



Złożenie pracy online:  
2022-03-09 09:55:49  
Kod pracy:  
11149/39156/CloudA

Paweł Krzemiński  
(nr albumu: 24290 )

Praca magisterska

## **LĘK A KONTROLA EMOCJONALNA U PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LĘKOWYMI LECZONYCH HIPNOZĄ**

### **Anxiety and emotional control in patients with anxiety disorders treated with hypnosis**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i  
Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Krzysztof Broclawik

Składam serdeczne podziękowania Panu Doktorowi Krzysztofowi Broclawikowi za życzliwość, otwartość na temat, opiekę merytoryczną, zaufanie oraz czas zainwestowany w cenne uwagi, udzielane mi podczas powstawania niniejszej pracy.

Składam również serdeczne podziękowania Panu Profesorowi zw. dr hab Jerzemu Brzezińskiemu za udostępnienie Kwestionariusza Kontroli Emocjonalnej i artykułów jego dotyczących.



## Streszczenie

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Przeprowadzony projekt badawczy oparto o analizę zmian poziomu lęku i kontroli emocjonalnej w procesie terapii z wykorzystaniem hipnozy a także o analizę powiązań między nimi, w grupie osób z zaburzeniami lękowymi. Badanie objęło 30 osób, mężczyzn i kobiet, w wieku od 21 do 56 lat. W badaniach wykorzystano następujące metody : Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI C. D. Spielberga , J. Strelaua, M. Tysarczyka i K. Wrześniewskiego oraz Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej Jerzego Brzezińskiego. Analiza statystyczna i psychologiczna danych empirycznych pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków końcowych. Terapia krótkoterminowa z wykorzystaniem hipnozy obniża poziom lęku jako stanu i cechy u osób z zaburzeniami lękowymi. Ponadto przyczynia się wzrostu poziomu kontroli emocjonalnej u pacjentów lękowych. Istnieje również zależność pomiędzy poziomem lęku jako stanu i cechy a poziomem kontroli emocjonalnej.

## Słowa kluczowe

poziom lęku, lęk jako stan i cecha, kontrola emocjonalna, hipnoza



## **Abstract**

The work is theoretical and empirical. The conducted research project was based on the analysis of changes in the level of anxiety and emotional control in the process of therapy with the use of hypnosis as well as the analysis of the relationships between them in the group of people with anxiety disorders. The study included 30 men and women, aged 21 to 56 years. The following methods were used in the research: the State and Trait Anxiety Inventory STAI by C. D. Spielberg, J. Strelau, M. Tysarczyk and K. Wrześniewski, and the Emotional Control Questionnaire by Jerzy Brzeziński. Statistical and psychological analysis of empirical data allowed for the formulation of the following final conclusions. Short-term therapy using hypnosis lowers the level of anxiety as a state and trait in people with anxiety disorders. Moreover, it contributes to an increase in the level of emotional control in anxiety patients. There is also a relationship between the level of anxiety as a state and trait and the level of emotional control.

## **Keywords**

level of anxiety, anxiety as a state and trait, emotional control, hypnosis



## Spis treści

<b>WSTĘP.....</b>	<b>3</b>
<b>ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGICZNA ANALIZA REAKCJI LĘKOWEJ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Kwestie terminologiczne.....	5
1.2. Objawy lęku.....	8
1.3. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku.....	10
1.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku Zygmunta Freuda.....	11
1.3.2. Neopsychodynamiczna koncepcja lęku K. Horney.....	13
1.3.3. Koncepcja lęku wg A. Kępińskiego.....	15
1.3.4. Koncepcja lęku Raymonda Cattella.....	18
1.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i cechy C. D. Spielbergera.....	20
1.3.6. Koncepcje lęku w nurcie poznawczo-behawioralnym psychologii i psychoterapii...21	
1.4. Neuronalne aspekty reakcji strach i lęku według Josepha LeDoux.....	25
<b>ROZDZIAŁ 2. KONTROLA EMOCJONALNA W UJĘCIU TEORII PSYCHOLOGICZNYCH.....</b>	<b>29</b>
2.1. Regulacja emocji a kontrola emocjonalna.....	29
2.2. Kontrola emocjonalna a kontrola poznawcza.....	33
2.3. Wybrane koncepcje kontroli emocjonalnej.....	36
2.4. Neuronalne aspekty kontroli emocjonalnej.....	41
2.5. Koncepcja kontroli emocjonalnej Jerzego Brzezińskiego.....	43
<b>ROZDZIAŁ 3. HIPNOZA I HIPNOTERAPIA-WYBRANE KONCEPCJE.....</b>	<b>46</b>
3.1. Kwestie terminologiczne -sposoby definiowania hipnozy.....	46
3.2. Koncepcje przednaukowe hipnozy.....	50
3.3. Pierwsze w pełni naukowe koncepcje na temat hipnozy.....	51
3.4. Koncepcja behawioralno-poznawcza.....	53
3.5. Koncepcja trzech wymiarów hipnozy.....	55
3.6. Neodysocjacyjna teoria hipnozy.....	56
3.7. Koncepcja Martina Orne.....	58
3.8. Koncepcja hipnozy ericksonowskiej - podstawowe założenia i zasady.....	59
3.9. Mechanizmy hipnoterapii-koncepcja uczenia zależnego od stanu.....	62
3.10. Hipnoza - koncepcja integrująca.....	65



<b>ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>68</b>
4.1. Problem i hipotezy badawcze.....	68
4.2. Charakterystyka zastosowanych metod.....	69
4.2.1. <i>STAI Inwentarz Stanu i Cechy Lęku</i> .....	69
4.2.2. <i>Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej J. Brzezińskiego</i> .....	70
4.3. Procedura badania.....	71
4.4. Charakterystyka grupy badanej.....	72
<b>ROZDZIAŁ 5. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>78</b>
5.1. Podstawowe statystyki opisowe otrzymanych wyników oraz analiza ich zgodności rozkładów z rozkładem normalnym.....	78
5.2. Analiza lęku jako stanu i cechy w grupie badanych.....	95
5.3. Analiza kontroli emocjonalnej w grupie badanych.....	100
5.4. Powiązania pomiędzy lękiem ujętym w skalach Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI a poczuciem kontroli emocjonalnej ujętym w skalach Kwestionariusza Kontroli Emocjonalnej w badanej grupie.....	105
5.5. Weryfikacja hipotez.....	109
5.6. Dyskusja i podsumowanie wyników.....	112
5.7. Zakończenie.....	113
.....	115
Bibliografia.....	116
Spis tabel.....	122
Spis rysunków.....	123



## WSTĘP

Ostatnie lata, a w szczególności pandemia, spowodowały lawinowy wzrost ilości osób szukających pomocy w związku z objawami zaburzeń lękowych w prywatnych gabinetach i w placówkach publicznej służby zdrowia. Stawia to przed psychologami i psychoterapeutami nowe wyzwania, zmuszając ich bardziej niż do tej pory do poszukiwania metod, które byłyby w stanie pomóc ich pacjentom w stosunkowo krótkim czasie. Jednocześnie ze środowiska specjalistów hipnozy klinicznej napływają informacje o tym, że coraz więcej osób chce się szkolić w hipnozie klinicznej i że wzrasta ilość pacjentów korzystających z tej formy terapii. Taki stan rzeczy sprawił a także wyraźna niechęć środowiska naukowego wobec hipnozy oraz opłakany stan krajowych badań nad efektywnością hipnoterapii, że autor niniejszej pracy zdecydował się podjąć ten temat. Tak wyklarowała się część z tematu niniejszej pracy dotycząca kwestii lęku i efektywności terapii hipnozą. Natomiast druga część niniejszej pracy dotycząca kontroli emocjonalnej została podjęta przez autora w wyniku wieloletniego zajmowanie hipnoterapią osób z zaburzeniami lękowymi. Zauważył on, że osoby z problemem lęku mają jednocześnie trudności z obszarze kontroli emocji, jakich nie doświadczają osoby zdrowe. Z połączenia tych elementów zrodziły się pytania, na które autor niniejszej pracy chciał znaleźć odpowiedź. Po pierwsze czy hipnoterapia jest skuteczna w pracy z lękiem? Po drugie może ona coś zmienić w obszarze kontroli emocji? I po trzecie czy istnieje związek między lękiem i kontrolą emocjonalną? Tak wstępnie postawione pytania zrodziły pomysł na napisanie niniejszej pracy. Odpowiedzi miały opierać się na materiale badawczym a nie spekulacji czy osobistym doświadczeniu. Doprowadziło to z kolei do ostatecznego sformułowania tematu pracy i postawienia głównego pytania badawczego i pytań szczegółowych.

W rozdziale I niniejszej pracy przedstawiono psychologiczną problematykę lęku, w której zaprezentowano różne koncepcje dotyczące lęku z perspektywy ich chronologicznego pojawiania się w nauce jaką jest psychologia, a także zaprezentowano najnowsze koncepcje na temat zjawiska lęku sformułowane przez neuronaukę.

W rozdziale 2 opisana została psychologiczna problematyka kontroli emocjonalnej i związane z nią kwestie różnic między regulacją emocji a kontrolą emocjonalną, a także różnic między kontrolą poznawczą a emocjonalną. Przedstawione zostały wybrane psychologiczne koncepcje kontroli emocjonalnej, a także jej aspekty neuronaukowe.

W rozdziale 3 przedstawiona została problematyka hipnozy, zagadnienia definicyjne oraz najważniejsze z perspektywy historycznej koncepcje dotyczące hipnozy. Szerzej została przedstawiona



koncepcja hipnozy ericksonowskiej, a także mechanizmów działania hipnoterapii. Na końcu rozdziału została przedstawiona autorska definicja hipnozy.

W rozdziale 4 przedstawiona została metodologia badań. Scharakteryzowane zostały zastosowane metody badawcze i narzędzia kwestionariuszowe do badania zmiennych lęk i kontrola emocjonalna. Następnie przedstawiona została przyjęta procedura badania i charakterystyka grupy badanej.

W rozdziale 5 przeprowadzono analizę wyników badań własnych. Przedstawiono i przeanalizowano zgodność otrzymanych wyników z rozkładem normalnym. Przedstawiono i przeanalizowano wyniki dotyczące lęku, kontroli emocjonalnej i powiązań między nimi. Na zakończenie rozdziału zweryfikowano hipotezy badawcze i przeprowadzono dyskusję otrzymanych wyników.





## ROZDZIAŁ 1. PSYCHOLOGICZNA ANALIZA REAKCJI LĘKOWEJ

### 1.1. Kwestie terminologiczne

Lęk jest emocją doświadczaną przez ludzi na różnych etapach życia. Pojawia się w całym szeregu kontekstów ludzkiej aktywności. Towarzyszy człowiekowi od momentu jego narodzin, aż do biologicznej śmierci. Ludzie doświadczają różnych rodzajów lęków. Są one związane z różnymi fazami rozwoju, trudnościami, problemami i zagrożeniami danego okresu życia. Lęk zalicza się do grupy 8 emocji podstawowych (Ekman, 2012) i jako taki bierze czynny udział w modelowaniu ludzkiej psychiki i dlatego należy na niego patrzeć jak na reakcję zupełnie naturalną i normalną. Choć doświadczanie lęku jest najczęściej interpretowane w sposób negatywny, ze względu na towarzyszący mu dyskomfort, to jednocześnie pełni on w życiu człowieka funkcję chroniącą. Funkcja ta mobilizuje zasoby psychiczne i fizyczne człowieka do działania w celu uniknięcia zagrożenia. Z drugiej zaś strony powstrzymuje ludzi przed działaniem, które mogłoby być dla nich zagrażające. Ciekawym jest również to, że lęk jako reakcja wykształcona na drodze ewolucji, pomimo tego, że człowiek w miarę rozwoju ludzkiej cywilizacji eliminował czynniki pierwotnie mu zagrażające, dokonał swoistej migracji z obszaru zagrożeń fizycznej egzystencji człowieka w obszar relacji społecznych. Obecnie reakcje lękowe bardzo często dotyczą nie tego co zagraża naszej fizycznej egzystencji, ale obrazowi naszego JA.

Termin lęk wywodzi się od łacińskiego wyrazu *anxietas* i opisuje nieprzyjemny stan emocjonalny związany z przewidywaniem nadchodzącego z zewnątrz lub pochodzącego z wewnątrz organizmu niebezpieczeństwa, objawiający się jako niepokój, uczucie napięcia, skrępowania, zagrożenia (Gerrig, Zimbardo, 2006, s.124). Najczęściej w literaturze tematu jest on określany poprzez zestawienie z pokrewną mu emocją, strachem (Freud, 1984; Horney, 1999; Kępiński, 2012; Rachman, 2005). Jednak w odróżnieniu od strachu jest on procesem wewnętrznym, niezwiązanym z bezpośrednim zagrożeniem lub bólem (Gerrig, Zimbardo, 2006). *Strach natomiast jest podstawową, automatyczną reakcją na jakiś szczególny obiekt, sytuację bądź okoliczność, obejmującą rozpoznanie (sposstrzeżenie) rzeczywistego lub potencjalnego zagrożenia* (Beck, Clark, 2018, s.24). Główna różnica więc między lękiem a strachem dotyczy tego, że w przypadku strachu człowiek wie czego się boi, zna bodziec wywołujący jego reakcję, a w przypadku reakcji lękowej dana osoba nie zna jego źródła i jest nieświadoma bodźca wywołującego lęk. Strach więc jest reakcją adekwatną pojawiającą się w wyniku zauważenia bodźca stanowiącego realne zagrożenie, natomiast lęk jest reakcją irracjonalną na nieistniejący bodziec lub reakcją na bodziec realnie



niezagrożający. Dobrze obrazuje to definicja lęku Arona T. Becka. Wg niego lęk *jest długotrwałym, złożonym stanem emocjonalnym, który pojawia się wtedy, gdy człowiek oczekuje, że jakaś przyszła sytuacja, zdarzenie albo okoliczność może się wiązać z dokuczliwym dla niego, niedającym się przewidzieć ani opanować zagrożeniem jego żywotnych interesów* (Beck, Clark, 2018, s.24). Z definicji tej jasno wynika, że człowiek w reakcji lękowej, fantazjuje na temat prawdopodobnych, bądź nieprawdopodobnych sytuacji, które realnie nie istnieją w jego teraźniejszości. W związku z tym, cechą charakterystyczną reakcji lękowej jest jej nieadekwatność w odniesieniu do obecnej sytuacji jednostki.

Podobną do powyższej definicję przedstawiła Karen Horney. Określiła ona lęk jako reakcję emocjonalną na potencjalne niebezpieczeństwo, którą cechuje nieokreślona niepewność (Horney, 1999). Ponadto jej zdaniem, siła z jaką działa lęk jest nieproporcjonalna do oczekiwanego zagrożenia, które może być wynikiem czynników wewnętrznych, albo nawet jest reakcją na niebezpieczeństwo pozorne (Horney, 1999). Oprócz tego podzieliła ona reakcje lękowe na pierwotne, formujące się w dzieciństwie i wtórne, które są wynikiem nieskutecznych mechanizmów obronnych.

W podobnym tonie lęk określił Freud. Według niego lęk *wiąże się z subiektywnym stanem odczuwania danej sytuacji jako zagrożenia*. (Wójtowicz, 2005, s. 21). A we Wstępie do psychoanalizy możemy przeczytać, że *lęk to subiektywny, negatywny stan emocjonalny, nieodnoszący się do określonego przedmiotu* (Freud, 1984, s.360).

Podobnego zdania jest Ernest Hilgard, który definiuje lęk jako stan obawy, troski i zaniepokojenia, jest pewną odmianą strachu, *podczas gdy zwykły strach ma zawsze swój przedmiot, to lęk jest strachem o przedmiocie niejasnym lub w ogóle nie ma przedmiotu. Nieokreślony strach będzie zatem jednym ze znaczeń lęku* (Hilgard, 1967, s.262).

Nieco inaczej na kwestię lęku zapatrywał się polski psychiatra Antoni Kępiński, który określał lęk *jako formę łącznika między sygnałami potencjalnego zagrożenia, które dotyczą zewnętrznego i wewnętrznego niebezpieczeństwa* (Głaz, 2006, s.73). Ponadto ze względu na źródło zagrożenia wyróżnił on cztery kategorie lęku: lęk biologiczny, lęk społeczny, lęk moralny i lęk dezintegracyjny (Kępiński, 2012, s.117).

Zupełnie inaczej do zagadnienia lęku podszedł C.D. Spielberger. Wyróżnił on dwa rodzaje lęku: lęk jako stan i lęk jako cechę. Pierwszy z nich ma charakter aktualny, chwilowy i objawia się stanem napięcia, niepokoju i zakłopotania. Lęk jako cechę natomiast definiuje on jako względnie stałą predyspozycję osobowościową do reagowania silnym pobudzeniem na szerokie spektrum

bodźców, z którym ma do czynienia w życiu człowiek (Spielberger, 1966; 1972 za: Tucholska, 1992, s.134).

Jeszcze inaczej do kwestii lęku podchodził Raymond Cattell. Był on przeciwnikiem używania terminologii lękowej. W swoich pracach wolał posługiwać się definicjami operacyjnymi a lęk traktował jako zespoły reakcji (Siek, 1993). Uważał on, że lęk pełni funkcję napięcia popędów, stopnia deprivacji ich oraz stopnia niepewności zaspokojenia silnych popędów w przyszłości, zwłaszcza popędów seksualnego i narcyzmu (Cattell, 1966 za: Siek, 1993).

Większość autorów przedstawionych wyżej definicji lęku traktuje go jako nieprzyjemny, uporczywy i negatywny stan emocjonalny, a także formę reakcji, która nadaje kierunek zachowaniu człowieka (Głaz, 2006).

Analizując naturę lęku, by wychwyć kolejne jego cechy charakterystyczne warto powrócić do porównania lęku ze strachem, biorąc pod uwagę ich czas trwania. Lęk nie ma określonego momentu początkowego i końcowego, jest uporczywy i stale obecny. Jako stale obecny pozostaje bardziej stanem wzmożonej czujności niż reakcją na niebezpieczeństwo. Podczas gdy strach jest wzmożona reakcją na niebezpieczeństwo i słabnie bądź ustaje, gdy niebezpieczeństwo mija (Rachman, 2005).

Podsumowując oba stany, zarówno lęk jak i strach mają cechy wspólne takie jak: przewidywanie niebezpieczeństwa lub nieprzyjemności, nerwowe objawy, wzrost pobudzenia, negatywny stan emocjonalny, niepokój, orientacja na przyszłość, współwystępowanie doznań somatycznych (Rachman, 2005). Jednocześnie występują między nimi istotne różnice, które obrazuje tabela 1.

Tabela 1

*Różnice między strachem a lękiem*

Strach	Lęk
Konkretny obiekt lub zagrożenie	Źródło zagrożenia nieuchwytnie
Zrozumiały związek między zagrożeniem a strachem	Niejasny związek między lękiem a zagrożeniem
Zazwyczaj sporadyczny	Przewlekły
Napięcie ograniczone w czasie i przestrzeni	Niepokój wszechobecny
Konkretne zagrożenie	Może nie mieć obiektu
Wywołany przez sygnały zagrożenia	Niejasny początek
Zanika wraz z usunięciem zagrożenia	Uporczywy
Zauważalne ustąpienie	Niejasne ustąpienie
Ograniczony obszar zagrożenia	Bez jasných granic
Rychłe zagrożenie	Zagrożenie rzadko jest bliskie
Stan pogotowia	Wzmożona czujność
Fizyczne doznania stanu zagrożenia	Fizyczne doznania czujności
Racjonalny charakter	Zagadkowy charakter

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rachman S. (2005), s.13



Powyższa tabela obrazuje wiele różnic pomiędzy lękiem a strachem i wydawać by się mogło, że obie te emocje są od siebie niezależne. Tak jednak nie jest, gdyż obie te emocje są ze sobą powiązane i istnieje między nimi związek przyczynowo skutkowy. Jak twierdzi Beck *u podłoża wszystkich stanów lękowych tkwi strach* (Beck, Clark, 2018, s.25). Gdy odczuwamy lęk, to jego podstawą jest przeżyte wcześniej uczucie silnego, często traumatycznego strachu, które zapisało się w naszym układzie neuronalnym w obszarze hipokampu (Ledoux, 2017; Arden, 2017; Shapiro, 2017; Servan-Schreiber, 2016), tworząc szybką ścieżkę aktywacji lęku, która funkcjonuje poza kontrolą świadomości. W związku z tym analizując lęk nie należy zapominać o przeżytym strachu, bo bez niego lęk w sensie zaburzonej reakcji nigdy by się nie rozwinął.

## 1.2. Objawy lęku

Lęk jest emocją, która może się pojawić w zasadzie w każdym obszarze funkcjonowania człowieka i potencjalnie dotyczyć całego spektrum ludzkiej aktywności, przybierając jednocześnie wiele form różniących się od siebie. Systemy klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD i DSM są co pewien czas aktualizowane, próbując uporządkować to bogactwo form w jakich występuje lęk w ciągle zmieniającej się rzeczywistości. Systemy te wyróżniają kilkadziesiąt jego odmian, wliczając w to zaburzenia, w których lęk jest objawem współwystępującym. Niemniej jeśli spojrzymy na te wszystkie zaburzenia łącznie, to wyłoni się z tego grupa objawów najczęściej występujących w reakcji lękowej. Klasycznie objawy te są grupowane w cztery kategorie: objawy poznawcze, objawy somatyczne, objawy emocjonalne i behawioralne (Sligman, Walker i in., 2003). Objawy te powodują, że człowiek inaczej myśli, odczuwa i zachowuje się, niż wtedy gdy lęku nie doświadcza. Tabela nr 2 przedstawia najczęstsze objawy lęku z podziałem na poszczególne kategorie.

