło percepcji granic zawodowych i zarządzania własną prywatnością przez psychoterapeutów różnych modalności i terapeutów uzależnień. Badania te były istotne z perspektywy psychologii zdrowia pracy. Analizowaliśmy między innymi wpływ roli zawodowej na funkcjonowanie terapeutów w przestrzeni publicznej, wyzwania związane z internalizacją norm i postawami wobec oczekiwań społecznych. Eksplorowaliśmy także znaczenie, jakie dla badanych miało ujawnianie informacji o sobie (ang. *self-disclosure*) w trakcie terapii (Pietkiewicz i Skowrońska-Włoch, 2017) lub związane z przypadkowym spotkaniem pacjenta na gruncie prywatnym (Pietkiewicz i Włodarczyk, 2015). Sytuacje takie mają szczególne znaczenie dla praktyków psychoterapii i były to pierwsze na świecie badania empiryczne poświęcone tej problematyce.

Vet Project – zapobieganie stresowi zawodowemu u weterynarzy

Oprócz wspomnianych już wcześniej duszpasterzy i psychoterapeutów wyzwania charakterystyczne dla wykonywanej profesji oraz strategie radzenia sobie ze stresem eksplorowałem także z wśród lekarzy weterynarii. Było to odpowiedzią na prośbę władz Śląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej zaniepokojonych częstymi skargami do komisji etyki na zachowanie weterynarzy. Sami lekarze zrzeszeni w Izbie zgłaszali także zapotrzebowanie na warsztaty psychologiczne ułatwiające im lepsze radzenie sobie z wyzwaniami charakterystycznymi dla ich zawodu. W ramach przeprowadzonych badań jakościowych analizowałem specyficzne czynniki stresogenne związane z pracą weterynarza i wraz z zespołem opracowałem program warsztatów dla tej grupy zawodowej (cykl szkoleń został zrealizowany w 2015 roku pod nazwą Vet Project). Wstępne wyniki badań zostały przedstawione w trakcie II Konferencji Psychologii Jakościowej. Informacje o projekcie były rozpowszechniane za pomocą krótkiego filmu, udostępnianego na stronie Uniwersytetu SWPS i Izby.

Literatura cytowana

- Ahmad, F., Mahmood, S., Pietkiewicz, I., McDonald, L., Ginsburg, O. (2011). Concept Mapping with South Asian immigrant women: Barriers to mammography and solutions. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14, 242-50. doi: 10.1007/s10903-011-9472-7
- Bernstein, E. M., Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of nervous and mental disease*, 174, 727-735. doi:10.1097/00005053-198612000-00004
- Boon, S., Matthess, H. (2015). *Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). wersja 1.1.*
- Carlson, E. B., Waelde, L. C., Palmieri, P. A., Macia, K. S., Smith, S. R., McDade-Montez, E. (2018). Development and validation of the Dissociative Symptoms Scale. *Assessment*, 25(1), 84-98. doi:10.1177/1073191116645904
- Dryll, E., Cierpka, A. (Eds.). (2004). *Narracja-koncepcje i badania psychologiczne*. Wydaw. Instytutu Psychologii PAN.
- Central Statistical Office. (2012). *Statistical yearbook of the Republic of Poland 2012*. Warsaw, Poland: Central Statistical Office.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis*. London, England: Sage.
- De La Cancela, V., Chin, J. L., Jenkins, Y. (2016). *Community health psychology: Empowerment for diverse communities*. New York, NY: Routledge.
- Grzymała-Moszczyńska, H. (2004). *Religia a kultura: wybrane zagadnienia z kulturowej psychologii religii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Grzesiuk, L. (2006). *Psychoterapia - praktyka. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Psychologii i Kultury Eneteia. Warszawa.