Tabela 2  
Objawy lęku

Aspekt	Objaw
<b>Poznawczy</b>	Oczekiwanie niejasnego i rozproszonego niebezpieczeństwa, tzn. człowiek spodziewa się czegoś okropnego, lecz nie do końca wie czego, nawracające wspomnienia, zaburzenia koncentracji uwagi, zawężenie pola spostrzegania, uczucie napięcia, skrępowania, bezradność, poczucie derealizacji, nadmierna czujność, słaba pamięć, trudności w logicznym rozumowaniu, utrata obiektywizmu
<b>Somatyczny</b>	Zmiany zewnętrzne: blednięcie, gęsia skórka, drżenie rąk i ust, pocenie się, wilgotnienie dłoni, częste oddawanie moczu

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Aspekt	Objaw
<b>Emocjonalny</b>	<p>Zmiany wewnętrzne: hiperwentylacja, skurcze mięśni, kołatanie serca, przyspieszone tętno, bóle w klatce piersiowej, zawroty głowy, spływanie oddechu, wzrost ciśnienia tętniczego, zmniejszenie wydzielania śliny, rozszerzenie źrenic, uczucie dławienia się, uderzenia gorąca, dreszcze, nudności, rozstrój żołądka, mrowienie lub drętwienie rąk i nóg,</p> <p>Poczucie grozy, przerażenia, bezradności, ciągłego rozdrażnienia, napięcia, ciągłego zdenerwowania, nieustającej czujności i paniki, niecierpliwość, frustracja, chwiejność emocji</p>
<b>Behawioralny</b>	<p>Reakcje mimowolne: to takie reakcje, które są wynikiem warunkowania klasycznego</p> <p>Reakcje sprawcze: to takie reakcje, które są próbami poradzenia sobie w trudnej czy zagrażającej sytuacji, tj.: niepokój ruchowy, unikanie sygnałów lub sytuacji zagrożenia, ucieczka, poszukiwanie wsparcia, bezruch, trudności w mówieniu, dążenie do bezpieczeństwa</p>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Clark D.A., Beck A.T. (2018), s.26-28 oraz Sęk H. (2008), s.53

Zależnie od tego jaki rodzaj lęku występuje o danego człowieka, możemy mieć do czynienia z różną konfiguracją objawów lękowych. Jeśli lęk trwa długo, stopniowo zmienia się w zaburzenie lękowe, modyfikując funkcjonowanie jednostki na wielu poziomach, nie tylko na tych, które jesteśmy w stanie obserwować czy ustalić poprzez wywiad. Na poziomie biologicznym zachodzą zmiany w wielu układach i strukturach organizmu. W naszym mózgu zachodzą zmiany strukturalne i funkcjonalne. W obszarze układu genetycznego następuję wygaszanie niektórych genów i aktywacja genów odpowiedzialnych na trwałe zwiększenie poziomów neuroprzekaźników takich jak kortyzol, adrenalina i noradrenalina (Arden, 2017). Skutkuje to tym, że nadwyżki kortyzolu stopniowo degradują obszar hipokampu zmniejszając jego rozmiar, przez co pogarsza się pamięć, zdolności kognitywne i zdolność hamowania aktywności ciała migdałowatego (Arden, 2017). U osób z zaburzeniami lękowymi rozmiar hipokampu jest do 19% mniejszy niż u zdrowej osoby. Jednocześnie zmniejsza się objętość obszaru lewej kory oczodołowo-czołowej, która ma kluczowe znaczenie w hamowaniu aktywności ciała migdałowatego (Arden, 2017). Uszkodzeniu i ograniczeniu aktywności ulegają połączenia neuronalne między lewą korą oczodołowo-czołową a ciałem migdałowatym . W efekcie tego, ulega upośledzeniu zdolność osoby do świadomego



rozpoznawania sytuacji realnie zagrażających, odróżniania ich od tych niestanowiących zagrożenia. Równolegle ciało migdałowe zwiększa swoją objętość (LeDoux, 2017; Arden, 2017) i następuje zwiększenie ilości i nasilenie aktywności jego połączeń z prawym obszarem kory oczodołowo-czołowej odpowiedzialnej za szybkie i poza świadome reakcję na zagrożenie (LeDoux, 2017; Arden, 2017). Powoduje to u człowieka stopniowe zwiększanie się reaktywności lękowej na coraz większą ilość bodźców niestanowiących dla niego realnego zagrożenia. Towarzyszy temu także rozwój postawy unikania/powstrzymywania się (Arden, 2017; Beck i in., 2007). Im bardziej rozwija się u jednostki postawa unikania, tym bardziej rozwija się zaburzenie lękowe i tym bardziej rozwijają się zniekształcenia poznawcze (Beck i in., 2007), co może prowadzić do rozwoju zaburzeń osobowości (Sęk, 2010).

Równolegle do zmian w funkcjonowaniu i strukturze naszego mózgu, zaburzenia lękowe objawiają się szeregiem zmian w obszarze wegetatywno-endokrynnym. Następuje obniżenie efektywności układu immunologicznego, co skutkuje obniżeniem odporności organizmu i tendencją to pojawiania zaburzeń o charakterze psychosomatycznym takich jak: zaburzenia układu trawienia, choroba wrzodowa, wrzodziejące zapalenie okrężnicy, zaburzenia układu krążenia, alergie, astma czy choroby skóry (Everly, Rosenfeld, 1992).

Podsumowując, objawy lęku manifestują się na wielu poziomach funkcjonowania człowieka i znacząco wpływają na stan ludzkiego zdrowia.

### 1.3. Wybrane psychologiczne koncepcje lęku

W tym podrozdziale, przedstawione szerzej zostaną koncepcje lęku wybranych autorów i nurtów psychologicznych. Wybór prezentowanych koncepcji jest podyktowany intencją szerokiego przedstawienia złożoności i wielowymiarowości problematyki lęku i sposobów jej ujmowania. Wśród przedstawianych koncepcji znajdują się: koncepcja psychoanalityczna Freuda, neopsychoanalityczna Karen Horney, koncepcja Antoniego Kępińskiego, koncepcja Cattella, koncepcja lęku jako stanu i cechy Spielbergera i koncepcje nurtu poznawczo-behawioralnego. Pozwoli to zgłębić ich rozumienie lęku i spojrzeć na tło znaczeniowe kryjące się za przytoczonymi we wstępie definicjami.



### 1.3.1. Psychoanalityczna koncepcja lęku Zygmunta Freuda

Z historycznej perspektywy jednym z pierwszych autorów, którzy zwrócili uwagę na znaczenie i rolę lęku w życiu człowieka, był Zygmunt Freud, twórca psychoanalizy. Jego zdaniem lęk jest głównym i wszechobecnym składnikiem nerwicy (Rachman, 2005). Określał on lęk jako stan subiektywny, przykry i charakteryzujący się odczuwaniem uczucia bezsilności wobec zagrożenia (Freud, 1984).

Źródłem lęku według Freuda jest konflikt pomiędzy ID, Ego i Superego polegający na tym, że w czasie gdy ID kumuluje niemożliwe do rozładowania napięcie, którego źródłem są popędy, to Ego napęla się lękiem, gdyż jest pod silnym wpływem ograniczającego i nakazowego Superego. W tym kontekście lęk pełni według Freuda rolę komunikatu ostrzegawczego i ostrzega Ego o zagrożeniu. W jego koncepcji funkcjonuje rozróżnienie na dwa rodzaje lęku: lęk realny/obiektywny i lęk nerwiczny (Kozielski, 2000; Rachman, 2005). Pierwszy z nich jest reakcją na dostrzeżenie zagrożenia zewnętrznego, które jest oczekiwane, przewidywane i wywołuje w jednostce odruch ucieczki. Najczęściej w takiej sytuacji brak jest obiektu, który stanowiłby bodziec wywołujący lęk, lecz uczucie to odnosi się do potencjalnie mogącej się wydarzyć sytuacji zagrażającej. Freud twierdzi, że powstawanie takiej reakcji lękowej w dużej mierze zależy od tego, na ile człowiek zna świat i od tego czy posiada umiejętność rozpoznawania potencjalnie zagrażających sytuacji i gotowość do reagowania na takie sytuacje. Jeżeli je posiada, to pozwalają mu one podjąć decyzję o tym, czy w sytuacji zagrożenia walczyć czy salwować się ucieczką. Według niego ten rodzaj lęku jest początkiem, wszystkich innych lęków doświadczanych przez człowieka (Freud, 1984). Freud przestrzegał, że choć lęk realny wydaje racjonalny i celowy, to w wielu przypadkach jest nadmierny i niewłaściwy, a z czasem przeistacza się w lęk neurotyczny (Rachman, 2005). Lęk neurotyczny natomiast Freud, definiuje jako bezprzedmiotowy, nadmiernie nasilony, uniemożliwiający działanie i ucieczkę. Głównymi jego cechami są ogólne uczucie niepokoju i brak związku z aktualną sytuacją. Osoby, które go doświadczają, stale wyczekują, że stanie się coś najgorszego ale sami nie wiedzą co (Rachman, 2005). Freud twierdził, że lęk ten jest spowodowany pobudzeniem układów autonomicznego i wegetatywnego, które jest wywoływane poprzez nagromadzenie energii popędu seksualnego przez ID. Lęk ten nie dotyczy samego popędu, lecz wynika z obawy przed karą, jaka może człowieka spotkać, jeśli jego popędy i sposób ich realizacji nie uzyskają aprobaty (Freud, 1984).



Lęk nerwicowy nie jest jak twierdził Freud jednorodny i przybiera różne formy, dlatego, wyróżnił kilka jego rodzajów:

- **Lęk bliżej nieokreślony.** Definiował go jako rodzaj lotnego stanu, cechującego oczekiwanie. Uważał go za cechę charakteru osób, które w każdej sytuacji dopatrują się zwiastuna nieszczęścia i zakładają, że na pewno nic się nie uda i przydarzy się coś złego. Twierdził, że nie jest to stan chorobowy do momentu aż natężenie lęku stanie się wysokie. Wtedy stan człowieka uznawał za nerwicę lekową (Freud, 1984).
- **Lęk moralny.** To stan charakteryzujący się doświadczeniem poczucia winy wynikającego ze złamania obowiązujących norm. Źródłem tego lęku jest sumienie człowieka ukształtowane przez Superego. Jak, kiedy i z jaką siłą objawi się ten rodzaj lęku zależy od siły Superego. Im jest ono silniejsze, tym silniejszy i częściej pojawiający się jest ten rodzaj lęku (Wójtowicz, 2005).
- **Fobia.** To rodzaj lęku, w którym człowiek doświadcza irracjonalnego lęku, przed konkretną sytuacją, bądź obiektem. Część fobii charakteryzuje się tym, że zagrożenie realnie istnieje a lęk jest przesadzony. Druga grupa fobii dotyczy sytuacji bądź obiektów, które nie stanowią realnego zagrożenia i jednocześnie wywołują irracjonalny lęk (Freud, 1984; Rachman, 2005).
- **Napady lękowe.** Dla Freuda była to forma lęku nerwicowego najtrudniejsza do zrozumienia, gdyż nie można jej powiązać z żadnym aktualnie i realnie istniejącym bodźcem zagrażającym (Freud, 1984).

Freud jednocześnie był zwolennikiem poglądu, że pewne rodzaje strachu czy lęku są wrodzone, w tym sensie że mamy do nich pewne predyspozycje, do ich szybkiego nabywania. Twierdził, że zostaliśmy w te predyspozycje wyposażeni przez naturę by lepiej radzić sobie z sytuacjami realnego zagrożenia. Niejako przewidział termin utorowania fobii, wprowadzony przez Seligmana w 1971 roku (Rachman, 2005).

Koncepcja Freuda dotyczy również sytuacji, w których ludzka psychika nie radzi sobie wykorzystując zasoby poznawcze z doświadczanym lękiem. Twierdził on, że uruchamia ona wtedy różne nieświadome mechanizmy obronne, które zniekształcają odbieranie rzeczywistości w taki sposób, że człowiek traci kontrolę i jest nieświadomy zachodzenia tych procesów.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Freud wyróżnił on następujące mechanizmy obronne:

1) **Projekcje.** Mechanizm ten polega na przypisaniu niechcianych i nieakceptowanych uczuć komuś innemu. Lęk staje się wtedy lękiem obiektywnym skierowanym na konkretny obiekt. Powoduje to redukcję uczucia lęku i pozwala znaleźć uzasadnienie dla czynności zabronionych.





Teoria Freuda powstała w oparciu o korespondencyjną analizę przypadku 5-letniego Hansa.

Zarzuca się jej, że jest nie replikowalna i przednaukowa (Rachman, 2005). Niemniej nie oznacza to, że jest bezwartościowa. Wyznaczyła ona kierunek dalszych badań w obszarze tematyki lęku a część z jego intuicji i analiz okazała się trafna.

### 1.3.2. Neopsychoanalityczna koncepcja lęku K. Horney

Karen Horney była psychoanalytyczką wykształconą w Berlinie która swoje najważniejsze koncepcje stworzyła w USA, na emigracji, stając się także jedną z najważniejszych postaci nurtu neopsychoanalizy. Jej koncepcje dotyczące uwarunkowań rozwoju osobowości i powstawania zaburzeń akcentowały zupełnie inne elementy niż koncepcje Freuda. Jej teorie podkreślały znaczenie czynników społecznych i kulturowych, przez co stały się w opozycji do koncepcji twórcy psychoanalizy. Horney twierdzi, że lęk i strach jest reakcją emocjonalną człowieka na zagrożenie. Objawy obu stanów są podobne na poziomie somatycznym (Horney, 1999). Jednak pomiędzy tymi dwoma stanami, akcentuje ona istotne różnice. Lęk w jej koncepcji cechuje poczucie zagrożenia i bezbronności w odpowiedzi na bodziec trudny do określenia, nierzeczywisty. Strach natomiast jest odpowiedzią proporcjonalną na realne zagrożenie z zewnątrz, któremu towarzyszy poczucie bezsilności (Horney, 1999). Taki podział miał jednak jedną wadę, nie pozwalał określić kiedy dana reakcja jest adekwatna, ponieważ to czy sytuacja jednostce zagraża jest zależne od posiadanych przez nią zasobów, których źródłem jest kultura (Horney, 1999). Z tego powodu Horney dokonała modyfikacji swojej definicji i stwierdziła, że *zarówno strach, jak i lęk są reakcjami proporcjonalnymi do rozmiarów niebezpieczeństwa, jeśli jednak w przypadku strachu niebezpieczeństwo jest widoczne oraz obiektywne, to w przypadku lęku jest ono ukryte i subiektywne* (Horney, 1999, s. 42). Świadczy to o tym, że lęk nie tyle dotyczy realnej sytuacji, co bardziej odnosi się do sposobu spostrzegania sytuacji przez jednostkę (Horney, 1999).

- 2) **Wyparcie.** Proces ten charakteryzuje się spychaniem w obszar nieświadomy, niechcianych myśli, uczuć, pragnień i wspomnień powodujących lęk.
- 3) **Regresja.** Mechanizm ten charakteryzuje niejako cofnięcie się w czasie do zachowań, stanów, emocji, sposobów myślenia czy reagowania, które były charakterystyczne na wcześniejszych etapach rozwoju.
- 4) **Fiksacje.** To trzymanie się sztywno wyuczonych mechanizmów z powodu lęku czy doświadczania frustracji. To rodzaj zahamowania w rozwoju i braku otwartości na zmianę. Powoduje ono zmniejszenie napięcia ale nie daje możliwości przystosowania do zagrożenia. Przypomina trochę sytuację zdartej płyty, która wciąż odtwarza ten sam fragment utworu.
- 5) **Formacja reaktywna. Mechanizm ten cechuje zmiana impulsu lękowego na przeciwny, który jest dla człowieka bezpieczny.** Na przykład zastąpienie nienawiści-miłością albo agresji-łagodnością. Pierwotne uczucie nie znika a jedynie jest maskowane (Campbell, Hall, Gardner, 2017).



W swojej koncepcji Horney wyróżniła cztery sposoby z pomocą których ludzie radzą sobie z nadmiernym lękiem: unikanie dążeń, uczuć i myśli wywołujących lęk, racjonalizację, odurzanie się i zaprzeczanie (Horney, 1999). Racjonalizacja jako mechanizm obronny jest próbą zamiany lęku na strach. Pozwala to osobie utrzymać swoje irracjonalne postawy. Ma to dla niej istotne znaczenie, gdyż dzięki temu redukuje ona poczucie własnej bezbronności wobec własnych emocji i zachowuje poczucie wpływu na zaistniałą sytuację. Zamiast więc dostrzec irracjonalność we własnych postawach, utwierdza się w nich jeszcze bardziej. Mechanizm ten powoduje, że człowiek nie wprowadza zmian w sobie, a całą odpowiedzialność przerzuca na świat zewnętrzny i nie musi się konfrontować z własnym lękiem (Horney, 1999). Innym mechanizmem obrony przed lękiem jest zaprzeczanie jego istnienia. Pomimo tego, że przy pomocy tego mechanizmu człowiek spycha lęk w obszar własnej nieświadomości, to nie znika on a przybiera postać różnego rodzaju objawów somatycznych. Kolejny mechanizm wyróżniony przez Horney to odrzucanie lęku. Polega ona bardziej świadomym procesie tłumienia za pośrednictwem różnych używek zmieniających świadomość i emocje. Odurzać można się niemal wszystkim, nie tylko środkami chemicznymi ale również np. pracą, która pozwala nam wymknąć się lękowi przez samotnością. Ostatni z mechanizmów opisanych przez Horney to mechanizm unikania wszelkich bodźców, które mogą wywołać lęk. Dotyczy to zarówno bodźców zewnętrznych jak i wewnętrznych. Jest to najbardziej radykalny spośród mechanizmów radzenia sobie z lękiem wyróżnionych przez nią. Z czasem to unikanie się automatyzuje i w niektórych przypadkach następuje niemal całkowite zahamowanie działania jednostki (Horney, 1999).

Horney stwierdziła, że lęk ma swoje korzenie we wczesnym okresie dzieciństwa. Te korzenie to według niej: brak miłości, akceptacji spowodowane nieodpowiednimi metodami wychowawczymi, w których dominuje nadopiekuńczość i postawa polegająca na dużym poświęceniu się rodzica na rzecz dziecka. Owocuje to rozwinięciem się w późniejszym okresie u takiego dziecka poczucia nadmiernego zagrożenia. Także postawy rodziców aktywujące w dziecku wrogość powodują rozwinięcie się w nim silnego poczucia lęku i odwrotnie kiedy lęk jest następstwem braku poczucia bezpieczeństwa może prowadzić do rozwinięcia się u dziecka mechanizmu obronnego w postaci wrogości (Horney, 1999).

Różne zachowania rodziców takie jak: wyśmiewanie dziecka, wahania między nadopiekuńczością a odrzucaniem, faworyzowanie innych dzieci, niesprawiedliwe traktowanie, kłamanie, ignorowanie potrzeb dziecka, nietrzymanie granic przez rodziców, torpedowanie dążeń i pragnień dziecka, powoduje rozwinięcie się w nim uczucia i postawy wrogości a także doświadczenia silnej frustracji. W naszym kręgu kulturowym, wyrażanie wrogości i frustracji skierowanej na członków własnej rodziny jest postrzegane jako coś negatywnego i wpływa



negatywnie na rozwój dziecka. I tym co zagraża jego rozwojowi jest nie tyle wyrażanie sprzeciwu czy buntu w sposób otwarty ale tłumienie uczucia wrogości. Wyparta wówczas wrogość przeistacza się w lęk, poczucie bezradności, poczucie winy bądź w miłość (Horney, 1999).

Bezradność jest najczęściej wzmacniania w dziecku poprzez utrzymywanie przez rodziców zbyt długo zależności emocjonalnej, traktowanie jak niemowlęcia i zastraszanie. Strach natomiast rozwija się w dziecku bezpośrednio w wyniku stosowania przez rodziców kar, zakazów, przez wybuchy złości kierowane do dziecka i które dziecko obserwuje. Pośrednio rozwija się on również przez nadmierne ostrzeganie dziecka przed wszelkimi możliwymi zagrożeniami. Dziecku wychowywanemu w ten sposób, w dorosłym życiu będzie trudno przychodzić wyrażanie sprzeciwu i obrona własnych granic (Horney, 1999).

Horney w swojej koncepcji wyróżniła dwa rodzaje lęku; lęk **podstawowy** i lęk **jawny**. Lęk podstawowy charakteryzuje się poczuciem bycia wykorzystanym, bezradnym, zlekceważonym i opuszczonym, wtłacza człowieka w przekonanie, że jest nic nie znaczący i mały (Horney, 1999). Lęk jawny natomiast jest w jej koncepcji podobnie definiowany jak lęk realistyczny w koncepcji Freuda. W odróżnieniu jednak od niego w opisie odwołuje się do czynników socjologicznych jako czynników sprawczych. Czynniki kulturowe uznaje ona za wpływające na całą psychikę człowieka. W swojej koncepcji przedstawia szereg czynników, które są odpowiedzialne za powstawanie nerwic, a są to: nieporozumienia między ludźmi, izolacja emocjonalna, zaburzenia relacji, brak solidarności, poczucie bezradności, brak bezpieczeństwa (Horney, 1999). Określa również czynniki, które wg niej mogą przyczynić się do utraty poczucia bezpieczeństwa a są to: niepewność socjalna i ekonomiczna, zawiść ze strony konkurencji, pogarda w sytuacji przegranej, lęk przed byciem znieważonym, ale też lęk przed chęcią zepchnięcia kogoś na bok, lekceważenie i eksploatowanie innych (Horney, 1987).

Jej teoria bezsprzecznie przyczyniła się do poszerzenia obszaru eksploracji tematyki związanej z lękiem o nowe wątki, dotyczące czynników socjologiczno-kulturowych i wychowawczych w kontekście powstawania nadmiernego lęku.

### 1.3.3. Koncepcja lęku wg A. Kępińskiego

Antoni Kępiński był polskim lekarzem, psychiatrą, filozofem, autorem wielu wartościowych teorii np. koncepcji metabolizmu energetyczno-informacyjnego i psychiatrii aksjologicznej. Był eklektykiem potrafiącym integrować wiedzę różnych obszarów nauki takich jak: biologia, neurofizjologia, biocybernetyka, socjologia, psychologia, filozofia i etyka. Uważał, że etiologia



zaburzeń psychicznych jest wieloczynnikowa i należy poszerzać perspektywę o inne dziedziny nauki. Uzyskiwać pełny obraz czynników wywołujących zaburzenie i ustalić hierarchię ich ważności (Ostrowska, 1992). Jego koncepcja lęku łączy elementy psychologii, psychiatrii i etyki. Formułując ją wyszedł z punktu widzenia psychiatrii, od analizy lęku w różnych zaburzeniach psychicznych (Niebrój, 2007).

Zakłada on, że człowiekiem sterują dwie biologiczne zasady: prawo zachowania życia i prawo zachowania gatunku. Kępiński definiuje lęk jako sygnał alarmowy ostrzegający przed nadchodzącym zagrożeniem. Ponadto wyróżnia 4 kategorie lęku, a są to: lęk społeczny, lęk biologiczny, lęk moralny i lęk dezintegracyjny. Choć wszystkie te formy lęku można sprowadzić do jednego, który jest ich podstawą, do lęku przed śmiercią. Poniżej przedstawione zostaną wyróżnione przez Kępińskiego kategorie lęków (Kępiński, 2012).

1) **Lęk biologiczny.** Dotyczy głównie zagrożeń życia, zdrowia i seksualności człowieka. Kępiński definiuje go jako odpowiedź na bezpośrednie zagrożenie prawa zachowania własnego życia i życia gatunku. Zagrożenie może mieć charakter zewnętrzny (lęk przedmiotowy) jaki i charakter wewnętrzny ulokowany w ludzkim organizmie. Jego źródłem może być deficyt w dostępie do zasobów od których zależy przeżycie. Przykładem może być lęk pojawiający w sytuacji braku tlenu np. występujący w sytuacji zawału, astmy czy pożaru. Jest tak ponieważ, brak tlenu w ciągu kilku minut jest w stanie doprowadzić człowieka do śmierci, w odróżnieniu np. od deficytu pokarmu. Bez niego człowiek jest w stanie przeżyć przez dłuższy czas. Lęk biologiczny jest związany również z zagrożeniem przetrwania gatunkowego, dlatego człowiek jest w stanie np. poświęcić własne życie by ratować bliskich lub w szczególnych przypadkach, poświęcić swoje życie by ratować innych członków swojej społeczności albo poświęcić życie w imię jakiejś idei lub broniąc swojej kultury (Kępiński, 2012). Człowiek odczuwa najsilniej ten rodzaj lęku w chwili pojawienia się zagrożenia. Lęk biologiczny dotyczący przeżycia własnego czy przetrwania gatunku manifestuje się odmiennie niż lęk w aspekcie seksualnym. Lęk dotyczący dwóch pierwszych obszarów przejawia się dużym dynamizmem i szybkimi reakcjami. Natomiast lęk dotyczący sfery seksualnej może być długotrwały, trwający czasami całe życie. Odczuwanie tego lęku wiąże się nie tylko z potrzebą, rozładowania napięcia ale również z potrzebą złączenia się otoczeniem, które człowiek osiąga w akcie seksualnym. Musi jednak temu towarzyszyć odpowiednia postawa emocjonalna tzw. postawa „do”. Kępiński ujmuje to w następujący sposób: *Akt seksualny pozbawiony komponentu uczuciowego, gdy chodzi tylko o wyładowanie seksualne, gdy partnera traktuje się wyłącznie jako przedmiot tegoż wyładowania, zamiast zmniejszać - często wzmacnia napięcie lękowe, jest to bowiem sprzeniewierzenie się istocie drugiego prawa biologicznego.*



*Natomiast brak wyładowania seksualnego może być wyrównany silną postawą „do” i wówczas mimo abstynencji seksualnej lęki nie wystąpią (Kępiński, 2012, s.248).*

2) **Lęk społeczny.** Ludzie w swej istocie są gatunkiem społecznym. Potrzeba bycia w interakcji z innymi osobnikami naszego gatunku jest jedną z tych rzeczy, które określają nas jako gatunek ludzki. Lęk społeczny dotyczy oderwania od zbiorowości, izolacji i ostracyzmu społecznego. Choć nie jest lękiem tak bezpośrednio aktywującym się w odpowiedzi na zagrożenie jak lęk biologiczny, to jest pośrednio związany z potencjalnym zagrożeniem życia szczególnie w okresie dzieciństwa. Wtedy nasza egzystencja i przetrwanie jest ściśle związana i zależna od relacji z kluczowymi obiektami jakimi są rodzice bądź inni opiekunowie. Nie jest odpowiedzią na potrzeby podstawowe dziecka, które Kępiński nazywa potrzebami metabolizmu-energetycznego, ale jest odpowiedzią na potrzeby metabolizmu informacyjnego, które mogą być zaspokojone tylko poprzez interakcje z ludźmi. Potrzeby te korespondują częściowo z potrzebami przynależności w modelu Masłowa. Wg Kępińskiego układ nerwowy człowieka nie może się bez spełnienia tych potrzeb prawidłowo rozwinąć. Zaistnienie groźby odrzucenia, porzucenia, alienacji czy potępienia wywołuje lęk, którego fundamentem jest lęk przed śmiercią. Dla dziecka, które jest zależne taka perspektywa oznacza brak możliwości przetrwania. Jeśli takie zdarzenia mają miejsce w życiu dziecka, zwykle skutkuje negatywnymi zmianami w osobowości, które utrwalają się na całe życie (Kępiński, 2012).

3) **Lęk moralny.** Jego podstawą jest zazwyczaj lęk społeczny. Jest spowodowany trudnościami z dokonywaniem odpowiednich wyborów. Tym co odgrywa najważniejszą rolę w lęku moralnym jest sumienie, które zostało ukształtowane przez takie czynniki jak geny, wpływ rodziców i wychowawców. Zderza się ono jednak różnymi rodzajami wpływów środowiskowych w postaci wzmocnień pozytywnych, afirmujących i wzmocnień negatywnych, negujących jednostkę. Jeśli jednostka łamie zasady to narusza porządek moralny, skutkuje to utratą przez jednostkę spokoju wewnętrznego. Wg Kępińskiego *porządek moralny jest najwyższą formą integracji aktywności ludzkiej i dlatego jego zakłócenie równa się naruszeniu integracji na najwyższym poziomie, a każda dezintegracja ma w sobie znak śmierci. Śmierć bowiem nie jest niczym innym, jak całkowitą dezintegracją ustroju* (Kępiński, 2012, s.265). Ponadto wg niego człowiek posiada dwie hierarchie wartości: idealną i realną. Drugą z nich jest w stanie urzeczywistnić, a uczucie leku moralnego wpływa z różnic między pomiędzy oboma hierarchiami wartości (Kępiński, 2012).

Człowiek twierdzi Kępiński posiada zdolność rozróżniania tego, co jest dobre a co złe. Dobrem określa on działania, które wprowadzają w ludzkim świecie porządek, a złem określa działania, których celem jest zniszczenie tego co człowieka otacza (Kępiński, 2012).

Sumienie jest w jego teorii jest tym co pozwala jednostce odróżnić dobro od zła, będąc jednocześnie na najwyższym poziomie integracji systemem kontrolującym. Autor wróżenia 3



warstwy sumienia. Pierwsza z nich warstwa konstytucjonalna związana jest z naturalnym porządkiem. Warstwa kolejna pochodzi z okresu wczesnego rozwoju, w której zapisane są wzory właściwych zachowań i na jej podstawie tworzą się nowe schematy. Warstwa trzecia stojąca powyżej progu świadomości stanowiąca odbicie aktualnego odbioru w zwierciadle społecznym. Te 3 warstwy są ze sobą powiązane. Pewne ich elementy jednak mogą się wzajemnie wykluczać. Pojawiające się między warstwami sprzeczności według Kępińskiego powodują zaburzenie relacji jednostki z środowiskiem społecznym i utratę poczucia wewnętrznego spokoju a także pojawienie się poczucia winy. W efekcie czego pojawia się lęk i on jest uczuciem dominującym (Kępiński, 2012).

4) **Lęk dezintegracyjny.** Lęk dotyczy dezintegracji funkcji psychicznych człowieka. Pod wpływem tego lęku, człowiek traci orientację w środowisku w którym funkcjonuje a jego zachowania stają impulsywne i przypadkowe. Destabilizacji często ulega również system wartości jednostki. Ten rodzaj lęku niszczy stare psychiczne struktury czynnościowe, które się zdezaktualizowały i stały nieadaptacyjne. Kępiński pisze że *lęk dezintegracyjny jest tym rodzajem lęku, który musimy prawie bez przerwy w sobie pokonywać. Życie jest bowiem ustawiczną zmiennością; każda zmiana wywołuje niszczenie tego, co było, a niszczenie wyzwala zwykle uczucie lęku.* (Kępiński, 2012, s.267). Jednocześnie podkreśla on, że proces niszczenia tego co stare jest nam niezbędny w życiu, bo bez niego nie bylibyśmy w stanie zbudować niczego nowego. Uważa on, że stare i nieadaptacyjne procesy psychiczne muszą zostać zniszczone byśmy mogli się zmieniać i rozwijać. Uważa również, że zmiany są czymś jak najbardziej naturalnym, a ich brak za coś przeciwnego naturze. Lęk w tym przypadku pełni ważną funkcję, sygnału ostrzegawczego, że sytuacja wymaga zmiany. Z drugiej strony uaktywnia się gdy zmiany jest zbyt wiele i postępują za szybko. Jednocześnie w obu sytuacjach ostrzega człowieka przed własną klęską (Kępiński, 2012).

Podsumowując, koncepcja Kępińskiego poszerzyła istotnie obszar rozważań nad lękiem o obszar etyki a także o jego wymiar dezintegracyjny, konieczny do rozwoju i zmiany człowieka.

#### 1.3.4. Koncepcja lęku Raymonda Cattella

Raymond Cattell był amerykańskim psychologiem. Należał do pionierów badań nad osobowością. Stworzył własny 16-czynnikowy test do badania osobowości, test do badania inteligencji a także Arkusz Samopoznania do nadania niepokoju i lęku. Jego koncepcja lęku opiera się na badaniach eksperymentalnych. Badał on reakcje lękowe różnymi metodami w różnych grupach społecznych. W swoim opisie posługuje się on określeniami o charakterze operacyjnym,



gdyż nie był zwolennikiem tworzenia ścisłych definicji, dlatego określał on lęk jako *zespół reakcji przy wyliczeniu grupy reakcji, w zależności od tego jakimi metodami i na jakim materiale były badane*. (Cattell, 1966, za: Siek, 1993, s.222).

Wg. Cattella są trzy grupy reakcji. Pierwsza grupa to reakcje, które są możliwe do obserwacji na co dzień i o których mówią sami badani. Druga grupa, to reakcje, o których można wnioskować dzięki zeznaniom introspekcyjnym badanych oraz na podstawie kwestionariuszy osobowości. Trzecia grupa, to reakcje, które ujawniają się w badaniach laboratoryjnych, a które można zaobserwować i ocenić dzięki aparaturze oraz reakcje, które ujawniają się przy wykonywaniu określonych zadań, które można mierzyć w obiektywny sposób (Cattell, 1966, za: Siek, 1993). Na ich podstawie obliczał korelacje uzyskanych wyników i przeprowadzał analizę czynnikową. Badania te doprowadziły go do wyodrębnienia dwóch grup reakcji lękowej. Pierwsza z nich obejmuje reakcje lękowe i neurotyczne a druga czynniki czystego lęku (Cattell, 1966, za: Siek, 1993). Pierwsza grupa obejmuje zachowania charakteryzujące się przewidywaniem przykrych zdarzeń, szybkim poruszaniem się, ostrym osądzaniem rzeczy i ludzi, problemami z podejmowaniem decyzji, hamowaniem własnych zachowań pod wpływem innych osób, szybkim uznawaniem własnych porażek oraz oczekiwaniem sytuacji, w których jednostka będzie doświadczać lęku. W drugiej grupie jako objawy czystego lęku znalazły się takie objawy jak: brak wiary we własne możliwości, przekonanie o własnych słabościach, przejmowanie się najmniejszymi niepowodzeniami, krytycyzm własnej osoby, posiadanie małej liczby przyjaciół, duża emocjonalna reaktywność na bodźce, które są nieemocjonalne, zwiększona wrażliwość na kłopotliwe sytuacje i problemy życiowe (Cattell, 1966, za: Siek, 1993).

Ponadto jego badania doprowadziły go do wniosku, że istnieją dwa rodzaje czystego lęku. Pierwszy rodzaj zmienia się w zależności od sytuacji z chwili na chwilę. Drugi rodzaj jest cechą i stanowi nabyty element zachowania człowieka. W ten sposób powstała koncepcja **lęku jako stanu i cechy**. Lęk jako stan dla niego to rozległy *obszar jednolitych schematów reagowania, powtarzających się w mniej więcej podobnej postaci, niezależnie od tego jakie bodźce zostały wywołane* (Cattell, 1966, za: Siek, 1993, s.224). Ten rodzaj lęku odnosi się do reakcji, które są podobne i występują niezależnie od tego jakie bodźce i o jakim natężeniu je spowodowały. Lęk jako cecha natomiast opiera się na wewnętrznych konfliktach i nie zależy od warunków zewnętrznych. Różnicę między nimi wg Cattella stanowi również czas trwania reakcji lękowych oraz powtarzalność nawrotów (Cattell, 1966, za: Siek 1993). Oprócz tego uważa on, że czynnikiem w większym stopniu warunkującym lęk jest temperament niż czynniki kulturowe. Choć one wg niego też odgrywają pewną rolę jeśli chodzi o podatność na lęk (Cattell, 1966, za: Siek, 1993). Jego zdaniem również lęklivość nabywa się również na drodze procesów uczenia w dzieciństwie. Lęk



jest wg niego funkcją napięcia popędów i tego jak będą zaspokajane w dorosłym życiu. Im większe i silniejsze napięcie popędów i trudność w ich zaspokojeniu w dorosłym życiu, tym silniej osoba jest predysponowana do przeżywania stanów lękowych (Cattell, 1966, za: Siek, 1993).

Koncepcja Cattella dotyczące lęku dzieli lęk w jeszcze jeden sposób: na lęk jawny i lęk ukryty. Lękiem jawnym nazywa on taki lęk, z którego człowiek zdaje sobie sprawę. Osoby doświadczające takiego rodzaju lęku uważają się za nerwowe, przeżywają często wzburzenie i stany silnego napięcia, nie radzą sobie w trudnych sytuacjach, wydają więcej energii niż inni oraz mają trudności ze snem (Cattell, 1966, za: Siek, 1993). Osoby doświadczające lęku ukrytego nie zdają sobie z niego sprawy. Nazywany jest on również lękiem zakamuflowanych zachowań. Zachowania te przez większość ludzi nie są nawet postrzegane jako lęk. Częściej przypisuje się te zachowania innym zjawiskom. Przykładami takich zachowań są: przejmowanie się negatywnymi opiniami, nieuzasadnione odczuwanie zazdrości, złość na innych ludzi, chęć rozpoczynania wszystkiego od początku, niegodzenie się z odmową, niedostrzeganie autorytetu rodziców, nagłe zmiany zainteresowań ludźmi, przedmiotami i rozrywkami. Osoby, które przeżywają lęk ukryty doświadczają różnych dolegliwości somatycznych takich jak zaburzenia trawienia, przyspieszone tętno i bóle w różnych obszarach ciała (Cattell, 1966, za: Siek, 1993).

Podsumowując, koncepcja Cattella otworzyła nowy rozdział w badaniach nad lękiem, dając fundament kolejnym badaczom do rozwijania jego teorii i tworzenia narzędzi do badania lęku.

### **1.3.5. Koncepcja lęku jako stanu i cechy C. D. Spielbergera**

Koncepcja lęku autorstwa Spielbergera została stworzona w oparciu o rozróżnienie dokonane przez Cattella i Sheiera, na lęk jako stan i lęk jako cechę, czyli lęk aktualnie doświadczany i lęk który jest w miarę stałym elementem osobowości (Spielberger, Edwards i in., 1973, za: Wrześniewski, Sosnowski i in., 2006).

Lęk-stan (I-stan) według Spielbergera charakteryzuje się doświadczaniem świadomie przeżywanych subiektywnych uczuć obawy i napięcia wraz towarzyszącą im aktywacją i pobudzeniem autonomicznego układu nerwowego ( Spielberger, 1966, za: Wrześniewski, Sosnowski i in., 2006). Cechą charakteryzującą ten stan jest duża zmienność pod wpływem stale zmieniających się czynników sytuacyjnych zagrażających jednostce (Spielberger, 1973, za: Oleś, 2003). Stany lęku są stanami przejściowymi. Powracają gdy pojawiają się bodźce wywołujące lęk, ustępują zaś zwykle krótko po ustaniu ekspozycji na bodźce zagrażające (Rachman, 2005).



Lęk jako cechę (1-cecha), Spielberger określił jako stałą właściwość osobowościową, która powoduje u jednostki ujawnienie się predyspozycji do spostrzegania sytuacji neutralnych jako zagrażających. To procesy poznawcze i ich zniekształcenia decydują czy sytuacja jest oceniana jako zagrażająca. Sam pisze o tym lęku tak: lęk jako cecha *jest motywem lub nabytą dyspozycją behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanem lęku, nieproporcjonalnie silnym w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa* (Spielberger, 1973, za: Tucholska, 1992, s.134 ). Spielberger uważał, że ten rodzaj lęku rozwija się efekcie mechanizmów uczenia się i kształtuje się pod wpływem doświadczeń z przeszłości (Spielberger, 1973, za: Wrześniewski, Sosnowski i in., 2006). Według niego jednostki, które przejawiają wysoki poziom lęku jako cechy, mają również zwiększoną tendencję do oceniania sytuacji jako zagrażających, gdy mogą odnieść porażkę lub być oceniani przez innych ludzi. Lęk jako stan odnosi się sposobu w jaki ludzie reagują na rzeczywistość i sposobu w jaki ją interpretują. Ich zachowania z reguły są schematyczne i przewidywalne (Rachman, 2005).

Opisując swoją koncepcję Spielberger używa odniesień do fizyki i porównuje lęk jako stan do pojęcia energii kinetycznej a lęk jako cechę do energii potencjalnej. Energia kinetyczna odnosi się do pewnego sposobu reagowania w ściśle określonym momencie a energia potencjalna do indywidualnych różnic w gotowości do powstawania u jednostki lęku o określonej sile. Jest również wskaźnikiem potencjalnych możliwości reagowania w sytuacjach stresowych (Siek, 1993).

Osoby, które mają wysoki poziom lęku-cechy, mają też tendencję do rozwijania wysokiego poziomu lęku jako stanu, ponieważ przez te osoby większa liczba bodźców będzie interpretowana jako realne zagrożenie (Spielberger, 1973, za: Wrześniewski, Sosnowski i in., 2006).

Zasługą Spielbergera jest stworzenie koncepcji, która jest pomostem pomiędzy teoriami lęku opartymi na procesach uczenia a teorią cech, w oparciu o neurofizjologiczne mechanizmy powstawania emocji. Jego prace dały początek nowemu nurtowi badań nad lękiem a jego koncepcja przeniknęła do takich obszarów jak teorie poznawcze czy fenomenologiczne (Oleś, 2003).

### **1.3.6. Koncepcje lęku w nurcie poznawczo-behawioralnym psychologii i psychoterapii.**

Nurt poznawczo-behawioralny nie stworzył jednorodnej koncepcji lęku. W jego obrębie powstało szereg modeli tłumaczący reakcję lękową. Część z nich w zależności od zapatrywań konkretnych autorów bardziej opisują problematykę ze względu na procesy uczenia się a część w swych wyjaśnieniach odwołuje się do procesów poznawczych. Wszystkie jednak te koncepcje



obecnie należą do jednego nurtu i najważniejsze z nich zostaną przedstawione poniżej. Koncepcja, że strach i lęk ma swoje źródło w procesach uczenia się i odbywa się przez warunkowanie zawdzięczamy pracom Pawłowa. Badał on warunkowanie i jego wpływ na nabywanie reakcji emocjonalnych. Odkrycia Pawłowa zostały zrewidowane i rozwinięte przez Watsona, Raynera i Mowrera.. Ten ostatni stworzył formalną teorię lęku, nazwaną „Lęk w ujęciu teorii bodźca-reakcji”(Rachman, 2005). Następnie Wolpe zastosował kluczowe idee do warunków klinicznych a Eysenck włączył je do swojej ogólnej teorii osobowości i zastosował je do psychologii zaburzeń psychicznych (Rachman, 2005). Z kolei Jeffrey Alan Gray uczeń Eysencka rozszerzył koncepcję poprzedników o nowe elementy z obszaru psychofizjologii (Rachman, 2005).

Pod wpływem dynamicznego rozwoju koncepcji poznawczych, analizy lęku w kategoriach teorii uczenia się zostały rozszerzone o komponenty poznawcze. Silny wpływ na integrację obu nurtów i współczesne rozumienie lęku wywarły prace takich badaczy z nurtu poznawczego jak A.T. Beck, D.M. Clark, G. Emery oraz D.H.Barlow (Rachman, 2005).

Zgodnie z podstawowym założeniem teorii uczenia się, reakcja strachu rozwija się przez warunkowanie lub w wyniku innych procesów uczenia się. Reakcje strachu nabyte w ten sposób z kolei rozwijają zachowania unikowe lub ucieczkowe. A ponieważ są one przynajmniej częściowo skuteczne, bo doprowadzają do zmniejszenia strachu lub lęku, to skutkuje to wzmocnieniem tego typu zachowań (Rachman, 2005). Teoria ta zakłada również, że każdy neutralny bodziec poprzez warunkowanie może stać się bodźcem wywołującym reakcję lękową. Ponadto, że każdy neutralny bodziec, który działa na człowieka w trakcie reakcji strachu, nabywa zdolności do wywoływania w późniejszym czasie reakcji lękowej(Wolpe, Rachman, 1960, za: Rachman, 2005). Z kolei Eysenck twierdził, że uwarunkowane reakcje lękowe są wynikiem jednego bądź serii wydarzeń traumatycznych, obejmujących silne reakcje po stronie autonomicznego układu nerwowego. Zakłada on, że bodziec który był wcześniej neutralny, przez skojarzenie zostaje połączony z bodźcem bezwarunkowym, wywołującym traumatyczne reakcje emocjonalne (Rachman, 2005). Oprócz tego twierdzi, że reakcje uwarunkowane, które nie są wzmocniane zaczynają wygasać. W celu wytłumaczenia uporczywości lęku sformułował twierdzenie, że raz powstałe reakcje lękowe nabierają właściwości motywacyjnych, bo aby je zredukować jednostka zaczyna przejawiać zachowania unikowe i ucieczkowe. Jeśli po tych zachowaniach lęk redukuje się, to zachowania ulegają wzmocnieniu bo jest to rodzaj nagrody a reakcje lękowe są chronione przed wygaśnięciem (Rachman, 2005).

Natomiast Wolpe, który założenia teoretyczne przeniósł na grunt pracy terapeutycznej, sformułował założenie wzajemnego hamowania i opracował technikę systematycznej desensytyzacji. Zakłada on, że celowe i powtarzające się nakładanie na reakcję lękową innej



reakcji, która nie daje się pogodzić z lękiem, wywoła stopniowo w jednostce proces hamowania, czyli wygaszania reakcji na określony bodziec. Proces ten stopniowo doprowadza do wyeliminowania lękowego wzorca reakcji (Rachman, 2005). Najczęściej reakcją współzawodniczącą z lękiem i nakładaną na niego jest reakcja stanem spokoju (Wolpe, 1964; Wolpe, Lazarus, 1966; Wolpe, 1999, za: Grzesiuk, 2005).

Aby skutecznie pomagać pacjentom lękowym, stworzono drugą metodę terapeutyczną nazwaną terapią implozyjną, polegającą na ciągłej, przedłużonej ekspozycji pacjenta na działanie bodźców wywołujących lęk, przy jednoczesnym zakazie ich unikania (Grzesiuk, 2005). Dla wyjaśnienia mechanizmów działania tej metody stworzone zostały dwie teorie. Pierwsza z nich to zasada hamowania ochronnego, która zakłada, że jeśli stale działa bodziec wywołujący reakcję emocjonalną np. lękową, to po dłuższym czasie ekspozycji na ten bodziec reakcja słabnie. Mechanizm ten pełni funkcję ochronną i chroni organizm przed nadmiernym pobudzeniem. Druga z teorii dotyczy procesu wzajemnego hamowania reakcji. W jego trakcie emocje związane z nawykiem lękowym muszą współzawodniczyć z emocjami związanymi z osobą terapeuty, dlatego ważna staje się dobrze zbudowana relacja terapeutyczna. (Wolpe, Lazarus, 1966, za: Grzesiuk, 2003). W procedurze implozyjnej terapeuta aranżuje sytuację tak, by pacjent był wystawiony na bodźce wywołujące lęk, oraz zachęca go do konfrontacji z tą sytuacją oraz do pozostania w niej do momentu aż lęk nie zacznie słabnąć. Jednocześnie pacjent ma w tym czasie koncentrować się na rozluźnianiu i myślach o braku realnego zagrożenia (Grzesiuk, 2003).

Jeśli zaś chodzi o konceptualizację zagadnienia lęku przez przedstawicieli psychologii poznawczej to szczególnie znaczenie miały prace Arona Becka. Przyczyniły się one do lepszego zrozumienia mechanizmów funkcjonowania reakcji lękowej. Tak on o tym pisał: *przywołujemy hipotezę, że wytracające z równowagi zdarzenia (lub seria zdarzeń) wywołuje lub nasila pierwotną reakcję strachu. Zdarzenia te mogą nakładać się szczególną podatność pacjenta na powstawanie u niego takich związanych z niebezpieczeństwem wyobrażeń. Przeszukuje on zewnętrzne i wewnętrzne bodźce, szukając w nich „niebezpiecznych” cech. Kiedy styka się z nowymi sytuacjami, mogącymi mieć potencjalnie nieprzyjemne konsekwencje, interpretuje je jako niebezpieczne. To znaczy, że w swoim pojmowaniu sytuacji pacjent wyolbrzymia możliwość i wielkość nieprzyjemnych konsekwencji* (Beck, Rush, 1985; za: Rachman, 2005, s.68). Główne twierdzenie na którym opiera się podejście poznawcze zakłada, że lęk pojawia się jako rezultat nieracjonalnego myślenia. Podkreśla to zarówno Beck jak i Ellis, twórca terapii racjonalno-emocjonalnej (Kratochvil, 2003). Lęk pojawia się jako rezultat sposobu interpretowania i oceniania zdarzeń (Salkovskis, 1996, za: Rachman, 2005). Ludzie nadają sytuacjom znaczenie i w zależności od tego jak to zrobią, sytuacja będzie aktywować lęk lub nie. Konkretna ocena zależy od takich czynników jak kontekst sytuacji,



nastrój w chwili zdarzenia i od doświadczeń z przeszłości (Salkovskis, 1996, za: Rachman, 2005). Myślenie więc jako czynnik determinujący lęk, wpływa na emocje i zachowanie, chociaż samo jest pod wpływem w/w czynników (Bandura, 1986, za: Grzesiuk, 2003). Jednak głównymi powodami powstawania reakcji lękowej są: zniekształcenia w zakresie przekonań i w zakresie przetwarzania informacji (Ellis, 1962; Beck, 1976; Beck, Freeman, 1990, za: Grzesiuk, 2003) oraz deficyty w umiejętnościach poznawczych (Meichenbaum, 1977; Kendall, Branswell, 1985, za: Grzesiuk, 2005). W sytuacji silnego stresu człowiek może wykorzystać racjonalny lub irracjonalny system przekonań. Który z nich jednostka uruchomi, zależy od kilku czynników. Najistotniejsze są jednak przekonania wykształcone przez człowieka w przeszłości w zetknięciu z bodźcem o zbliżonej treści. W zależności od tego, który z nich uruchomi będzie reagował adekwatnie spokojem lub nieadekwatnie lękiem. Ellis podkreśla, że osoby przejawiające tendencję do myślenia w kategoriach „muszę” lub „powinienem” rozwijają zniekształcone i nieracjonalne przekonania (Grzesiuk, 2003). Skutkuje to tendencją do wyolbrzymiania ocen negatywnych zdarzeń i niską odpornością na sytuacje frustrujące.