- Hagger, M. S., & Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: State of the research and proposals for the way forward. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 6, 1-47. doi: 10.1111/aphw.12017
- Heszen-Niejodek, I., Gruszczyńska, E. (2004). Wymiar duchowy człowieka, jego znaczenie w psychologii zdrowia i jego pomiar. *Przegląd Psychologiczny*, 47(1), 15-31.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Józefik, B. (2011). Psychoterapia jako dyskurs kulturowy. *Psychiatria Polska*, 45(5), 737-748.
- Kleinman, A. (1981). *Patients and healers in the context of culture*. London: University of California Press.
- Knox, S., Virginia, S. G., Lombardo, J. P. (2002). Depression and anxiety in Roman Catholic secular clergy. *Pastoral Psychology*, 50, 345-358. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014461603872>
- Knox, S., Virginia, S. G., Smith, J. (2007). Pilot study of psychopathology among Roman Catholic secular clergy. *Pastoral Psychology*, 55, 297-306. <http://dx.doi.org/10.1007/s11089-006-0050-1>
- Kubacka-Jasiecka, D., Dorczak, R., Opoczyńska, M. (1996). The role of religious values in functioning and mental health. In: H. Grzymała-Moszczyńska & B. Beit-Hallahmi (Eds.), *Religion, psychopathology, and coping* (235-243).
- Luszczynska, A., Gerstorf, D., Boehmer, S., Knoll, N., & Schwarzer, R. (2007). Patients' coping profiles and partners' support provision. *Psychology and Health*, 22, 749-764. doi: 10.1080/14768320600976232
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., Vanderlindem, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688-694.
- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(3), 200-210. doi:10.1002/cpp.332
- Pańczak, A., Pietkiewicz I. (2016). Work activity in the process of recovery – an interpretive phenomenological analysis of the experiences of people with a schizophrenia spectrum diagnosis. *Polish Psychiatry*, 50, 805-826. doi:10.12740/PP/44238
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I. (2017). From research to practice: Advances toward an applied psychology of religion and spirituality. Referat wygłoszony w trakcie International Association for the Psychology of Religion Conference, Hamar, Norwegia.
- Pietkiewicz, I. (2008). *Culture, religion, and ethnomedicine: the Tibetan diaspora in India*. Lanham: University Press of America.
- Pietkiewicz, I. (2010). Strategie copingu religijnego w sytuacji utraty – implikacje do terapii. *Czasopismo Psychologiczne*, 16(2), 289-299.
- Pietkiewicz, I., Hełka, A. i Tomalski, R. (b. d.). Validity and reliability of the revised Polish online and pen-and-paper versions of the Dissociative Experiences Scale (DESR-PL). *European Journal of Trauma & Dissociation* (publikacja w recenzji)

- Pietkiewicz, I., Helka, A. i Tomalski, R. (2018). Validity and reliability of the Polish online and pen-and-paper versions of the Somatoform Dissociation Questionnaires (SDQ-20 and PSDQ-5). *European Journal of Trauma & Dissociation*. doi: 10.1016/j.ejtd.2018.05.002
- Pietkiewicz, I., Tomalski, R. (b.d.). Publication Preview Source Rozpoznawanie i różnicowanie zaburzeń dysocjacyjnych - wyzwania w praktyce klinicznej. *Czasopismo Psychologiczne* (przyjęta do druku)
- Pietkiewicz, I. J., Tomalski, R. (2018). Zaburzenia związane z traumą - perspektywa teoretyczna. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2), 261-268. doi:10.14691/CPPJ.24.2.261
- Pietkiewicz, I. J., Skowrońska-Włoch, K. (2017). Attitudes to professional boundaries among therapists with and without substance abuse history. *Polish Psychological Bulletin*, 48, 411-422. doi: 10.1515/ppb-2017-0047
- Pietkiewicz, I.J., Smith, J.A. (2014). A practical guide to using Interpretative Phenomenological Analysis in qualitative research psychology. *CPPJ*, 20, 7-14. doi: 10.14691/CPPJ.20.1.7
- Pietkiewicz, I. J., Włodarczyk, M. (2015). Crossing the Boundaries of Privacy in Accidental Encounters: Interpretative Phenomenological Analysis of Therapists' Experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 708-721. doi: 10.1002/cpp.1930
- Sierra, M., Berrios, G. E. (2000). The Cambridge Depersonalisation Scale: a new instrument for the measurement of depersonalisation. *Psychiatry Research*, 93(2), 153-164. doi:10.1016/S0165-1781(00)00100-1
- Straś-Romanowska, M. (2010). Badania ilościowe vs jakościowe - pytania o tożsamość psychologii. *Roczniki psychologiczne*, 8(1), 97-105.
- Tseng, W. (2001). *Handbook of cultural psychiatry*. London, UK: Academic Press.
- Virginia, S. G. (1998). Burnout and depression among Roman Catholic secular, religious, and monastic clergy. *Pastoral Psychology*, 47, 49-67. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022944830045>

Katowice, 6 marca 2019 r.

Igor Pietkiewicz