Z kolei Aron Beck wyróżnił dwie kategorie przekonań. Pierwsza z nich to **dysfunkcyjne założenia**, które pochodzą z dzieciństwa i pozostają na granicy świadomości. Dotyczą zwykle obrazu własnego oraz innych ludzi. Druga kategoria jest konsekwencją pierwszej i nazywana jest **myślami automatycznymi**. Myśli te łatwiej zauważyć i zwerbalizować niż dysfunkcyjne założenia i są one zależne od kontekstu sytuacyjnego. Pojawienie się myśli automatycznych jest wg niego bezpośrednim aktywatorem reakcji lękowej. Z dysfunkcyjnymi przekonaniem natomiast związane są zniekształcenia procesu przetwarzania informacji, powodujące że osoba lękowa nie jest w stanie skorygować nieadaptacyjnych przekonań (Grzesiuk, 2003). Do tych zniekształceń należą: myślenie typu „wszystko albo nic”, generalizacje negatywne na podstawie jednego przypadku, skupianie się tylko na negatywnych aspektach sytuacji, automatyczne deprecjonowanie informacji pozytywnych, wyolbrzymianie, opieranie się na emocjach jako dowodzie prawdziwości, stosowanie nieadekwatnych określeń sytuacji, wnioskowanie na podstawie nie istotnych faktów, odnoszenie wszystkiego do siebie, myślenie typu „muszę i powinienem” (Burns, 1980, za: Grzesiuk, 2003).

Warto jednocześnie zaznaczyć, że teoretycy poznawczy w pełni akceptują teorię procesów uczenia w rozwoju reakcji lękowej, w tym również procesu warunkowania, ale kładą większy nacisk na to, w jaki sposób osoba dotknięta lękiem interpretuje zdarzenia, niezależnie czy reakcja lękowa została uwarunkowana czy nie. Poza tym twierdzą, że reakcja lękowa utrzymuje się w głównej mierze z powodu utrzymywania się nieadaptacyjnych przekonań. Za najskuteczniejszy sposób niwelowania lęku uważają modyfikowanie, bądź eliminowanie odpowiedzialnych za ten lęk



przekonań. Przyznają jednocześnie, że zmiana zachowania jest jednym z najskuteczniejszych sposobów zmiany przekonań związanych z lękiem (Rachman, 2005).

Obecnie jeśli chodzi o wyjaśnienie natury lęku, efektywność terapeutyczną i odniesienia do takich dziedzin nauki jak bio-fizjologia interpretacje na gruncie poznawczo-behawioralnym uznaje się za najtrafniejsze i najlepiej uzasadnione naukowo.

#### 1.4. Neuronalne aspekty reakcji strach i lęku według Josepha LeDoux

Rozszerzeniem, rozwinięciem i uzupełnieniem przedstawionych do tej pory koncepcji dotyczących reakcji lękowej są prace badaczy z obszaru neuronauki takich jak Joseph LeDoux, Antonio Damasio czy Michael Gazzaniga. Zwłaszcza, że ich prace integrują różne dziedziny wiedzy naukowej, nie zamykając się w obrębie jednej dyscypliny. Badacze ci łączą badania nad mózgiem, z genetyką, psychologią, psychiatrią i in. Największy wkład w tym gronie do zrozumienia skąd się bierze i na czym polega reakcja lękowa wniósł LeDoux. Badał on przebieg reakcji lękowych i stworzył własny model opisujący jej przebieg. Istotne jest to, że jego koncepcja została stworzona w wyniku badań z wykorzystaniem najnowszych technologii dostępnej nauce i opiera się w związku z tym na bezpośrednich dowodach empirycznych.

Do niedawna sądzono, zgodnie z koncepcjami oceny poznawczej, że aby doszło do reakcji lękowej, to impuls wywołany przez bodziec musi przedostać się do sensorycznych obszarów kory nowej. Stanowisko to opierało się na założeniu, że do wzbudzenia reakcji lękowej niezbędne jest odkodowanie bodźca a także stworzenie jego poznawczej reprezentacji oraz oszacowanie jego ważności. LeDoux wykazał jednak, że decydującą rolę w ocenie bodźca i uruchomieniu reakcji lękowej odgrywa ciało migdałowate, które jest ośrodkiem podkorowym układu limbicznego (LeDoux, 2000). Badania jego i jego współpracowników z wykorzystaniem metody warunkowania klasycznego wykazały, że możliwe jest uwarunkowanie reakcji lękowej gdy używa się prostych sygnałów sensorycznych uruchamiających połączenia wzgórze-ciało migdałowate, z pominięciem kory nowej (LeDoux, 1998, 2000). Tym co odkryto, jest to że istnieją dwie drogi neuronalne jakimi impuls aktywujący lęk może dotrzeć do ciała migdałowatego. Pierwsza z nich nazwana przez LeDoux (2000) **drogą dolną**, przebiega ze wzgórza bezpośrednio do ciała migdałowatego i jest szybką ścieżką aktywacji, przebiegającą zupełnie poza kontrolą kory nowej i procesów świadomych. Druga nazwana została **drogą górną**. Prowadzi ona ze wzgórza przez hipokamp do kory asocjacyjnej a stamtąd dopiero do ciała migdałowatego. Droga górna jest ścieżką wolniejszą. Gdy impuls biegnie tą drogą, to obszary kory nowej dokonują poznawczej oceny bodźca. Sygnał



przenoszony jedną bądź drugą drogą trafia do jądra bocznego ciała migdałowatego, następnie jest przekazywany do jądra środkowego (aktywującego lęk), które jest połączone z obszarami mózgu kontrolującymi zachowanie stereotypowe, reakcje autonomiczne i hormonalne (Jarymowicz, 1997). Reakcja wzbudzona na drodze dolnej nazywana jest afektem pierwotnym. Może ona również uczestniczyć w późniejszej całościowej ocenie bodźca, jaki dokonuje się na drodze górnej. Jeśli droga górna po ocenie bodźca uruchomi reakcję lękową to nazywana jest ona afektem wtórnym (Jarymowicz, 1997).

W tym modelu istotne jest również to, że w całym procesie warunkowania i wyzwalań reakcji lękowej biorą udział różne ośrodki pamięci długotrwałej zarządzające różnymi rodzajami informacji, aktywującymi różne systemy neuronalne (Arden, 2017). Hipokamp i obszary korowe, tworzą system pamięci jawnej a ciało migdałowate i jądra podstawy mózgu tworzą system pamięci niejawną (Arden, 2017).

Pamięć niejawna nie podlega kontroli świadomości a pamięć jawna w znacznym stopniu podlega kontroli świadomości. Pamięć jawna zaczyna rejestrować wspomnienia od 3 roku życia. Przed 3 rokiem życia nie powstają żadne wspomnienia jawne. Mogą powstawać wspomnienia niejawne ale nie mają one postaci reprezentacji poznawczej. Natomiast pamięć niejawna może z okresu przed 3 rokiem życia rejestrować wspomnienia stanów emocjonalnych i fizjologicznych (Arden, 2017). Poniżej tabela obrazuje układy pamięci jawnej i niejawną.

Tabela 3

*Układy pamięciowe*

Układ niejawny Pamięć niedeklaratywna	Układ jawny Pamięć deklaratywna
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pamięć proceduralna</li> <li>○ Pamięć emocjonalna</li> <li>○ Pamięć ogólna</li> <li>○ Warunkowanie klasyczne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pamięć epizodyczna</li> <li>○ Pamięć autobiograficzna</li> <li>○ Pamięć semantyczna</li> <li>○ Określony kontekst / szczegóły kontekstu</li> </ul>
<b>Sterowany przez ciało migdałowate i jądra podstawy mózgu</b>	<b>Sterowany przez hipokamp</b>

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Arden J. B. (2005), *Neuronauka w psychoterapeutycznym procesie zmiany*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s.103



Kluczowym dla aktywacji reakcji lękowej jest obszar ciała migdałowatego, odpowiadający za pamięć emocji. Rejestruje ono i utrwała w własnej strukturze pamięć afektów pierwotnych. Gdy jednostka styka się z bodźcem podobnym lub kojarzącym się z bodźcem utrwalałym w strukturze ciała migdałowatego, to wyzwalana jest reakcja emocjonalna zbliżona do afektu pierwotnego. Jej intensywność jest zwykle słabsza w stosunku do reakcji pierwotnej. Damasio nazwał tę reakcję markerem somatycznym (Damasio, 2000). Jednak jak to się dzieje, że jedne bodźce zostają zakodowane przez układ pamięci emocjonalnej w postaci uwarunkowanej reakcji lękowej a inne nie? Proces ten przebiega w następujący sposób: obszar ciała migdałowatego, odpowiadający za gromadzenie bodźców emocjonalnych, które docierają do niego poprzez wzgórze kumuluje je. Następnie ten materiał emocjonalny, jest przesyłany do hipokampu, który podejmuje próbę poznawczej obróbki zarejestrowanych bodźców, która dokonuje się podczas snu w fazie REM (Arden, 2017; Shapiro, 2017; Jeśka, 2012).

Próba poznawczego przetwarzania zgromadzonego materiału emocjonalnego może przebiec według dwóch scenariuszy. Jeśli ilość i natężenie zebranego materiału emocjonalnego, nie przekracza możliwości przetwarzania poznawczego jakie posiada hipokamp, to materiał zostaje przetworzony poprzez obwody pamięci jawnej. W efekcie czego powstaje pełna reprezentacja poznawcza dotycząca zdarzeń, która lokuje się za pośrednictwem hipokampu w obszarze lewej i przyśrodkowej kory oczodołowo-czołowej jako wspomnienie długoterminowe, epizodyczne (Arden, 2017) . Obszar ten stanowi swoistą bazę danych i jest szczególnie istotny w procesie hamowania i wygaszania reakcji lękowej. Jeśli jakieś doświadczenie zostało w ten sposób przetworzone to mózg ma możliwość, zahamowania potencjalnej reakcji lękowej, ponieważ posiada wspomnienia dotyczące poradzenia sobie z określonym rodzajem zagrażającego bodźca (LeDoux, 2017; Arden, 2017; Shapiro, 2017). Drugi scenariusz dotyczy sytuacji, w której hipokamp nie jest w stanie poradzić sobie z nadmiarem zgromadzonych bodźców emocjonalnych. W związku z tym nie następuje pełne przetworzenie poznawcze bodźców i nie tworzy się ich pełna reprezentacja poznawcza. To z kolei powoduje, że zebrany materiał emocjonalny wraca do obszaru pamięci niejawnej. Następnie ciało migdałowate tworzy połączenia neuronalne w swojej strukturze i liczne połączenia z prawą korą oczodołowo-czołową, odpowiedzialne za wdrukowanie i tworzenie automatycznej natychmiastowej reakcji lękowej. Reakcja ta następnie uruchamia się poprzez ścieżkę dolną, za każdym razem gdy pojawi się bodziec przypominający bądź skojarzony z afektem pierwotnym (LeDoux, 2017; Arden, 2017; Shapiro, 2017).

Oczywiście lęk może być również uruchomiony z wykorzystaniem ścieżki górnej. Jest wtedy odpowiedzią na zagrożenie, które jest realne a reakcja ta pasuje bardziej do definicji strachu. Jeśli jednak obszar lewej kory oczodołowo-czołowej posiada odpowiednio przetworzone reprezentacje



poznawcze dotyczące sytuacji w których jednostka sobie poradziła z konkretnym zagrożeniem, to płat przyśrodkowy kory oczodołowo-czołowej uruchamia poprzez hipokamp proces hamowania lub wygaszania aktywności ciała migdałowatego i reakcji lękowej (LeDoux, 2017; Arenden, 2017; Shapiro, 2017).

Procesy opisane wyżej korespondują z teoriami poznawczo-behawioralnymi tłumacząc od strony neurofizjologii mózgu, działanie i efektywność takich procedur terapeutycznych jak systematyczna desensytyzacja podkreślając jednocześnie znaczenia procesów poznawczych w całym procesie działania reakcji lękowej i jej niwelowaniu.

Podsumowując, z punktu widzenia neuronauki reakcja lękowa jest wtórną reakcją wobec strachu. Rozwija się ona i utrwała jako pewien typ reakcji w efekcie przeżycia afektu pierwotnego(strachu), z którym układ nerwowy człowieka i system przetwarzania poznawczego nie był w stanie sobie konstruktywnie poradzić. W efekcie czego powstaje automatyczna reakcja lękowa, która ma człowieka chronić, ale uruchamia się i przebiega poza kontrolą świadomości. Co często u pacjentów z zaburzeniami lękowymi skutkuje brakiem świadomości bodźca wywołującego lęk.





## ROZDZIAŁ 2. KONTROLA EMOCJONALNA W UJĘCIU TEORII PSYCHOLOGICZNYCH

### 2.1. Regulacja emocji a kontrola emocjonalna

Często kontrola emocjonalna jest mylona regulacją emocjonalną. Nawet autorzy publikacji poświęconych regulacji emocjonalnej dość niejasno używają pojęcia kontroli emocjonalnej. W związku z tym, ten podrozdział jest próbą odpowiedzi na pytanie: Jaki jest udział kontroli emocjonalnej w procesie regulacji emocji? Regulacja emocjonalna nazywana również regulacją afektu to proces na który składa szereg pod-procesów, takich jak inicjowanie, modelowanie i podtrzymywanie doświadczeń afektywnych oraz operacje poznawcze na emocjach, ale też względem nich. Proces ten ułatwia podmiotowi realizację jego celów w świecie zewnętrznym (Doliński, Błaszczak 2011). Regulacja ma ona dwie formy automatyczną i podmiotową (Kofta 1979; Doliński, Błaszczak 2011). Dokonuje się ona na różnych poziomach. Poziomy, na których zachodzi regulacja emocji to: poziom recepcji informacji, poziom intrapsychiczny oraz ekspresja emocji (Doliński, 2001). Kontrola emocjonalna jest jednym z pod-procesów, całego procesu regulacji emocji. Dotyczy ona różnych sfer funkcjonowania człowieka, m.in. neurofizjologiczno-biochemicznej, behawioralno-ekspresyjnej, poznawczo-doświadczeniowej, szacowanej na podstawie subiektywnego doświadczenia badanych osób (Aronson, Wieczorkowska, 2000). Jeśli chodzi o wyżej wymienione sfery to regulacja i kontrola emocjonalna wzajemnie się w ich przenikają i jest to czynnik decydujący o wzmocnieniu, osłabieniu lub zmianie reakcji emocjonalnej człowieka (Doliński, Błaszczak 2011). Występuje szereg problemów w zdefiniowaniu różnic między pojęciami regulacji emocjonalnej i kontroli emocjonalnej. Niektóre definicje są do siebie znaczeniowo zbliżone a oprócz tego spotykamy się jeszcze z pojęciem samokontroli, które również jest ściśle związane z regulacją emocji (Kofta, 1979).

Według Kofty (1979), który posługuje się terminem samokontroli(emocji), procesy te dotyczą korygowania i kontrolowania w obrębie różnych obszarów emocji (ekspresji, pobudzenie fizjologicznego, zmiany treści emocji) a także prób antycypowania, zanim emocja się pojawi. Twierdzi on, że pojęcie to może być rozumiane na trzy różne sposoby: jako cecha osobowości, jako proces i jako czynność (Kofta, 1979).

Samokontrolę jako cechę można zdefiniować jako *„relatywnie stałą właściwość osobowości, decydującą o częstoci i natężeniu takich przeżyć emocjonalnych, myśli i zachowań z nimi*



związanych, które są zgodne ze standardami społecznymi lub standardami aprobowanymi przez podmiot” (Doliński, 2001, s. 383).

Jako czynność można ją zdefiniować jako:

„Czynności (lub reakcje) samokontroli to przejawiane przez podmiot zachowania zgodne ze standardami (społecznymi lub aprobowanymi przez podmiot)” (Doliński, 2001, s. 383-384).

Jako proces natomiast można ją określić jako:

„...proces samokontroli to reakcje inicjowane przez podmiot, za których pomocą osiąga on zbieżność między własnymi zachowaniami emocjonalnymi, myślami i odczuciami afektywnymi a akceptowanymi standardami wewnętrznymi (zinternalizowanymi zasadami funkcjonowania) lub zewnętrznymi (zasadami aprobowanymi społecznie)” (Doliński, 2001, s. 383-384).

Wszystkie trzy definicje samokontroli są zbieżne z pojęciem kontroli emocjonalnej Brzezińskiego, który twierdził, że *jest to pewien mechanizm psychologiczny, który wykształca się w toku jej rozwoju, w wyniku procesów socjalizacji i wychowania. Jednostka o dobrej kontroli emocjonalnej to jednostka zdolna do umiejętnego wyrażania swoich stanów emocjonalnych w zależności od kontekstu sytuacyjnego* (Brzeziński, 1973, s.102). Myślę więc, że zasadne jest postawienie między tymi definicjami samokontroli emocjonalnej i kontroli emocjonalnej znaku równości, bo różnica jest wyłącznie semantyczna,

Zjawisko samokontroli - rozumiane jako proces lub czynność wiąże się z trzema poziomami regulacji. Osoba może regulować swoje emocje na poziomie recepcji (pierwszy poziom), na poziomie intra-psychicznym (drugi poziom), może też mieć wpływ na ekspresję emocji i na zachowania (trzeci poziom) (Doliński, 2001).

Pierwszy i drugi poziom kontroli związany jest z komponentem doświadczeniowym oraz fizjologicznym emocji. Na pierwszym poziomie – recepcji, człowiek stara się zapobiec powstaniu emocji poprzez eliminację bodźców, które wzbudzają emocje. Człowiek może unikać sytuacji, w których spodziewa się napotkać bodziec aktywujący albo poprzez odwracanie uwagi nie dopuścić go do świadomości. Ludzie często odwracają uwagę od bodźców wzbudzających emocje, generując myśli na inny temat, wspomnienia lub fantazje. Te sposoby samokontroli nazywane są procesami o charakterze hedonistyczno-obronnym (Doliński, 2001). Na drugim poziomie regulacji (poziom procesów intra-psychicznych) regulacja dotyczy emocji, które już istnieją i jest związana ze zmianą przebiegu procesów wewnętrznych. Mogą to być oczywiście emocje (różne ich aspekty – doświadczeniowy, fizjologiczny), ale również procesy poznawcze z tymi emocjami związane (myśli, wyobrażenia, wspomnienia). Przykładem takiej zmiany na poziomie intra-psychicznym może być sytuacja kiedy człowiek zmienia znaczenie jakie nadał sytuacji. Zmiana znaczenia służy kierowaniu emocją związaną z daną sytuacją (Doliński, 2001). Na trzecim

poziomie samokontrola jest związany z ekspresją emocji oraz z nadawaniem kierunku zachowaniom związanym z emocjami. Od człowieka zależy to czy jego emocje zostaną zauważone przez otoczenie. Kontrola ekspresji dotyczy mimiki, postawy ciała, głosu, jak również prostych zachowań (np. stukanie długopisem). Wraz z wiekiem i powiększającą się wiedzą, ludzie zwiększają swoje umiejętności kontroli ekspresji do tego stopnia, że niektóre czynności ulegają automatyzacji i zachodzą bez udziału świadomości (Doliński, 2001).

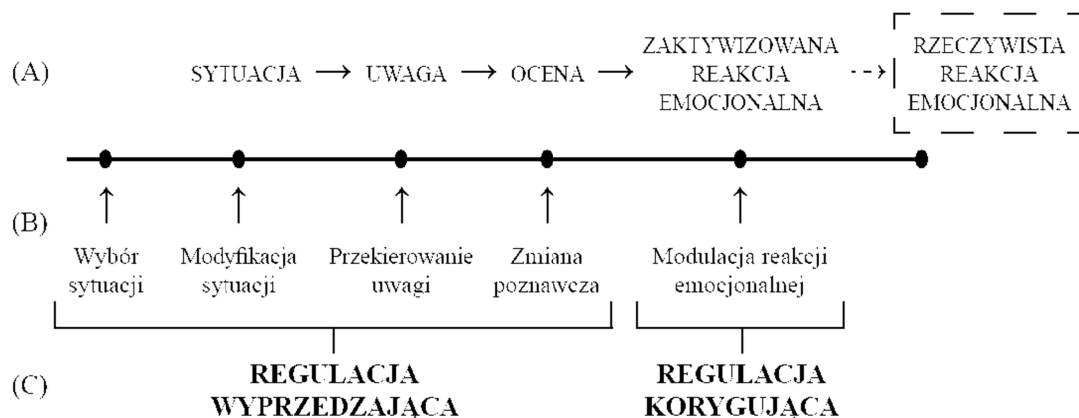
Jedyną koncepcją która dość jasno różnicuje pojęcie regulacji emocjonalnej i kontroli emocjonalnej jest koncepcja Saloveya i Mayera (1990, za: Korzewski, 2015). Pojęcia te znalazły się w ich 4 czynnikowym modelu inteligencji emocjonalnej. Ich koncepcja określa inteligencję emocjonalną jako szereg zdolności których się można nauczyć. Są one związane ze spostrzeganiem, wyrażaniem, rozumieniem i wykorzystywaniem emocji a także kierowaniem emocjami swoimi i innych. W modelu tym regulacja emocji, została podzielona na następujące zdolności/kompetencje: zdolność otwierania się na uczucia, zarówno na przyjemne jak i nieprzyjemne; zdolność kontrolowania emocji i zastanawiania się nad nimi; zdolność świadomego wywoływania stanu emocjonalnego, jego przedłużania lub ignorowania go zależnie od oceny jego wartości informacyjnej i użyteczności dla jednostki, zdolność kierowania własnymi emocjami i emocjami innych ludzi. W tym ujęciu kontrola emocjonalna jest umiejętnością nabytą niższego rzędu, stanowiącą składową umiejętności wyższego rzędu jaką jest regulacja emocjonalna. Daje to pewne osadzenie pojęcia kontroli/samokontroli emocjonalnej w kontekście pojęcia regulacji emocjonalnej. Autorzy w/w koncepcji wydają się rozumieć kontrolę emocjonalną dość wąsko, gdyż umiejętności zwykle opisujące kontrolę/samokontrolę emocjonalną np. takie jak zdolność kierowania własnymi emocjami lokują poza kontrolą emocjonalną.

Zatem w którym miejscu procesu regulacji emocji pojawia się kontrola emocjonalna? Aby spróbować odpowiedzieć na to pytanie, przedstawiony poniżej zostanie procesualny model regulacji emocji Grossa.

Jego koncepcja zakłada, że regulacja emocji może przybierać formy zależne od ukierunkowania (wzmacnianie i hamowanie emocji) i zależne od elementu procesu emocjonalnego. Elementy te to reakcja fizjologiczna, subiektywne doświadczanie emocji i ekspresja oraz zależne od etapu na którym zostaje uruchomiana. Etapy te to: etap poprzedzający rozpoczęcie procesu emocjonalnego, etap trwania procesu emocjonalnego oraz etap po jego zakończeniu. Ważny jest również poziom na którym regulacja zachodzi. Poziomy te zaczynają się od najprostszego neurofizjologicznego, który jest automatyczny i przechodzą do bardziej złożonych form kontroli, które są podmiotowe i wymagają wysokiego poziomu rozwoju świadomości oraz używania zaawansowanych funkcji poznawczych (Wranik, Barrett i Salovey, 2007, za Szczygieł, 2014).



Koncepcja Grossa zakłada, że proces emocjonalny uruchamiany jest przez bodźce, które zauważone, rozpoznane i ocenione, powodują pojawienie się skoordynowanej tendencji (fizjologicznej, doświadczeniowej, behawioralnej) do reagowania emocjami. Jest to pewna sekwencja uruchamiająca poszczególne jej komponenty w miarę rozwoju w czasie reakcji emocjonalnej. Sekwencja ta (sytuacja → uwaga → ocena → zaktzywizowana reakcja emocjonalna) została przedstawiona na rysunku 1. Model ten zakłada, że reakcja emocjonalna może być regulowana na każdym etapie procesu emocjonalnego. Jednak sama reakcja jest zależna od tego na którym etapie procesu emocjonalnego, wystąpiło uaktywnienie procesów regulacyjnych (Gross, 1998a; 1998b).



Rysunek 1. Procesualny model regulacji emocji Grossa .

Źródło: Szczygieł, D. (2014). Regulacja emocji a dobrostan. Konsekwencje wyprzedzającej i korygującej regulacji emocji. W: R. Derbis i Ł. Baka (red.), *Oblicza jakości życia*, s. 194.

Gross wyróżnia dwie klasy działań które jednostka może podjąć w celu regulacji emocji: są to działania wyprzedzające nastawione na zapobieżenie pojawieniu się reakcji emocjonalnej lub jej zmniejszenie oraz działania korygujące, które dotyczą fazy w której emocja już się pojawiła. Wyszczególnił on następujące strategie regulacji emocji, które używane są w regulacji wyprzedzającej: wybór sytuacji, modyfikacja sytuacji, przekierowanie uwagi, zmiana poznawcza. W regulacji korygującej wyróżnił tylko modulację reakcji emocjonalnej (Gross, 1998b). Te wyróżnione przez niego sposoby regulacji emocji są prototypowe i zachodzą przy udziale procesów świadomych. Oznacza, że odnoszą się do regulacji podmiotowej. Powstaje pytanie czy procesy te mają wpływ na regulację automatyczną? Wg Grossa procesy regulacyjne, które przebiegają z udziałem świadomości z czasem ulegają automatyzacji (Mauss, Bunge i Gross, 2007). Trzeba jednocześnie stwierdzić, że sekwencja reakcji emocjonalnej określona przez Grossa nie będzie zdaniem autora niniejszej pracy dotyczyć afektów pierwotnych, które opierają się na regulacji od początku automatycznej. Raczej dotyczy regulacji emocji wtórnych. Może mieć on jednak rację w tym, że

rozwięnięcie mechanizmów regulacji podmiotowej i ich automatyzacja, może w znaczący sposób wpłynąć na reakcje pierwotne (LeDoux, 2017).

Odpowiedź na postawione na początku tego podrozdziału pytanie nie jest prosta. Bo autorzy nie odnoszą się bezpośrednio do tego w którym momencie procesu regulacji emocji zaczyna się kontrola/samokontrola emocjonalna. Bo jeśli definiować kontrolę emocjonalną szeroko, to jej elementy można zauważyć na każdym etapie procesu emocjonalnego wyróżnionego przez Grossa, bo nie da się przecież regulować czegoś nad czym nie ma się kontroli lub na co nie możemy wpłynąć. Zdaniem autora niniejszej pracy kontrola emocjonalna jest zbiorem odrębnych umiejętności i jednocześnie zbiorem procesów wewnątrz systemu regulacji emocjonalnej, bez których system regulacji emocjonalnej nie funkcjonowałby.

## 2.2. Kontrola emocjonalna a kontrola poznawcza.

W kontroli emocjonalnej biorą udział różne procesy poznawcze zasadne jest zatem przedstawienie tego czym jest kontrola poznawcza i jakie elementy, procesy czy strategie poznawcze biorą udział w procesie kontroli emocjonalnej?

**Kontrola poznawcza** jest zdolnością systemu poznawczego jednostki do nadzorowania i regulowania własnych procesów poznawczych oraz do sterowania ich przebiegiem zgodnie z wyznaczonym celem (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2013). Współczesne koncepcje podkreślają, że kontrola poznawcza składa się z procesów, które ułożone są hierarchicznie w trzy kategorie (Chuderski, 2010). Hierarchia ta ułożona jest od form najslabiej oddziałujących do form oddziałujących najsilniej na zmianę zachowania. Pierwszy poziom odnosi się do **monitorowania**, polegającego na obserwacji istotnych w danej chwili aktywnych podsystemów poznawczych i obserwacji strumienia informacji celem znalezienia błędów w funkcjonowaniu systemu a także wykrywaniu wpływu nowych zmiennych na funkcjonowanie systemu. Drugi poziom odnosi się do **regulacji**, czyli działań zmierzających do przybliżenia działania systemu do stanu wzorcowego lub działań, które zmierzają od oddalenia systemu od stanu niepożądanego. Trzeci poziom odnosi się do **sterowania**, czyli szerokiej modyfikacji działania innego systemu. Modyfikacje te mogą dowolnie zmienić działanie sterowanego systemu.

Jeśli chodzi o kontrolę poznawczą, to najczęściej badanymi jej aspektami są kwestie automatyzacji procesów, hamowania poznawczego oraz funkcji zarządczych. Automatyzacja procesów dotyczy działań, które w efekcie ciągłego ich używania lub trenowania stały się bez wysiłkowe, szybkie i nie wymagające świadomej kontroli. Dzięki temu obniżył się koszt

poznawczy ich wykorzystywania (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2013). Hamowanie natomiast odnosi się do procesu tłumienia niepożądanego w danej chwili reakcji i może wspomagać selekcję informacji, utrudniając dostęp do tych informacji, które są w danym momencie lub kontekście nieistotne. Funkcje zarządcze natomiast stanowią najwyższą formę kontroli poznawczej. Ich celem jest kierowanie zachowaniem. Nie działają one jednak bezpośrednio. Za konkretny typ przetwarzania informacji odpowiadają konkretne podsystemy (np. motoryczny, uwagowy), którym funkcje zarządcze zlecają wykonanie określonych zadań (Nęcka, Orzechowski, Szymura, 2013).

Wysiłki w celu sformułowania pojęcia kontroli poznawczej skupiają się na pokazaniu, że polega ona na nadzorowaniu i regulowaniu przetwarzania poznawczego w celu sterowania działaniem organizmu zgodnie z wyznaczonym celem wewnętrznym. Z kolei definicje kontroli emocjonalnej dotyczą nadzorowania i regulacji odpowiedzi afektywnej organizmu w celu ułatwienia osiągnięcia zamierzonego celu. Definicje te skupiają się więc na tych samych aspektach - monitorowaniu i regulacji umożliwiającej realizację planów. Główną różnicą jest treść przetwarzanych informacji i rodzaj reakcji.

Pojawia się więc pytanie jak kontrola poznawcza uczestniczy w kontroli emocjonalnej czy szerzej w regulacji emocjonalnej?

Zarówno w regulacji emocjonalnej jak i kontroli uczestniczy szereg procesów poznawczych, umożliwiających jednostce wybór danej strategii regulacji emocji, związanych ze spostrzeganiem, uwagą, nadawaniem znaczenia, kategoryzacją, rozwiązywaniem problemów, pamięcią, uczeniem się. Dzieje się tak zarówno wtedy, gdy ten wybór jest świadomy jak i gdy jest nieświadomy (Gross, 1998a; 1998b). Procesy te składają się na określone strategie poznawcze, które wpływają na przetwarzanie emocjonalne. Według Ochsnera i Grossa strategie te skupiają się na kontroli uwagowej lub zmianie poznawczej. Modulacja uwagi wpływa na zmianę pobudzenia emocjonalnego poprzez skupianie się na neutralnym aspekcie bodźca, ignorując przy tym jego aspekt emocjonalny. Regulacja poprzez zmianę poznawczą polega na wybraniu alternatywnej interpretacji znaczenia bodźca lub dokonaniu jego ponownej oceny w celu modulacji (restrukturyzacja poznawcza) lub wywołania innego odczucia (Ochsner, Gross, 2005).

Wszystkie strategie poznawcze zmiernają do wspólnego celu. Jest nim adaptacja emocji lub odpowiedzi emocjonalnej do stanu, który jest pożądanym w określonej chwili i kontekście, jednocześnie sprzyjający osiągnięciu celu wyznaczonego przez jednostkę.

Sposoby regulacji emocjonalnej/kontroli różnią się między sobą konsekwencjami dla systemu poznawczego jak i etapami na których są stosowane. Jest to o tyle istotne, że niektóre strategie przynoszą korzyść krótkoterminowe a inne długoterminowe. Gross twierdzi, że im wcześniej na



etapach procesu emocjonalnego zajdzie ingerencja w ten proces, tym lepiej dla organizmu, gdyż im kontrola zajdzie na wcześniejszym etapie, tym mniej zasobów poznawczych pochłania.

Inną kwestią jest to, że niektóre ze strategii np. behawioralne tłumienie wywiera negatywny wpływ na procesy poznawcze, upośledzając procesy pamięciowe (Gross, 2002). Ponadto jako strategia są częściej stosowane przez osoby z zaburzeniami lękowymi, depresją i PTSD (Eftekhari, Zoellner, Vigil, 2009, za: Hat, 2017).

Kolejny warty uwagi podział używany w dziedzinie kontroli emocjonalnej bazuje na świadomym doświadczeniu regulacji. Jak wiele procesów poznawczych, regulacja emocjonalna również może być wynikiem świadomej decyzji (kontrola *explicite*) lub nieświadomego i automatycznego przetwarzania (kontrola *implicite*). Ciągłe świadome monitorowanie stanów emocjonalnych oraz implementacja procesów kontrolnych wymagałby dużego wysiłku, angażując zbyt wiele zasobów poznawczych. W codziennym życiu znacznie ważniejszą rolę odgrywa automatyczna (czyli *implicite*) kontrola emocjonalna (Gyurak, Gross, Etkin, 2011 za: Hat, 2017), która nie wymaga świadomości zachodzących procesów, dzięki czemu pozwala na modulację przetwarzania już na bardzo wczesnych etapach.

I na koniec tego podrozdziału warto wspomnieć o koncepcji Izarda dotyczącej istnienia struktur kognitywno-afektywnych, które są odpowiedzialne za procesy poznawcze, strategie i mechanizmy kontroli. Według niego wykształcenie tych struktur jest związane ze wzrostem znaczenia procesów poznawczych w rozwoju człowieka i jednocześnie jest skutkiem wzajemnych wpływów na siebie systemów emocjonalnego i poznawczego. Polegają one na istnieniu sprzężenia przyczynowo-skutkowego między oboma systemami. Izard twierdzi, że z każda emocja posiada odpowiadającą jej strukturę poznawczo-afektywną, która zawiera odpowiadające danej emocji reprezentacje zdarzeń emocjonalnych ogólnych i konkretnych. W dzieciństwie struktury te są proste i wymagają takich procesów jak różnicowanie uwagi, pamięć rozpoznawcza, zdolność przypominania. W toku rozwoju człowieka stają się coraz bardziej złożonymi strukturami dzięki reprezentacji werbalnej, wyższym procesom poznawczym i funkcjonują jako element złożonego systemu struktur afektywno – poznawczych (Izard, 2002).

Najważniejszym celem działania tych struktur i procesów kontrolnych jest realizowanie dwóch funkcji regulacyjnych: (1) zapewnienia komunikacji pomiędzy jednym systemem a drugim, (2) monitorowaniu procesu emocjonalnego. Od pierwszej z nich zależy uświadamianie sobie uczuć, pragnień, impulsów i ekspresji emocjonalnej. Natomiast monitorowanie służy modyfikowaniu informacji emocjonalnej na wejściu oraz koordynowaniu systemu emocjonalnego i behawioralnego.

### 2.3. Wybrane koncepcje kontroli emocjonalnej

Prezentowane tu zagadnienie w literaturze tematu w zależności od autora i jego poglądów jest nazywane kontrolą emocjonalną, kontrolą afektu lub samokontrolą emocji. Niemniej jeśli pominąć te różnice terminologiczne czy leksykalne i zagłębić się w znaczenia, które skrywają się za pojęciami, to można dojść do wniosku, że wszystkie one dotyczą tego samego złożonego procesu.

Zdaniem Brzezińskiego gdy autorzy poruszając kwestię kontroli emocjonalnej, to prezentują ją w związku z kwestią dojrzałości emocjonalnej (Brzeziński, 1973). Nie mniej nie należy obu pojęć ze sobą utożsamiać. Nie należy sprowadzać dojrzałości emocjonalnej tylko do kwestii kontroli emocji. Należy ją raczej traktować jako jeden ze aspektów dojrzałej emocjonalności i jej pozytywny składnik (Jersild, 1971; za Brzeziński, 1973)).

Patrząc z innej perspektywy, to w psychologii do przeszłości należy prezentowanie zagadnienia kontroli emocjonalnej wyłącznie w postaci tłumienia czy hamowania aktywności emocjonalnej. Obecnie dominuje stanowisko, że nadmierna kontrola emocji powoduje u człowieka efekty zdrowotne i psychologiczne, które są niepożądane i szkodliwe. Z punktu widzenia zdrowia psychicznego, zbyt duża kontrola emocji jest tak samo niekorzystna jak niedostateczna ich kontrola (Kofta, 1979; Levenson, 1999). Nadmierna kontrola emocji i ich tłumienie oprócz stanów chronicznego napięcia może prowadzić do wystąpienia zaburzeń psychosomatycznych i epizodów tzw. „porwania” emocjonalnego (Goleman, 1997), czyli krótkotrwałych stanów utraty panowania nad sobą (Kofta, 1979).

W rzeczywistości kontrola emocjonalna, która jest prawidłowo wykształcona charakteryzuje się plastycznością umożliwiającą adaptowanie do zmieniających się warunków i reagowanie w sposób zgodny z wolą jednostki (Averill, 1999). Jeśli jednostka nie jest w stanie wyrazić emocji w oczekiwany przez siebie sposób w określonym kontekście sytuacyjnym z powodu zbyt niskiej sztywności, to jest w takim samym stopniu pozbawiona kontroli, co człowiek zupełnie jej pozbawiony, który jest targany silnymi impulsami emocjonalnymi i jednocześnie nie jest w stanie powstrzymać swoich reakcji. Brzeziński (1973) jest zdania, że kontrola emocjonalna jest mechanizmem psychologicznym określającym zdolność jednostki do umiejętnego wyrażania swoich stanów emocjonalnych zależnie od kontekstu sytuacyjnego. Hilgard (1967) natomiast kontrolę emocjonalną rozumie nie tylko poprzez jej funkcję tłumienia emocji, ale także jako akceptowanie przez człowieka swoich reakcji emocjonalnych jako naturalnych i wyrażanie ich w formie akceptowanej przez społeczeństwo. Jednostka o prawidłowej kontroli emocjonalnej, w niektórych kontekstach sytuacyjnych uruchamia proces tłumienia i hamowania własnych emocji a w kontekstach w których nie jest to konieczne pozwala sobie na swobodną ich ekspresję. Tak





rozumiana kontrola spełnia kryterium adaptacyjności i plastyczności (Averill, 1999). Jeszcze obszerniej omawiane tu zagadnienie jest przedstawiane w ramach koncepcji samoregulacji czy regulacji emocjonalnej. Autorzy tych koncepcji poza omawianiem takich procesów jak hamowanie czy modulowanie, regulację emocji rozumieją jako gotowość do przeżywania emocji zarówno przyjemnych jak i nieprzyjemnych a także jako zdolność ich generowania (wzbudzania), wzmacniania lub osłabiania, modyfikowania oraz świadomego angażowania się w nie lub odsuwania ich na bok. Korzystanie z tych mechanizmów zależy od oceny ich aktualnej użyteczności lub wartości informacyjnej. Jednocześnie ich wartość nie jest dezawuowana ani przeceniana (Mayer, Salovey, 1999). Szczytem rozwoju refleksyjnej regulacji emocjonalnej, która jest najbardziej zaawansowaną formą zdolnością w ramach inteligencji emocjonalnej jest rozwinięcie takich zdolności (pod-procesów) jak świadome śledzenie procesu emocjonalnego, ocena i refleksja nad emocjami a także zdolnością do regulowania emocji innych ludzi (Mayer, Salovey, 1999). Człowiek, który rozwinął wysoki poziom zdolności regulacji emocjonalnej, potrafi wpływać nie tylko na własne emocje ale także kierować i zmieniać stany emocjonalne innych ludzi. Wymaga to wysoce rozwiniętej zdolności rozumienia cudzych emocji i wywierania wpływu na nie (Dunn, 1999). Osoba o takich zdolnościach potrafi więc celowo poprawiać samopoczucie drugiej osoby czy jej nastrój. Odnosi się to do funkcji społecznej jaką pełni regulacja emocji i do roli jaką pełni wiedza o emocjach (Eisenberg, Fabes, Losoya, 1999).

Kontrola emocjonalna nie jest procesem jednowymiarowym, posiada wiele aspektów. Jeśli podzielimy proces emocjonalny na części składowe, to regulację emocjonalną określić można jako „procesy kierowania reakcjami rodzącymi się w komponentach poznawczo-doświadczeniowym, zachowaniowo-ekspresyjnym, oraz fizjologiczno-biochemicznym” (Branner, Salovey, 1999, s.291). Tak ujęta kontrola sprowadza się do trzech aspektów emocji, a składnikiem, który człowiek jest w stanie najmniej kontrolować jest aspekt neurofizjologiczny (Izard, 1999), pomimo tego, że istnieją różnorakie techniki nakierowane na zmianę tego komponentu takie jak trening autogenny, relaksacja progresywna, biofeedback (Siek, 1986).

Według Kofty (1979) ważny z punktu widzenia zdrowia psychicznego jest zarówno stosunek odrębnych funkcjonalnie technik kontroli zachowania emocjonalnego jak i kontrola samego procesu emocjonalnego. Działanie na sam proces emocjonalny jest w stanie neutralizować niepożądane efekty opanowania ekspresji emocjonalnej i będące jej skutkiem napięcie (Kofta, 1979). Uważa on również za kluczowe antycypacyjne formy kontroli, pozwalające poprzez kontrolę sytuacji interweniować w reakcję przed wystąpieniem niechcianego stanu a także refleksyjne korzystanie z własnego doświadczenia pozwalające w sposób konstruktywny wykorzystywać własne doświadczenia emocjonalne oraz opanowanie takich sposobów wyrażania emocji, które są



adekwatne (Kofta, 1979). Samokontrolę w jego rozumieniu można ujmować jako mechanizm będący procesem, jako zachowania będące technikami kontroli oraz jako właściwości osobowościowe (Kofta, 1979). *Definiuje on ją jako „inicjowany przez samą jednostkę proces, za pośrednictwem którego osiąga ona zbieżność między własnym zachowaniem a standardami wewnętrznymi (osobistymi) lub zewnętrznymi (nieosobistymi)”* (Kofta, 1979, s. 58). Jego koncepcja samokontroli wyróżnia komponent motywacyjny i sprawnościowy. Zaprezentowane do tej pory kwestie odnośnie kontroli emocjonalnej dotyczyły głównie komponentu sprawnościowego, czyli umiejętności kontrolowania się. Elementy te stanowią składnik inteligencji emocjonalnej i są uwarunkowane jej poziomem. Lecz to, że jednostka jest zdolna coś zrobić nie oznacza jeszcze, że to realizuje. Elementem decydującym o jej poziomie, stosowaniu i efektywności jest czynnik motywacyjny. Kofta (1979) twierdzi, że źródłem motywacji do samokontroli są standardy regulacyjne. Dzieli je on na osobiste, które jednostka uznaje za własne oraz zewnętrzne, które są wymogami społecznymi przynajmniej częściowo zaakceptowanymi przez nią. Oprócz tego wyróżnia również standardy behawioralne i emocjonalne. Z powodu tego, że zajmujemy się tu kontrolą emocjonalną, rozważyć należy rolę standardów emocjonalnych. Dotyczą one emocji pożądanych i niepożądanych a także ich natężenia. Zasadniczym ich zadaniem jest dostarczanie jednostce wewnętrznego układu odniesienia dla przebiegających w człowieku procesów afektywnych. W sytuacji gdy jednostka zauważy niezgodność ze standardami, to uruchamia procesy samokontroli adekwatne do konkretnej sytuacji i rozmiaru owej rozbieżności (Kofta, 1979).

Istotna w związku z tym jest jakość i rodzaj standardów dotyczących emocjonalnej kontroli jakie jednostka nabywa i zinterioryzuje w procesie dojrzewania emocjonalnego, bo to z ich powodu będzie inicjować działania kontrolne. Z kolei kontrola emocjonalna rozumiana jako cecha osobowości stanowi pewną tendencję osobowościową do panowania nad swoimi emocjami uwarunkowaną z jednej strony przez jej zdolność do regulowania emocji (aspekt sprawności zależny od poziomu inteligencji emocjonalnej) a z drugiej uwarunkowaną zinterioryzowanymi standardami emocjonalnymi (aspekt motywacyjny). Tym co wpływa na rozwój w jednostce standardów motywacyjnych w aspekcie kontroli emocji są czynniki społeczno-kulturowe. Wpływają one na proces internalizowania przez jednostkę różnych norm i wzorców emocjonalności, które kultura i społeczeństwo podsuwa jednostce w procesie socjalizacji i wychowania (Brzeziński, 1973; Kofta, 1979).

Różni autorzy podkreślają również rolę jaką w procesie kontroli emocjonalnej pełni samoświadomość (Kofa, 1979; Goleman 1997). Ma to głęboki sens, ponieważ aby móc kontrolować swoje emocje trzeba co najmniej w pewnym stopniu mieć świadomość ich pojawiania się i istnienia (Maczak, 1998). Kontrola jest możliwa gdy istnieje obiekt kontrolowany i gdy



uzyskamy pewien dystans do własnych impulsów, potrzebny do spojrzenia z perspektywy obserwującego, a do tego potrzebna jest świadomość (samoświadomość)(Obuchowski, 1985). Zatem podsuwa to wniosek, że im pełniej rozwinięta jest świadomość emocji, tym bardziej efektywna będzie kontrola emocjonalna i bardziej adekwatne jej stosowanie. Jednak zawsze będzie istnieć w człowieku w obszarze emocji jakaś przestrzeń nieświadoma, jungowski Cień. Więc większa świadomość własnych emocji jest dążeniem i drogą do celu, którego nigdy nie osiągniemy w pełni. Z drugiej strony deficyt w obszarze świadomości własnych emocji i w związku z tym niepełne ich doświadczanie oraz co częste w takiej sytuacji permanentna kontrola emocji i brak ich ekspresji, owocują wystąpieniem takich wtórnych efektów jak: kumulacja napięcia emocjonalnego, dominacja emocji negatywnych czy niska odporność na stres (Maruszewski, Ścigała, 1998).

Istnieje istotna różnica między doświadczaniem emocji a ich świadomością, z punktu widzenia kontroli emocjonalnej. Człowiek nie jest w stanie nie doświadczać/przeżywać własnych emocji, może jednak w różnym stopniu je sobie uświadamiać. Doświadczanie emocji nie wymaga udziału procesów poznawczych, może ale nie musi być zidentyfikowane przez świadomość i przetwarzane przy udziale tychże procesów. Wg Izarda (1999) emocje są doświadczeniem niezależnym od procesu poznania. Nasuwa więc to wniosek, że doświadczanie emocji jest niezwiązane z użyciem procesów poznawczych, natomiast pełne uświadomienie sobie własnych emocji jest niemożliwe bez użycia wyższych procesów poznawczych (LeDoux, Phelps, 2005).

Pomimo iż podkreślana jest tu rola świadomości i procesów poznawczych w kontroli emocjonalnej, to jednocześnie same procesy w wyniku których emocje powstają są często nieświadome (LeDoux, 2000, 2017). LeDoux twierdzi, że za procesem emocjonalnego przetwarzania informacji stoi nieświadoma ocena istotności bodźca, która jest podstawą ekspresji emocji jak i procesu jej doświadczania. Biologicznie odpowiedzialnym za ten proces jest połączenie pomiędzy ciałem migdałowatym a wzgórzem (droga dolna). Zatem w części emocje powstają zupełnie automatycznie i nieświadomie (Damasio, 2000). Natomiast uświadomienie sobie emocji z wykorzystaniem procesów poznawczych, jest w stanie zmodyfikować emocje, wpływając na ich przebieg, treść. Jednak w gdy dotyczy to afektów pierwotnych to człowiek doświadcza emocji sposób całościowy/zlany i tylko przy niewielkim udziale procesów świadomych (Zajonc, 1999). Koresponduje to z twierdzeniami innych autorów, że znacząca część życia emocjonalnego ma niezwerbalizowany (Dollard, Miller, 1969), przed-pojęciowy i globalny charakter, a więc jest w znacznej mierze przedświadoma (Freud, 1984). Wynika z tego następujący wniosek, że jeśli chodzi o kontrolę emocjonalną to człowiek ma znikomą możliwość kontrolowania afektu pierwotnego (reakcje automatyczne i mimowolne), natomiast jeśli chodzi o reakcje emocjonalne (afekty wtórne),

które tworzone są przy udziale złożonych procesów poznawczych, to je człowiek może w znacznym stopniu kontrolować (Damasio, 2000).

Z rozważań tych jasno wynika, że kontrola emocjonalna, dotyczy bardziej afektów wtórnych i ma charakter w znacznym stopniu poznawczy. Jest tak dlatego, że to właśnie mechanizmy poznawcze regulują, przebieg, natężenie czy jakość procesów emocjonalnych (Reykowski, 1975).

Z drugiej jednak strony Kofta (1979) zwraca uwagę że część ludzkiego życia emocjonalnego wymyka się procesom regulacji jednocześnie stając się elementem systemu regulacyjnego nadzorującego sferę afektywno-popędową. Ulega ona w pewnym sensie wyłączeniu z freudowskiego id i wchłonięciu przez struktury superego i ego (Kofta, 1979). Odnosi się to do tzw. emocji kontrolujących takich jak lęk, wstyd i poczucie winy. Emocje te biorą czynny udział w kontroli procesów emocjonalnych i zachowań. Sygnalizują one jednostce, że przekroczyła lub dopiero zamierza przekroczyć jakieś obowiązujące standardy oraz pełnią funkcję motywacyjną do podjęcia czynności korygujących. Te mechanizmy korygujące rozwijają się wraz z rozwojem osobowości. Ich ewolucja polega na stopniowym przechodzeniu od układu kontroli zewnętrznej, motywowanego lękiem przed karą do układu kontroli wewnętrznej (samokontroli), napędzanego poczuciem winy (Jakubik, 1975).

Podsumowując kontrola emocjonalna jest zjawiskiem złożonym, może przybierać różne formy i bazować zarówno na mechanizmach poznawczych jak i emocjonalnych. Przebiega na różnych poziomach szeroko ujmowanej świadomości. Zachowania kontrolowane są zarówno przez świadomą i nieświadomą część układu samokontroli (Jakubik, 1975; Kępiński, 2012, Freud, 1984). Kontrola emocjonalna przebiega również na poziomie automatycznej regulacji, którą zawiadują struktury nieświadome a niewłaściwe formy zachowania czy reakcji są niwelowane przez nawyki afektywne czy odruchy emocjonalne rejestrowane w ciele migdałowatym (LeDoux, 2000, 2017).

Warto wspomnieć o jeszcze jednym elemencie całej układanki dotyczącej kontroli emocjonalnej, o mechanizmach obronnych. W pewnym sensie pełnią one również funkcję kontrolną emocji, gdyż pozwalają na nieświadomą kontrolę nieakceptowanych emocji i ich ekspresji.

Podsumowując wywód, wykształcenie prawidłowego mechanizmu kontroli emocjonalnej, jest zależne od wielu czynników. Najważniejszy jednak wniosek dotyczy tego, że rozwój kontroli emocjonalnej jest zależny zarówno od odpowiedniego rozwoju struktur poznawczych jak i emocjonalnych a także to, że żaden z tych systemów nie dominuje nad drugim.



## 2.4. Neuronalne aspekty kontroli emocjonalnej

Podjmując próbę opisanie neuronalnych procesów związanych z kontrolą emocjonalną, nie sposób nie wrócić do opisanych w rozdziale I kwestii, związanych z powstawaniem lęku. Te same mechanizmy opisane w koncepcji takich badaczy jak LeDoux i Damasio, dotyczące takich uczuć jak lęk czy strach, dotyczą również innych emocji. W związku z tym, zagadnienia te zostaną tu powtórnie przedstawione tym razem w kontekście kontroli emocjonalnej.

Jak wspomniano wyżej LeDoux (2000, 2017), tłumaczy mechanizm powstawania emocji istnieniem dwóch ścieżek neuronalnych powiązanych z ciałem migdałowatym, które inicjują początek reakcji emocjonalnej. Dotyczy to zarówno emocji określanych jako negatywne jak i tych pozytywnych (Davidson i Irwin, 1999; Davidson, Jackson i Kalin, 2000, za: Kobylińska, 2007). Pierwsza z tych ścieżek nazwana jest drogą dolną (szybką) i przebiega ze wzgórza do ciała migdałowatego i prawego płata kory oczodołowo-czołowej (LeDoux, 2000, 2017; Arden, 2017, Kobylińska 2007). A druga, nazywana drogą górną prowadzi ze wzgórza, do kory asocjacyjnej i dopiero stamtąd do ciała migdałowatego. Sygnał przenoszony przez obie ścieżki trafia w końcu do jąder bocznych ciała migdałowatego (właściwie ciał migdałowatych). Dalej impuls biegnie do wewnątrz ciała migdałowatego do jądra środkowego, które uruchamia reakcję afektywną dotyczącą różnych emocji (Herzyk, 1999). Do tego modelu nawiązuje również koncepcja opisująca regulację emocji wg Ochsnera i Grossa (2007, za: Leachy i in., 2014). Koncepcja ta pierwszą ścieżkę regulacji emocji nazywają oddolną a drugą odgórną. Istotne dla rozróżnienia obu ścieżek, jest to, że szybka ścieżka jest krótsza i umożliwia ocenę bodźca i uruchomienie reakcji emocjonalnej natychmiast, bez poznawczej oceny bodźca. Stanowi to pewien mechanizm w który wyposażyła nas ewolucja, byśmy szybko, gdy to konieczne reagowali na zagrożenie. Na ścieżce górnej działa szereg procesów poznawczych takich jak procesy uwagowe czy procesy nadawania znaczenia. Emocję powstałą na ścieżce dolnej nazywamy afektem pierwotnym a emocję powstałą w efekcie przetworzenia poznawczego na ścieżce górnej afektem wtórnym (Jarymowicz, 1997). Model ten opisuje dwa sposoby w jakie powstają emocje. Jednak często jest tak, że reakcje emocjonalne generowane na ścieżce szybkiej, są fałszywymi alarmami, bądź są nieadekwatne do sytuacji. Co się wtedy dzieje? Mechanizmy poznawcze biorące udział w procesie kontroli emocjonalnej poprzez procesy poznawcze doprowadzają do reinterpretacji bodźca, co skutkuje uruchomieniem reakcji hamowania w zetknięciu z konkretnym bodźcem. Procesy i etapy które zachodzą przy reinterpretacji bodźca to: zarejestrowanie bodźca przez system uwagowy, przetworzenie bodźca na

etapie elaboracji, nadanie znaczenia (Ligęza, 2018). Ale jakie struktury neuronalne odpowiadają za ten proces? Jeśli chodzi o mechanizmy kontroli poznawczej współdziałające w egzekwowaniu kontroli emocjonalnej to mechanizm poznawczej reinterpretacji jest najlepiej zbadany (Ligęza, 2018).

W przypadku mechanizmu poznawczej reinterpretacji po stronie układu neurologicznego w całym procesie biorą udział grzbietowo-boczna kora przedczołowa (DLPFC), kora przedniego zakrętu obręczy (ACC) oraz boczno-brzuszną kora przedczołowa. Oprócz tego zmienia się sposób aktywacji struktur ciała takich jak: ciało migdałowe, brzuszne prążkowia, kora wyspy (insula), a także kora oczodołowa (OFC) (Buhle i in., 2013; Delgado, Nearing, LeDoux i Phelps, 2008; Etkin, Egner i Kalisch, 2011; Ochsner i in., 2012, za: Ligęza, 2018, Arden, 2017).

W związku z tym, że płaty kory przedczołowej (DLPFC, ACC, VLPFC) odpowiadają za różne funkcje, pełnią one odmienną rolę w mechanizmie działania reinterpretacji poznawczej. DLPFC stanowi obszar odpowiedzialny za procesy kontrolno-poznawcze, takie jak np. hamowanie reakcji, rozumowanie, pamięć roboczą, mechanizm selektywnej uwagi (Ligęza i Wyczesany, 2017, za: Ligęza, 2018). Wielu badaczy uważa, DLPFC za najważniejszy obszar mózgu umożliwiający reinterpretację poznawczą, ponieważ znaczna część procesów (rozumowanie, selektywna uwaga, wykorzystanie pamięci roboczej), które zachodzą w jej trakcie odpowiada tej części mózgu (Ligęza, 2018). Następną jeśli chodzi o ważność strukturą naszego mózgu jest ACC, która odpowiada za nadzór nad skutecznością procesów poznawczych. Pozwala ona kontrolować jakość procesu reinterpretacji (Botvinick, Cohen i Carter, 2004, za: Ligęza, 2018). Kolejną istotną strukturą jest VLPFC, która zawiaduje selekcją i wdrażaniem reakcji (pobudzania) zgodnych z celem oraz hamowaniem reakcji niezgodnych z nim, które się automatycznie narzucają. (Badre i Wagner, 2007; Thompson-Schill, Bedny i Goldberg, 2005, za: Ligęza, 2018).

Z kolei Arden (2017) podkreśla w procesie hamowania reakcji udział konkretnie lewej grzbietowo-bocznej kory oczodołowo-czołowej L-DLPFC, a także udział lewej kory oczodołowo-czołowej (L-OFC), która to zawiaduje między innymi pamięcią epizodyczną i autobiograficzną oraz rolę w całym procesie hipokampu. Opisując proces poznawczego hamowania, opisuje on proces dostarczania przez L-OFC istotnych informacji do L-DLPFC, o tym czy jednostka posiada już doświadczenie i poradziła sobie z podobnym bodźcem w przeszłości. Następnie informacja zwrotna wędruje do hipokampu, który poprzez wydzielanie neuroprzekaźników hamuje aktywność ciała migdałowego lub tego nie robi.

Warto również w tym miejscu poruszyć ponownie kwestię kontroli emocjonalnej automatycznej i refleksyjnej, korzystającej z procesów poznawczych i ich wzajemnego oddziaływania. Badacze stoją na stanowisku, że kontrola automatyczna i jawna, wzajemnie na siebie

oddziaływają (Izard, 2002; Ochsner, Gross, 2005). A stosowanie strategii poznawczej reinterpretacji, powoduje na początku, duże zaangażowanie zasobów poznawczych (kontrola jawna), jednak z czasem reakcja kontroli zaczyna się automatyzować, zmniejszając koszty poznawcze kontroli (Gross, 2002). W końcu reakcja kontrolna staje się zupełnie automatyczna i nieświadoma. Gdy procesy poznawcze, biorące udział w kontroli emocjonalnej staną się zupełnie automatyczne, to oznacza że struktury poznawcze stworzyły osobną kategorię/klasę bodźców zbliżonych do bodźca emotogennego, która automatycznie, bez udziału świadomości i przy aktywowaniu niewielkich zasobów poznawczych jest przetwarzana, oceniana jako niezagrażająca i automatycznie też uruchamiana jest reakcja hamowania (wnioski własne).

Podsumowując, neuronalne aspekty kontroli emocjonalnej, w oparciu najnowszą literaturę, można stwierdzić, że zachodzi ona zarówno na drodze świadomej kontroli z wykorzystaniem procesów jak i na drodze nieświadomej oddolnej kontroli emocjonalnej.

## 2.5. Koncepcja kontroli emocjonalnej Jerzego Brzezińskiego

Koncepcja kontroli emocjonalnej Brzezińskiego (1974) wyróżnia następujące ogniwa w jakich przebiega proces emocjonalny: (1) spostrzeżenie oraz interpretacja sytuacji emotogennej; (2) ośrodkowy proces emocjonalny, który przebiega po torach fizjologicznym i motywacyjnym; (3) działanie pod wpływem emocji, które posiada aspekty kierunkowo-sprawnościowy i ekspresyjny. Ujęcie zagadnienia emocji w ten sposób pozwala spojrzeć na nie jako na proces a także pozwala na wyodrębnienie takich aspektów kontroli emocjonalnej jak kontrola sytuacji, kontrola procesów wewnętrznych, kontrola fizjologiczna, kontrola ekspresji i zachowania emocjonalnego. Z tego względu istotna jest zarówno pełna struktura kontroli emocjonalnej jak i funkcje poszczególnych jej wymiarów.

Koncepcja kontroli emocjonalnej Jerzego Brzezińskiego nie jest może koncepcją nową bo ma już prawie 50 lat. Niemniej współcześni autorzy różnego rodzaju testów psychologicznych czy zespoły zajmujące się adaptacją testów często odnoszą się do tej koncepcji i kwestionariusza zbudowanego w oparciu nią. Ponieważ w niniejszej pracy zostanie wykorzystany ten kwestionariusz, zasadne jest przedstawienie tej koncepcji w szerszy sposób.

Definicja kontroli emocjonalnej Brzezińskiego jest ściśle powiązana z pojęciem dojrzałości emocjonalnej (1973). Uważał on, że kontrola emocjonalna rozwija się wraz z dojrzewaniem emocjonalnym. Wychodząc od pojęcia dojrzałości emocjonalnej, oparł się on na dwóch sposobach jej rozumienia. Pierwszy definiuje dojrzałość, z punktu widzenia warunków koniecznych, których



wystąpienie w osobowości usposabia jednostkę w zdolność kontrolowania własnych zachowań. Drugi definiuje dojrzałość emocjonalną jako wynik rozwoju emocjonalnego jednostki, dokonującego się przez całe życie. Jest to pewien stan osobowości pozwalający jednostce adekwatnie przeżywać swoje emocje (Jersild, 1971, za Brzeziński, 1973). Oprócz tych dwóch sposobów rozumienia dojrzałości emocjonalnej Brzeziński oparł się przy formułowania własnej definicji na koncepcjach trzech innych autorów (Richards, Hilgard, Lewicki). Richards rozumiał kontrolę emocjonalną jako proces uspołecznienia lub proces kształtowania się dojrzałości emocjonalnej, w toku którego jednostka redukuje niepożądane zachowania emocjonalne na rzecz zachowań zgodnych z wymogami otoczenia i sytuacji (Richards, 1946, za: Brzeziński, 1973). Z kolei Hilgard rozumiał kontrolę emocjonalną nie tylko poprzez jej funkcję tłumienia emocji, ale także jako akceptowanie przez człowieka swoich reakcji emocjonalnych jako naturalnych i wyrażanie ich w formie akceptowalnej dla społeczeństwa (Hilgard, 1967). Trzecią teorią, która pomogła Brzezińskiemu w sformułowaniu własnej koncepcji kontroli emocjonalnej jest koncepcja *samorealizacji Lewickiego*. Lewicki (1969, za: Brzeziński, 1973) zaproponował takie ujęcie osobowości, w którym samorealizacja jest funkcją umysłową i kontrolującą. Sprawuje ona kontrolę na procesami wewnętrznymi oraz działaniami i zachowaniami człowieka. Aspekt funkcji kontrolnej samorealizacji pojawia się już przed rozpoczęciem działania (rola antycypacyjna), trwa w trakcie działania i również po jego zakończeniu (rola retrospekcyjna). Bazując na tych definicjach dotyczących dojrzałości emocjonalnej i kontroli, Brzeziński sformułował własną definicję kontroli emocjonalnej. Wg niego *kontrolę emocjonalną można potraktować jako pewien mechanizm psychologiczny, który wykształca się w toku jej rozwoju, w wyniku procesów socjalizacji i wychowania. Jednostka o dobrej kontroli emocjonalnej, to jednostka zdolna do umiejętnego wyrażania swoich stanów emocjonalnych w zależności od kontekstu sytuacyjnego* (Brzeziński, 1973, s.102). Podkreśla on, że odpowiednio ukształtowana kontrola emocjonalna pozwala jednostce zachowywać się w sposób plastyczny i adaptować się płynnie do niezmiennącej się sytuacji, dobierając adekwatne do kontekstu sytuacyjnego sposoby zachowania i ekspresji emocji. Czasami oznacza to stłumienie swoich emocji a w innym kontekście swobodną ich ekspresją. Proces rozwoju kontroli emocjonalnej jest wg niego ściśle powiązany z procesem wzrastania jednostki w określonej kulturze i stopniowym internalizowaniem przez nią wzorców kulturowych (Brzeziński, 1973). Jest to konieczny warunek do prawidłowego rozwoju i integracji osobowości. Wg niego kontrola emocjonalna kształtuje się u człowieka pod wpływem 3 grup czynników:

1) *właściwości ośrodkowego i autonomicznego układu nerwowego czyli czynników konstytucjonalnych;*





2) *wyuczonych postaw i reakcji emocjonalnych, które jednostka nabywa w toku rozwoju osobniczego;*

3) *wzorców i norm kulturowych czyli tych właściwości środowiska kulturowego, które decydują o ważności określonego typu zachowań emocjonalnych jednostki (Brzeziński, 1973, s.102-103).*

Jednocześnie Brzeziński podkreśla, że nie ma sensu poruszać problemu kontroli emocjonalnej poza kontekstem konkretnej kultury, w której wyrasta jednostka. Kontrola emocjonalna wykształca się w odniesieniu do niej i tylko w jej kontekście może być adekwatna. Akcentuje również potrzebę prezentowania rozwijającej się jednostce wartościowych wzorców osobowych ze względu na proces modelowania (Brzeziński, 1973).

W ramach swojej koncepcji kontroli emocjonalnej określił on również schemat przebiegu procesu emocjonalnego. W schemacie tym proces ten przebiega w trzech ogniwach:

1. *Spostrzeżenie i interpretacja sytuacji emotogenicznej*
2. *Właściwy ośrodkowy proces emocjonalny przebiegający po dwóch torach: fizjologicznym i motywacyjnym*
3. *Działanie pod wpływem danej emocji. W działaniu tym wyróżniam:*
  - a) *aspekt kierunkowo-sprawnościowy*
  - b) *aspekt ekspresyjny (Brzeziński, 1974, s.3)*

W myśl koncepcji tego procesu, najpierw aktywują się procesy uwagowe i poznawcza ocena sytuacji, w efekcie której następuje reakcja po stronie układu nerwowego, jednocześnie włączają się procesy motywacyjne popychające jednostkę w kierunku określonego działania. Następnie rozpoczyna się działanie i ekspresja emocji.

Wg Brzezińskiego kontrola emocjonalna u poszczególnych jednostek nie działa z równą siłą we wszystkich ogniwach procesu emocjonalnego. By zmierzyć jej siłę stworzył on Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej, który mierzy kontrolę emocjonalną na poszczególnych ogniwach procesu emocjonalnego. Charakterystyka tego kwestionariusza zostanie przedstawiona w dalszej części niniejszej pracy.



## ROZDZIAŁ 3. HIPNOZA I HIPNOTERAPIA-WYBRANE KONCEPCJE

*Jest tak wiele definicji hipnozy, jak wielu jest ją definiujących* (Kroger, 1977, s.26).

*To, jaką koncepcją hipnozy się przyjmuje, w sposób zasadniczy implikuje jej potencjalne zastosowanie* (Yapko, 2000, s.36).

Dwa powyższe cytaty, które wypłynęły spod piór niewątpliwych autorytetów praktycznych jak i naukowych w dziedzinie hipnozy, tworzą pewną ramę odniesienia, która będzie istotna w całym tym rozdziale. Rama ta wyznacza przestrzeń, w której będziemy się poruszać próbując rozwikłać zagadkę tego, czym jest hipnoza. Dwa powyższe cytaty wskazują na to, że ich autorzy pojęli podobny trud, jakiego podejmuje się tekst niniejszego rozdziału. Trud określenia i zdefiniowania pojęcia hipnozy. Rama jednak, jasno wskazuje na to, że hipnoza jest zjawiskiem złożonym, wieloaspektowym, nie dającym się do końca zamknąć definicją, w formie jednego czy dwóch zdań. Druga kwestia na którą wskazuje rama odniesienia to, to że różne definicje przednaukowe i naukowe, której na jej temat sformułowano, zazwyczaj były mocno redukcjonistyczne, przede wszystkim ze względu na paradygmat reprezentowany przez badającego. Jednocześnie przyjęta perspektywa badającego, w znaczny sposób wpływała na wyznaczony obszar i sposób praktykowania hipnozy. W związku z powyższym w niniejszym rozdziale zostanie przeprowadzony przegląd sposobów definiowania hipnozy w literaturze tematu, następnie zostaną zaprezentowane szerzej najważniejsze koncepcje teoretyczne dotyczące hipnozy. Następnie zostanie przedstawiona koncepcja hipnozy autora niniejszej pracy mająca charakter syntetyczno-integrujący.

### 3.1. Kwestie terminologiczne -sposoby definiowania hipnozy

W niniejszym podrozdziale przedstawionych zostanie szereg sposobów definiowania hipnozy a także klasyczne podziały tych koncepcji jakie można znaleźć w literaturze tematu.

Pierwszym i najbardziej rozpowszechnionym sposobem definiowania hipnozy jest ujmowanie jej w ramach różnych koncepcji **dysocjacji osobowości**. Najważniejszym założeniem tych koncepcji jest istnienie w ramach osobowości i umysłu wielu podsystemów, które w normalnych okolicznościach zarządzane są przez centralną strukturę kontrolną. W czasie hipnozy te podsystemy, które są w normalnym stanie świadomości zintegrowane ulegają rozdzieleniu i na

różnym poziomie są zdolne do niezależnego i wielopoziomowego reagowania na sugestie hipnotyzera (Hilgard, 1977, 1979, 1986, 1991, za: Yapko, 2000; Hilgard, 1994).

Drugim sposobem definiowania hipnozy jest traktowanie jej jako zjawiska **regresji psychologicznej**. To oczywiście koncepcje związane z psychoanalizą. Konkretnie zawdzięczamy je Frommowi. Wg niej hipnoza jest rodzajem regresji psychologicznej, w czasie której uruchamiają się bardziej prymitywne procesy myślenia pierwotnego i nasilają się zjawiska przeniesienia dotyczące hipnotyzera, jako osoby o rodzicielskim autorytecie (Fromm, 1992, za: Yapko, 2000)

Trzecim sposobem definiowania hipnozy jest koncepcja określająca ją jako **relaksację**. W jej ramach uważa się, że relaksacja jest źródłem hipnozy i zjawisk hipnotycznych takich jak regresja czy dysocjacja (Edmonston, 1977, 1981, 1991, za: Yapko, 2000).

Czwartym sposobem jej definiowania jest podejście zakładające, że jest ona **zjawiskiem o charakterze społeczno-poznawczym**. W podejściu tym nie uważa jej się za wyjątkowe doznanie. Określa się ją zamiast tego, jako element pewnego kontekstu społecznego. W kontekście tym występujące zachowania osób w nim uczestniczących i przejawiające się określone reakcje nazywane hipnotycznymi jako wyłączny elementem tego kontekstu (Kirsh, 1991; Spanos, 1991a, 1991b; Wagstaff, 1991, za: Yapko, 2000).

Piątym sposobem definiowania hipnozy jest podejście, w którym określana jest jako **stan przyzwolenia**. Podstawą jej utworzenia było, przeważające w okresie jej formułowania autorytarne podejście do hipnozy większości klinicystów. W jej ramach zakłada się, że hipnoza jest wynikiem podporządkowania swojej woli i doznań kontroli prowadzącego. W takim ujęciu pacjent jest biernym odbiorcą autorytarnych sugestii klinicysty (Weitzenhoffer, 1989, za: Yapko, 2000).

Szóstym sposobem jej definiowania jest mechanizm **odgrywania ról**. Powstała ona w latach 70-ty pod wpływem wątpliwości co do istnienia stanu zwanego hipnozą. Zakłada, że w związku z brakiem przekonujących dowodów na istnienie stanu hipnozy, należy przyjąć że stan hipnozy nie istnieje. Zamiast tego przyjęli założenie, że jest to doświadczenie ze wszech miar subiektywne i zachodzi tylko wtedy, gdy ktoś zgadza się na odegranie pewnej roli. Czyli zakłada ona, że podmiot doświadczający hipnozy nie eksploruje odmiennego od normalnego stanu świadomości a jedynie jak marionetka odgrywa przypisaną mu rolę jak w teatrze (Coe, Sarbin, 1991; Sarbin, Coe, 1972, za: Yapko, 2000).

Sposobem nr 7 jest definiowanie hipnozy jako **odmiennego** od stanu czuwania i snu stanu **stanu świadomości**. W ramach tej koncepcji uznaje się hipnozę za stan sztucznie wywoływany w procesie indukcji. Stan ten zwraca uwagę osoby hipnotyzowanej do konkretnych sugestii i zmienia jej fenomenologiczny sposób doświadczania rzeczywistości. W ramach tego podejścia powstały, też koncepcje wg których hipnoza jest stanem, nie tylko wywoływanym sztucznie, ale jest stanem

naturalistycznym, przydarzającym się ludziom spontanicznie wielokrotnie podczas codziennej aktywności (Fromm, 1992; Tart, 1969; Erickson, Rossi, 1979; Zeig, 1991, za: Yapko, 2000).

Ósmy sposób ujmowania definicji hipnozy, to **spojrzenie na nią pod kątem analizy rzeczywistości**. Zwolennicy tej teorii podkreślają, że hipnoza jest stanem, w którym następuje zawieszenie lub ograniczenie przebiegającego w normalnym stanie świadomości procesu testowania rzeczywistości. Zawieszeniu na czas przebywania w stanie hipnozy podlega mechanizm sprzężenia zwrotnego ze światem, gdyż jednostka koncentruje się wyłącznie na świecie wewnętrznych przeżyć. Zawieszenie owego mechanizmu obiektywnego testowania rzeczywistości umożliwia zaakceptowanie każdej rzeczywistości. Tak sugerowana rzeczywistość z kolei określa jakość reakcji emocjonalnych i behawioralnych (Lynn, Rhue, 1991; Shor, 1959, za: Yapko, 2000).

Dziewiątym sposobem definiowania hipnozy jest odejście, które zawdzięczamy twórcom NLP, według których **słowa i doznania są bodźcami, które wywołują reakcję warunkową**. Zakłada ono, że stan hipnotyczny jest efektem komunikacji i takiego używania języka, które łączy słowa w neuroasocjacje z konkretnymi doznaniem. Co z kolei, tworzy reakcję warunkową. Opierając się jednocześnie na procesie komunikacji, w którym prowadzący daje sugestie o charakterze ogólnym a pacjent ze względu na swoją indywidualność wypełnia ją znaczeniowo treścią (Bandler, Grinder, 1975, 1979; Grinder, Bandler, 1976; Lankton, 1979, za: Yapko, 2000).

Dziesiąty sposób definiowania hipnozy to, hipnoza jako **wynik wzajemnego oddziaływania**. W klasycznym spojrzeniu na hipnozę relacja terapeutyczna ma charakter hierarchiczny, w którym klinicysta jest dyrektywny i pacjent posłusznie podąża za sugestiami, będąc pasywnym. W podejściu interakcyjnym jednak tak relacja ma inny charakter. Jest relacją w której obie strony wzajemnie na siebie reagują, są partnerami a odpowiedzialność za wynik terapeutyczny leży po obu stronach. W podejściu tym hipnoza jest stanem i procesem wielopoziomowej komunikacji, zarówno werbalnej i niewerbalnej pomiędzy obiema stronami tego procesu (Erickson, Rossi, 1979; Erickson, Rossi, Rossi, 1976; Zeig, 1991, za: Yapko, 2000).

Ostatnim z wymienionych sposobów definiowania hipnozy jest **podejście biologiczne**. Opiera się ono na teorii o biologicznej podstawie hipnozy lub predyspozycji do niej autorstwa Herberta i Davida Spiegl-ów (1987, za Yapko, 2000). W jej ramach zakłada się, że za stan hipnozy odpowiada naturalny i naprzemienny cykl skupiania uwagi i odpężania, który fizjologicznie występuje co 90-150 minut i nazwany jest rytmem ultra-dobowym. Teorię tę rozwijał na następnie Ernest Rossi, uczeń Milтона Ericksona (Rossi, 1982, 1991, za: Yapko, 2003). W ramach tego sposobu definiowania hipnozy powstało stanowisko, że hipnoza to rezultat asymetrii funkcjonalnej półkul mózgowych. W myśl, którego w trakcie hipnozy następuje zmniejszenie aktywności lewej

półkuli mózgu, która odpowiada za racjonalne myślenie i narzucenie dominacji półkuli prawej (Watzlawick, 1978, za: Yapko, 2000).

Wymienione tutaj sposoby ujmowania są w pewnym sensie kryteriami porządkującymi różne konkretne definicje hipnozy. Niektóre definicje, spełniają nie jedno ale kilka z w/w kryteriów. Tradycyjne są one prezentowane wg podziału na koncepcje **transowe-nietransowe**, czyli takie które zakładają, że hipnoza jest stanem i takie które twierdzą, że nim nie jest. W tym sensie np. definicja sformułowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne w 2014 roku stwierdzająca, że hipnoza to *stan świadomości z udziałem skoncentrowanej uwagi i zmniejszoną percepcją bodźców peryferyjnych, który charakteryzuje się zwiększoną zdolnością reakcji na sugestie* (Elkins, Barabasz, Council, Spiegel, 2015) należy zaliczyć do kategorii definicji transowych. Również definicję Hilgarda należy zaliczyć do kategorii transowych i jednocześnie teorii dysocjacyjnych mówi ona, że *hipnoza jest stanem zdysocjowanej świadomości. W stanie hipnotycznym zachodzi rozłączenie pomiędzy świadomymi i podświadomymi procesami mentalnymi, co pozwala na łatwiejszy dostęp do podświadomości i przyjmowanie przez nią sugestii.* (Hilgard, 1977, za: Yapko, 2003, s.11-12). Natomiast definicja Shora należy do kategorii definicji nie transowych i jednocześnie teorii ujmujących ją jako rolę oraz testowanie rzeczywistości. Zgodnie z tą definicją hipnoza *jest efektem specjalnej orientacji na zadania z towarzyszącym jej załamaniem lub dobrowolną rezygnacją z orientacji na rzeczywistość, tak że ta pierwsza funkcjonuje w względnej izolacji od ogólnego zbioru doświadczeń życiowych* (Shor, 1969, za: Waxman, 1989, s.30). Aby nie cytować tu wszystkich istniejących definicji hipnozy w tabeli poniżej zostali przedstawieni autorzy najistotniejszy z nich z uwzględnieniem podziału na transowe i nietransowe.

Tabela 4

*Podział definicji i ich autorów wg kryterium Transowe-Nietransowe*

Definicje transowe	Definicje nie transowe
<ul style="list-style-type: none"> <li>• E. Hilgard (neodysocjacyjna)</li> <li>• M. Erickson ( stan i proces komunikacyjny)</li> <li>• Edmonton (relaksacja)</li> <li>• T.Orne (odmienny stan)</li> <li>• E.Fromm (regresja w służbie ego)</li> <li>• J. Braid (sen nerwowy)</li> <li>• Bandler i Grinder (Słowa i doznania...)</li> <li>• Spiegel i Spiegel (biologiczne)</li> <li>• Rossi (biologiczne-rytm dobowy)</li> <li>• P.C. Young (odmienny stan)</li> <li>• C.L.Hull (odmienny stan)</li> <li>• W. Meinhold (odmienny stan)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T.X. Barbera (beh.-poznawcza)</li> <li>• R. E. Shora (rola i testowanie rzeczywistości)</li> <li>• Spanos (społeczno-poznawcza)</li> <li>• Sarbin i Coe (rola)</li> <li>• Weitzenhoffer (stan przyzwolenia)</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy całości literatury dotyczącej hipnozy wykorzystanej w niniejszym opracowaniu.



Wszystkie znaczące w historii definicje hipnozy coś wносиły do zagadnienia, brały pod uwagę jakiś zauważalny i obserwowalny jej efekt lub cechę. Jednak do tej pory nie powstała żadna definicja czy koncepcja teoretyczna dotycząca hipnozy, która integrowałaby najistotniejsze jej aspekty, dlatego na końcu tego rozdziału zostanie zaprezentowana koncepcja i definicja własna mająca charakter integrujący. Zanim to jednak nastąpi zostaną przedstawione w kolejnych podrozdziałach koncepcje teoretyczne najistotniejsze ze względu na rozwój dociekań nad hipnozą.

### 3.2. Koncepcje przednaukowe hipnozy.

Aby przedstawić przednaukowe koncepcję hipnozy trzeba się cofnąć do jej początków, czyli do Franza Antony Mesmera (1734-1814), który odkrył dla świata medycyny europejskiej to zjawisko. Sam nie wiedział co odkrył, a to co odkrył nazwał magnetyzmem zwierzęcym i twierdził, że opiera się na regulacji przepływu fluidu magnetycznego emitowanego przez ciała niebieskie (Milne, 2006). Następna istotna postać to James Esdaile (1808-1859). Był on szkockim chirurgiem mieszkającym w Indiach. Zastosował on metodę Mesmera i wykazał jego skuteczność jako środka znieczulającego. Przeprowadził on kilka tysięcy operacji, łącznie z amputacją kończyn z wykorzystaniem znieczulenia w hipnozie. Natomiast za ojca nowoczesnej hipnozy uważa się Jamesa Braidę (1795-1860). Odrzucił on koncepcję magnetyzmu zwierzęcego i mesmeryzm, ale uznawała wartość leczniczą transu. Sam był chirurgiem i zwrócił jako pierwszy uwagę na to, że od siły hipnotyzera istotniejsza jest reaktywność pacjenta. To jemu zawdzięczamy nazwanie tego zjawiska hipnozą. Zjawisko to nazwał nerwowym snem (neurohipnotyzmem), który to termin następnie skrócił i pozostawił w formie jaką znamy dziś. Jego największą zasługą było odkrycie, że sugestia słowna nie tylko wywołuje stan transu ale także, że tak wywołany stan zwiększa podatność na sugestię (Milne, 2006). Braid był pierwszym badaczem, który próbował powiązać zjawisko hipnozy z procesami psychologicznymi i fizjologią mózgu. Wyróżnił on dwie fazy hipnozy. Pierwsza przed-hipnotyczna, charakteryzuje się tym, że człowiek ją pamięta po wyjściu z transu a druga faza charakteryzuje się stanem oddzielonego umysłu (dysocjacją), sztywnieniem mięśni, niewrażliwością na bodźce dotykowe i bólowe i amnezją po wyjściu z transu. Amnezję tą można usunąć po ponownym wprowadzeniu w trans. Podkreślał też to, że obie te fazy można wyjaśnić w terminach koncentracji uwagi i intensywnej wyobraźni. Podkreślał jednocześnie to, że w fazie drugiej wyłącza się oceniająca funkcja umysłu-krytyczne funkcje myślenia (Braid, 1843, za: Siuta, 2007).



Z powodu tego, że Braid zajmował się analizą hipnotyczną jego pracami zainteresowała się Ambroise Liébeault (1823-1904), przedstawiciel szkoły z Nancy a dzięki niemu kolejny przedstawiciel tej szkoły Hyppolite Bernheim (1840-1919). Profesor Bernheim uważał hipnozę za naturalny stan fizjologiczny, który można wywołać u osób zdrowych. Według niego istnieją duże różnice indywidualne w podatności na hipnozę u ludzi. Szczególnie mało osób jest podatnych na wchodzenie w najgłębszy jej poziom-somnambulizm. Bernheim zdefiniował 9 poziomów głębokości hipnozy a właściwie podatności na sugestię, z czego somnambulizm występuje na 3 najniższych poziomach. Definiował hipnozę jako rodzaj pół-snu. Uważał podatność na sugestię za fizjologiczną właściwość mózgu (Bernheim, 1884, za: Siuta, 2007).

W tym samym okresie z eksperymentów klinicznych z hipnozą zasłynął Jean Martin Charcot (1835-1893). Był on światowej sławy neurologiem, który stosował hipnozę w pracy z pacjentami histerycznymi i epileptykami. Jego poglądy na temat hipnozy brzmiały następująco: *(1) Objawy somatyczne, które można zaobserwować u pewnych pacjentów w stanie hipnotycznym, mają podstawowe znaczenie, ponieważ to one właśnie pozwalają oficjalnie stwierdzić, że nie zachodzi symulacja hipnozy. (2) Zjawiska hipnotyczne, występując w specjalnych grupach, mogą przybierać trzy różnorakie stany. Jest to najpełniejsza forma hipnotyzmu, która może przyjąć za wzorcową i którą proponuje nazwać wielkim hipnotyzmem. (3) ...właściwości somatyczne hipnotyzmu i wielki hipnotyzm, mogą rozwijać się niezależnie od wszelkich sugestii. (4) Hipnotyzm w najpełniejszej postaci, powinien być traktowany, jako stan patologiczny* (Chertok, De Saussure, 1988, za: Siuta, 2007, s.23).

Kolejnym badaczem hipnozy był psycholog i lekarz Pierre Janet (1859-1947). Należał on przez pewien czas do tej samej szkoły co Charcot. To jemu przypisuje się wprowadzenie pojęcia dysocjacja, do której później nawiązywała neodysocjacyjna teoria hipnozy Hilgarda (Hilgard, 1994; Siuta, 2007).

Wymienieni powyżej badacze to tylko nieliczna grupa spośród zajmujących się hipnozą we wczesnym okresie naukowego badania, ale to ich koncepcje były kluczowe dla rozwoju dziedziny jaką jest hipnoza.

### 3.3. Pierwsze w pełni naukowe koncepcje na temat hipnozy.

Badania przedstawione w poprzednim rozdziale miały charakter raczej pokazowy bądź miały postać analizy przypadków. Nie prowadzono nad hipnozą badań naukowych z wykorzystaniem w pełni naukowej metodologii. Sytuacja zmieniła się, gdy do badań włączyli się naukowcy



amerykańscy (Siuta, 2007). Przełomowy był rok 1923. Od tego momentu hipnoza zaczęła być traktowana jako problem naukowy. Właśnie wtedy została przedstawiona przez Paula C. Younga na Uniwersytecie Harvarda pierwsza rozprawa doktorska, napisana pod kierunkiem Roberta McDougalla poświęcona badaniom nad hipnozą (Siuta, 2007). Drugim naukowcem, który zajmował się badaniem hipnozy był Clark Hull, znany później ze swojej teorii uczenia się i lider uniwersyteckiego behawioryzmu (Hull, 1943, 1952, za: Siuta, 2007).

Paul C. Young jako pierwszy zastosował metodologię eksperymentalną i badania statystyczne do analizy zjawiska hipnozy. Jako pierwszy w swoich badaniach stosował grupę kontrolną składającą się z osób niepodatnych na hipnozę. Przeprowadził wiele badań dotyczących hipnozy, które nie będą opisywane w poniższej pracy. Natomiast wnioski z jego wieloletnich badań były następujące (Young, 1925, 1926, za: Siuta, 2007):

1. Stan hipnotyczny jest jedynie zmienionym lub zmodyfikowanym stanem normalnej świadomości. Różnica w porównaniu z normalnym stanem czuwania polega na tym, że w tym stanie istnieje silna tendencja, do przyjęcia z pełnym zaangażowaniem, sugerowanej postawy umysłowej. Na tym właśnie polega różnica w podatności osób na hipnozę.
2. Podatność ta wynika z indywidualnych różnic między jednostkami.
3. Hipnoza nie ma związku z patologicznym funkcjonowaniem jednostki.
4. W stanie głębokiej hipnozy zwiększa się poziom odporności na ból i zmęczenie a także zdolność do przypominania sobie zdarzeń zapomnianych z przeszłości.

Drugi z wspomnianych badaczy C. L. Hull uważał, że hipnoza jest stanem zwiększonej podatności na sugestię. Według niego *jedyna rzecz, która wydaje się najlepiej definiować hipnozę i która dostarcza pewnego uzasadnienia dla nazywania jej stanem, zawiera się w tym, że charakteryzuje się ona zgeneralizowaną, znacznie zwiększoną sugestywnością. Różnica między «stanem» hipnozy a stanem czuwania jest w konsekwencji, różnicą raczej ilościową a nie jakościową* (Hull, 1933, za: Siuta, 2007, s. 39-40). Jako behawiorysta Hull, skupiał się głównie na badaniu obserwowalnych zewnętrznie przejawów hipnozy i to w bardzo jednowymiarowy sposób. Niemniej przestrzegał bardzo rygorystycznych procedur badawczych i metodologicznych. Jego wnioski były następujące: 1) W hipnozie sugestia oparta jest na prestiżu, 2) Hipnoza jest stanem zwiększonej sugestywności. W swoich badaniach Hull zupełnie nie interesował się różnicami indywidualnymi w podatności na sugestię. Jednocześnie wykluczył interpretację jakoby hipnoza była zjawiskiem patologicznym. Twierdził, również że nie ma ona związku z pojęciem dysocjacji i istnieniem dwóch równoległych torów myślenia. Jego prace same w sobie nie wniosły nic specjalnego do tego co już było wiadomo na temat hipnozy, ale jego rygorystycznie naukowe



podejście do badań nad hipnozą zmieniło wiele i następnym badaczom było już zdecydowanie łatwiej (Siuta, 2007).

Trzecim badaczem, którego prace przyczyniły się rozwojowi wiedzy naukowej o hipnozie był Robert W. White, niezwykle wpływowy psycholog ze szkoły Murraya. I to jemu w tamtym okresie należy przypisać największy wkład w jej rozwój. Był on bardziej zainteresowany badaniem hipnozy w aspekcie społecznym i komunikacyjnym, niż pogłębianiem wiedzy na temat hipnozy jako stanu. Pomimo tego nie odrzucał tego ujęcia tematu. Uważał on indukcję hipnotyczną za rodzaj interakcji społecznej, charakteryzującej się tym, że hipnotyzer komunikuje osobie hipnotyzowanej zarówno pośrednio jak i bezpośrednio to jak ma ona się zachowywać. Wprowadził do rozważań nad hipnozą termin „*dążenie ukierunkowane na cel*”, oznaczający, że działanie osoby zahipnotyzowanej zdeterminowane jest celem jaki wyznacza hipnotyzujący poprzez sugestię. W jego koncepcji hipnoza jako zmieniony stan świadomości, określany jest jako charakteryzujący się utratą doznania wolicjonalności własnych reakcji. Zahipnotyzowanemu wydaje się, że nie ma kontroli nad tym co robi jego ciało, gdy wykonuje sugestie hipnotyczne. White był też prekursorem tworzenia skal podatności hipnotycznej, na podstawie jego prac późniejsi badacze utworzyli skale, które są używane dnia dzisiejszego (White, 1941, za: Siuta, 2007).

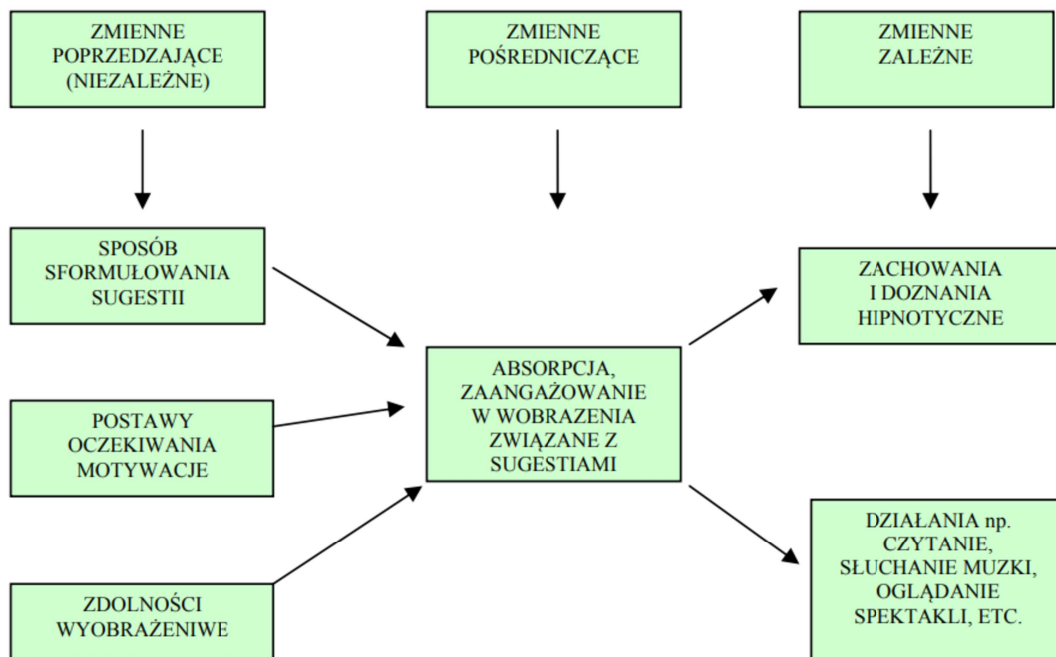
Ta trójka badaczy dała początek naukowym badaniom nad hipnozą i tworzeniu modeli teoretycznych opisujących to zjawisko.

### 3.4. Koncepcja behawioralno-poznawcza

Theodore X. Barber (1927–2005) był amerykańskim psychologiem, badającym zjawisko hipnozy. Opublikował 200 artykułów i osiem książek z tej dziedziny. Zakwestionował koncepcję hipnozy jako „stanu odmiennego”. Według niego naturę zjawisk określanych mianem hipnozy można opisać bez odwoływania się do pojęcia zmienionego stanu świadomości (Barber, 1969, za: Siuta, 2007). We wczesnym etapie swojej pracy badawczej nad hipnozą, uważał, że jest ona rodzajem transakcji, między osobą badaną a hipnotyzerem, w czasie której osoba badana, koncentruje wybiórczo swoją uwagę na słowach eksperymentatora, jednocześnie akceptując je jako prawdziwe w sposób dosłowny i jest poznawczo nastawiona na stosowanie się do instrukcji i ich wykonywanie. Na tym etapie nie odrzucał jeszcze pojęcia transu. Jego późniejsze badania i prace starały się odejść od pojęć „transowe” lub „hipnotyczne”. Zamiast tego skupił się na określeniu najważniejszych zmiennych zależnych i niezależnych, które występują w sytuacji „hipnotycznej” i eksperymentalnym ustaleniu zależności między nimi (Fellows, 1998). Po okresie krytyki koncepcji



transowych, rozpoczął etap konstrukcji nowej koncepcji wyjaśnienia tych zjawisk. W tym okresie, przyznał że główna rolę w zjawiskach hipnotycznych odgrywają procesy i zdolności wyobrazeniowe. Kluczowe w jego koncepcji jest subiektywne zaangażowanie w sugerowane wyobrażenia, które powoduje: podtrzymywanie wyobrażeń zgodnych z otrzymywanymi sugestiami oraz ignorowanie informacji, które nie są z nimi zgodne (Fellows, 1998). Rysunek nr 2 przedstawia teoretyczny model hipnozy Barbera alternatywny wobec podejścia transowego.



Rysunek 2. Model hipnozy Barbera.

Źródło: Fellows, B.J. (1998). Pojęcie transu. W: Situa, J. (red.). *Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą*. Warszawa: PWN, str. 62

Przedstawiona na schemacie koncepcja Barbera, uwzględnia czynniki związane z umiejętnościami i zdolnościami, które osoba badana „wnosi”, do sytuacji hipnotycznej. Centralnym pojęciem jest tu zaangażowanie w wyobrażenia związane z sugestiami, które zastępuje pojęcie transu. W swojej koncepcji Barber nie uwzględnił różnic indywidualnych w podatności na sugestię. By wzmocnić swoją koncepcję zaczął tłumaczyć te zmienne różnicami sytuacyjnymi, za co został skrytykowany przez Hilgarda (Fellows, 1998). Opracował on kilkadziesiąt generalizacji empirycznych na temat hipnozy. Jego największą zasługą jest zmiana paradygmatu badań nad hipnozą i stworzenie podziału na koncepcje transowe i nie transowe.

### 3.5. Koncepcja trzech wymiarów hipnozy.

Propozycja R.F. Shora to obok koncepcji Barbera jest jedną z najbardziej rozbudowanych koncepcji na temat hipnozy jakie powstały w II połowie XX wieku. Shor podjął próbę rozwinięcia koncepcji Whita w aspekcie transu. Swoje stanowisko przedstawił w postaci 22 twierdzeń, dotyczących powstawania odmiennych stanów świadomości. Oprócz tego sformułował koncepcję trzech wymiarów hipnozy: (1) **trans**, (2) **zaangażowanie w rolę osoby zahipnotyzowanej**, (3) **zaangażowanie archaiczne**. Oto niektóre z jego twierdzeń odnoszące się do trzech wymiarów hipnozy:

#### Twierdzenie 1

*Dla normalnego stanu świadomości charakterystyczne jest utrzymywanie strukturalizowanego układu odniesienia, istniejącego na podłożu uwagi, który wspiera i interpretuje wszystkie doznania, a także nadaje im znaczenie. Ten układ odniesienia będzie nazywany, zgeneralizowaną orientacją na rzeczywistość (Shor, 1959, za: Siuta, 2007, 126).*

#### Twierdzenie 6

*A. W normalnych warunkach życiowych, nawet gdy tylko niektóre spośród aspektów zgeneralizowanej orientacji na rzeczywistość są w centrum uwagi, to pozostałe jej aspekty pozostają przez cały czas w ścisłej ze sobą komunikacji. Gdy ta ścisła komunikacja zostaje przerwana, to pojawiający się stan umysłu, można nazwać transem (Shor, 1959, za: Siuta, 2007, 129-130).*

Twierdził, że charakterystyczny dla stanu transowego jest niefunkcjonalny chaos. Wg niego hipnoza składa się z dwóch procesów. Pierwszy dotyczy chwilowej koncentracji na małej liczbie zdarzeń a drugi polega na zaniku zgeneralizowanej orientacji na rzeczywistość. Nie zanika ona jednak nigdy do końca i w zredukowanej formie występuje nawet w najgłębszym transie. Jednak w czasie gdy to się odbywa wyparte treści i myśli mogą powrócić i nadać nowy sens procesowi myślowemu. Wg niego osoba obdarzona podatnością hipnotyczną to osoba, która posiada zdolność do zawieszania swojej zgeneralizowanej orientacji na rzeczywistość i jednocześnie potrafiąca sobie stworzyć nową zgeneralizowaną orientację na rzeczywistość (Shor, 1962, za: Siuta, 2007).

Wymiar drugi jego koncepcji hipnozy czyli głębokość zaangażowania w rolę osoby zahipnotyzowanej oznacza siłę, z jaką wola i motywacja do podążania za sugestiami stały się czynnikami podświadomymi (Shor, 1962, za: Siuta, 2007).

Trans jako wymiar hipnozy w koncepcji Shora oznacza zakres w jakim normalna zgeneralizowana orientacja na rzeczywistość, przekształca się w niefunkcjonalną nieświadomość (Shor, 1962, za: Siuta, 2007).



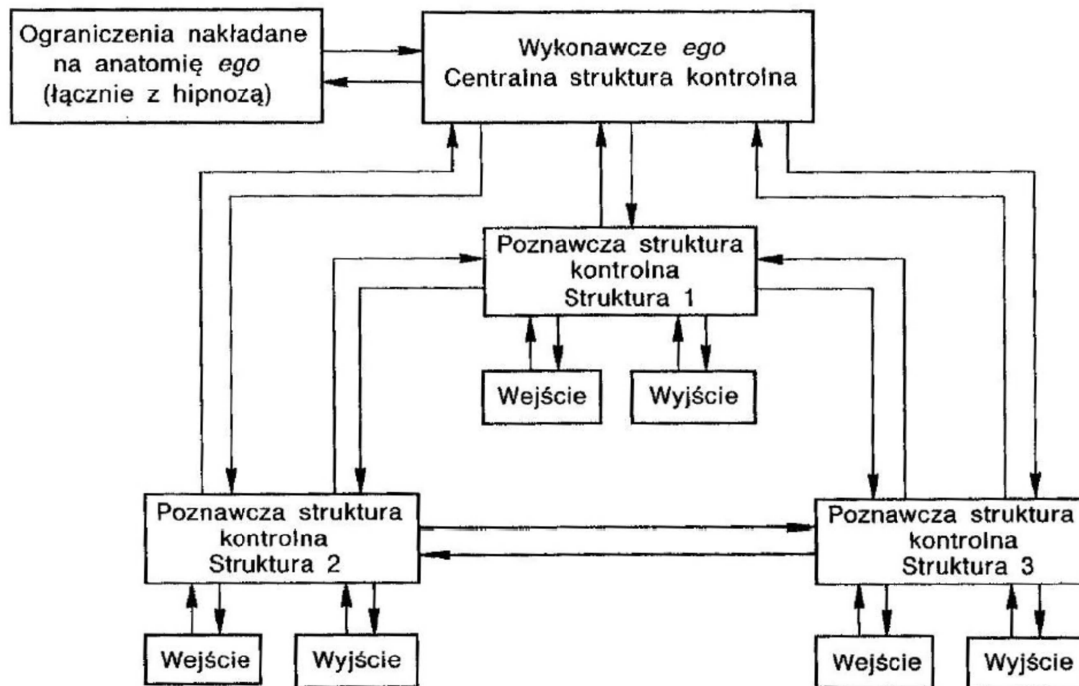
Trzeci z wymiarów, czyli głębokość archaicznego zaangażowania określona została jako: zakres w jakim w stosunku do hipnotyzera kształtuje się archaiczna relacja z obiektem a także zakres przeniesienia w stosunku do hipnotyzera oraz zakres w jakim rdzeń osobowości osoby zahipnotyzowanej włączył się w proces hipnozy. Shor twierdził, że jeśli wszystkie trzy poziomy osiągną odpowiedni poziom głębokości, to zjawisko hipnotyczne może zostać wywołane. Przedstawiony 3-wymiarowy model jest dynamiczny a wymiary mogą występować w różnej konfiguracji głębokości, dając w efekcie różne typy stanów hipnotycznych i różne głębokości samych stanów (Shor, 1962, za: Siuta, 2007).

Zasługi Shora to również liczne badania nad zjawiskami hipnotycznymi i jego wkład w skonstruowanie różnych skal badających podatność hipnotyczną (Siuta, 2007).

### 3.6. Neodysocjacyjna teoria hipnozy.

Jej autorem jest Ernst R. Hilgard. Jest on najbardziej zasłużoną postacią badającą hipnozę w nurcie transowym. Poza tym był on również uznawanym na świecie profesorem psychologii, docenianym nie tylko ze względu na badania nad hipnozą. Inną istotną kwestią jest to, że sam był wybitnym hipnoterapeutą, pisał i tworzył podręczniki i procedury terapeutyczne. Hilgard nie ukrywał, że swoją koncepcję neodysocjacyjną stworzył wychodząc od koncepcji dysocjacji stworzonej przez Janeta (Hilgard, 1994; Siuta, 2007; Kroger, 1977; Gheorghiu, 1985). Różnica między obu autorami wynika z tego, że Pierre Janet, terminem dysocjacji opisywał zjawiska zaobserwowane u chorych na histerię a Hildegard swoją koncepcję zbudował w oparciu o badania ludzi zdrowych. W związku z tym, gdy pisze on o dysocjacji, to nie opisuje zjawiska patologicznego (Hilgard, 1998). Zaproponowany przez Hilgarda model opiera się z dwóch założeniach. Pierwsze z nich to zawieszenie świadomości, w której jednostka nie ma pojęcia o dostępie do pewnych elementów własnej świadomości a drugie to specjalny wpływ na zachowanie tych elementów pod wpływem sugestii. Mechanizm hipnozy według Hilgarda zachodzi dlatego, że w jej trakcie część świadomości ulega rozdzieleniu, a części rozdzielone oddzielone są barierą amnezji. Zostało to przez niego ujęte w dwóch metaforach: „ukrytego obserwatora”(Hilgard, 1998; Siuta, 2007) oraz „płaszcza amnezji”(Hilgard, 1994). Jego teoria zakłada hierarchiczny model kontroli poznawczej (Hilgard, 1998). W modelu tym na najniższym poziomie znajduje się wiele podsystemów poznawczych, które działają niezależnie od siebie. Nad nimi znajduje się struktura centralna nazwana „Ego wykonawcze”, która monitoruje i koordynuje pracą podsystemów. Według Hilgrda za pomocą hipnozy można wpływać na ego wykonawcze i zmieniać układ hierarchii

podsystemów. Hipnoza wpływa również na sam system wykonawczy. Wpływa na proces planowania i inicjacji działań, gdyż jednostka w hipnozie sama ich nie podejmuje a także zmniejsza wpływ funkcji monitorujących. Poza tym znosi równowagę między funkcjami monitorującymi a funkcjami kontroli (Hilgard, 1998; Siuta, 2007). Twierdzenia te są fundamentem teorii neodysocjacyjnej. Tworząc ją Hilgard połączył hierarchiczny model kontroli z psychologią poznawczą oraz ideą bariery amnezji i ukrytego obserwatora. Schemat pokazany na rysunku 3 obrazuje stworzoną przez niego koncepcję.



Rysunek 3. Schemat struktur kontroli w układzie hierarchicznym wg Hilgarda.

Źródło: Hilgard, E. (1998), Neodysocjacyjna interpretacja hipnozy. W: J. Siuta (red.), *Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s.82

Zamiarem Hilgarda było stworzenie modelu teoretycznego użytecznego nie tylko w dla wyjaśnienia natury hipnozy ale również ogólnej teorii psychologicznej i to mu się poniekąd udało (Siuta, 1998). Jego teoria pozwoliła stworzyć szereg metod i technik hipnotycznych, które umożliwiły pracę z odseparowanymi elementami struktury ja i wprowadzanie zmian do tych częściowo autonomicznych elementów. Dzięki niej powstały takie techniki pracy w hipnozie jak np. terapia części. Również wiele technik NLP jest opartych na jego modelu, podobnie jak znaczna ilość metod coachingowych.

### 3.7. Koncepcja Martina Orne

Kolejnym badaczem, którego koncepcja jest istotna z punktu widzenia rozwoju dziedziny jaką jest hipnoza jest Martin T. Orne. Był on amerykańskim psychiatrą i psychologiem. Jego zdaniem aby zrozumieć hipnozę nie leży opierać się wyłącznie na eksperymentach, badających tylko zewnętrznie obserwowalne elementy zjawiska, ale przede wszystkim należy badać stany wewnętrzne jednostki wywołane indukcją hipnotyczną. Twierdził on, że hipnoza jest zmienionym stanem świadomości, niemającym charakteru patologicznego, zasadniczo odmiennym od stanu czuwania. Najbardziej charakterystyczne jego zdaniem dla hipnozy są doznania braku ciągłości między doznaniem hipnotycznym i tymi w stanie czuwania. Uważał, że w czasie wykonywania czynności w hipnozie pod wpływem sugestii, jednostka doświadcza pewnego rodzaju przymusu i ma poczucie, że to nie ona decyduje.

Oprócz tego wspomina również o tym, że w hipnozie osoba odbiera realnie zmiany percepcyjne, pamięciowe i emocjonalne a także jest w stanie tolerować niezgodności logiczne. Te niezgodności Orne nazwał *logiką transu* (Orne, 1959, za: Siuta, 2007, s.218). W logice transu, osoba miesza elementy realne ze stanu czuwania płynnie z wytworami wyobraźni i halucynacjami w zupełnie nielogiczny sposób. Ten typ reakcji pojawia się spontanicznie i według niego świadczy o tym, że osoba jest w transie. Twierdzi również, choć badania nad hipnozą trwają już 100 lat, to nie zdefiniowano jeszcze czym jest hipnoza ani nie ustalono jej cech charakterystycznych. Orne pierwszy zauważył, że różni badacze zwracali uwagę na różne cechy i aspekty hipnozy, najczęściej nie akceptując lub ignorując jej właściwości zauważone przez badaczy reprezentujących odmienne podejście. On sam wyróżnił kilka takich cech czy aspektów ale i sam nie stworzył definicji hipnozy. Wolał pozostać na poziomie opisowym niż tworzyć kolejną definicję czy teorię. Niemniej jednak był zdania, że hipnoza jest odmiennym stanem świadomości, charakteryzującym się zmianami w procesach pamięciowych i percepcyjnych. Za szczególnie istotne dla stwierdzenia doświadczenia transu uważał, takie zmiany, które powodują zmianę percepcji własnego ciała. Skutkującą one niemożnością wykonania prostych czynności motorycznych jak np. zgięcie czy opuszczenie ręki a także wywołaniem doznań halucynacyjnych oraz wywołaniem amnezji i realizowaniem sugestii post-hipnotycznych.



### 3.8. Koncepcja hipnozy ericksonowskiej - podstawowe założenia i zasady

Twórcą tego nurtu był Milton H. Erickson, amerykański psychiatra i psycholog oraz jego uczniowie. Koncepcje hipnozy przedstawione wyżej były koncepcjami traktującymi hipnozę jako pewną metodę czy technikę. Tak jest ona traktowana współcześnie przez wielu psychologów. Wynika to z tego, że hipnoza jest używana przez nich jako jedna z wielu technik terapeutycznych. Natomiast hipnoza ericksonowska jest osobnym nurtem psychoterapeutycznym a nie techniką. W ramach tego nurtu-hipnoza jest dominującym elementem całego procesu psychoterapeutycznego.

To co wyróżnia podejście Ericksona to odmienny i unikalny sposób definiowania i uprawiania hipnozy. W jego koncepcji hipnoza nie jest tylko dyrektywną procedurą w której hipnotyzer w sposób celowy indukuje trans u pacjenta. Jest natomiast procesem naturalnym przydarzającym się spontanicznie każdemu człowiekowi wielokrotnie w ciągu dnia. Więc jest ona naturalnym rodzajem doświadczenia każdego człowieka (Rosen, 1997). Natomiast terapeuta jest rodzajem facylitatora, który poprzez proces wielopoziomowej komunikacji werbalnej i niewerbalnej wykorzystuje to naturalne doświadczenie by pomóc pacjentowi się zmieniać i rozwijać (Zeig, 1997). Tę koncepcję zalicza się oczywiście do definicji transowych. Jednocześnie Erickson nie definiował jej w sztywny sposób. Sam twierdził, że nie sposób jasno wyznaczyć granicy między hipnozą a stanem czuwania. Jego hipnoza jest rodzajem płynnego doświadczenia w którym wszystko jest elastyczne. Opracował całą metodologię wprowadzania w trans w sposób niedyrektywny. Oznacza to, że terapeuta nie rozkazuje pacjentowi i nie daje mu sugestii wprost, gdyż to jak twierdzi Erickson wyzwala opór i nie działa. Zamiast tego terapeuta tworzy przestrzeń wyboru, używając języka niedookreślonego, który pacjent uzupełnia własną treścią. Indukuje on trans różnymi sposobami, wśród których wyróżnić można zwykłą rozmowę, opowiadanie metaforycznych historii a także klasyczną indukcję.

Podejście Ericksona to cała filozofia człowieka. Istotne w jego podejściu jest inne niż u Freuda definiowanie podświadomości. Według niego podświadomość nie jest tylko siedliskiem popędów i kompleksów. Jest natomiast naszym sprzymierzeńcem i pomocnikiem w procesie zmiany. Terapia ericksonowska jest zorientowana na przyszłość a nie analizowanie przeszłości (Kratochvil, 2003). Jest to filozofia o charakterze głęboko humanistycznym. Można w jej ramach wyróżnić następujące elementy odnoszące się do psychoterapii:



- *Ludzie mają naturalną zdolność do przewyższania trudności i rozwiązywania problemów a zatem w psychoterapii powinno się ujawniać i rozwijać pozytywne strony pacjenta, jego potencjalną siłę, a nie koncentrować się na dolegliwościach i historii problemu.*
- *Zadaniem terapeuty jest identyfikacja, poszukiwanie możliwości pacjenta, jego kompetencji oraz wykorzystanie ich do takiej zmiany, jakiej pragnie pacjent, i której charakter on sam dokładnie określa. To pacjent wskazuje cel psychoterapii.*
- *Terapeuta wzmacnia siłę działań pomocowych, starając się równocześnie hamować szkodliwe zachowania pacjenta, czyni to w toku obserwacji pacjenta i powtarzanych przez niego wzorców funkcjonowania. Do takich wzorców należą też symptomy zaburzeń, które mają charakter autonomiczny.*
- *Zwykle, zdaniem psychoterapeutów, symptomy powstają i utrzymują się, bowiem pełnia określone funkcje. Erickson stwierdza, że rzeczywiście może tak być na początku, gdy symptom się utrwala. Ale po pewnym czasie może on utracić tę funkcję i nadal trwać, ponieważ staje się nawykiem, powtarzany wzorem funkcjonowania. W terapii wzory te nie są traktowane jako wyraz zablokowania możliwości pojawienia się innych zachowań. Mogą być użyte w pozytywny sposób, tj. do wywołania pożądanej zmiany (Grzesiuk, 2005, s. 225).*

Cechą charakterystyczną hipnozy ericksonowskiej jest jej indywidualizacja i twórczość po stronie terapeuty i wykorzystywanie twórczości nieświadomości po stronie pacjenta (Krakochvil, 2003; Haley, 1995) a także jej strategiczny charakter.

W hipnozie ericksonowskiej terapeuta wchodzi w rzeczywistość pacjenta, w jego język, w jego mapę rzeczywistości i ten etap nazywa się „leading” a następnie wyprowadza pacjenta z jego zniekształconej rzeczywistości przejmując prowadzenie (pacing) do zdrowych wzorców (Bandler, 2010).

Według Ericksona w procesie psychoterapii ludzie zmieniają się samodzielnie a terapeuta stwarza tylko warunki, w których pacjent może się sam zmieniać (Grzesiuk, 2005).

Jako podejście całościowe terapia ericksonowska ma cztery cechy, które odróżniają to podejście od innych orientacji psychoterapeutycznych:

- Brak koncepcji powstawania zaburzeń.
- Brak konieczności znajomości przyczyn zaburzeń po stronie pacjenta.
- Brak konieczności inicjowania wglądu u pacjenta.
- Pragmatyzm-kierowanie się intuicją a nie zbiorem reguł.

I chociaż terapia ericksonowska jest pragmatyczna i intuicyjna, to opiera się na pewnej liczbie założeń. Poniżej przedstawione zostaną owe założenia (Grzesiuk, 2011):





1. **Ludzie zmieniają się sami**-mają naturalną zdolność do przewyżniania trudności i rozwiązywania problemów.
2. **Zadaniem psychoterapii jest ujawnianie i rozwijanie pozytywnych stron pacjenta.** Terapeuta poszukuje, identyfikuje posiadane przez pacjenta kompetencje i wykorzystuje je do uruchomienia zmiany. Kluczowym pojęciem są zasoby pacjenta, czyli jego wewnętrzne doświadczenia. Poszukiwanie zasobów umożliwia pacjentowi zbudowanie poczucia wartości i kompetencji niezbędnych by dokonał w sobie zmiany.
3. **Koncentrowanie uwagi na przyszłości** a nie na eksploracji przeszłych doświadczeń. Terapia ericksonowska zakłada, że analizowanie przeszłości umacnia pacjenta w jego wzorcach negatywnych, więc aktywność ta nie ma sensu i przeszkadza w procesie zmiany.
4. **Kierunek i charakter zmian określa sam pacjent a nie terapeuta.** Terapeuta wzmacnia jedynie siłę działań pomocniczy i hamuje negatywne wzorce, które mogłyby przeszkadzać w zmianie.
5. **Wykorzystanie hipnozy jako podstawowej metody pracy.** Hipnoza ericksonowska zakłada, że świadomość często jest czynnikiem przeszkadzającym w zmianie, dlatego wykorzystuje pracę z nieświadomością by ominąć mechanizmy blokujące. I poprzez zmianę nieświadomości, tworzy zmianę w świadomości.
6. **Uwzględnienie rodziny jako systemu w procesie psychoterapii.** Objawy u jednego z członków rodziny traktowane są jako próba przełamania nieadaptacyjnych wzorców wewnątrz systemu rodzinnego.
7. **Istotna jest aktywna rola terapeuty, który jest odpowiedzialny za inicjowanie w pacjencie zmian.**

Oprócz przedstawionych powyżej założeń terapia ericksonowska posługuje się pewną ilością strategii, które terapeuta modyfikuje indywidualnie do potrzeb pacjenta i procesu zmian. Zanim to jednak uczyni przeprowadza diagnozę. Proces diagnostyczny składa się z czterech elementów:

1. Analizy pacjenta wg kategorii diagnostycznych opracowanych przez J. Zeiga
2. Diagnozy zjawisk transowych występujących u pacjenta.
3. Refleksji na temat funkcjonowania systemowego (kontekst rodzinny) pacjenta.
4. Diagnozie posiadanych przez pacjenta zasobów.

Po przeprowadzeniu diagnozy następuje właściwy proces terapii składający się kilku etapów (Grzesiuk, 2011). Pierwszy z nich to **dostrojenie**. Polega on na wspomnianym wcześniej wejściu w rzeczywistość pacjenta w jego mapę rzeczywistości. Terapeuta dostraja się na każdym możliwym poziomie. Poziomy to język, sposób mówienia, mowa ciała, oddech. Następnym etapem to **zasiewanie zmiany**, w jego trakcie terapeuta różnymi drobnymi sugestiami o charakterze werbalnym i

niewerbalnym a przede wszystkim niezauważalnym bezpośrednio przez pacjenta sygnalizuje kierunek i możliwość zmiany. Następne dwa etapy to **szukanie przeciwieństw** i **szukanie wyjątków**. Pozwalają one przełamać negatywne generalizacje którymi posługuje się pacjent.

Budując plan terapii terapeuta ericksonowski najczęściej korzysta z następujących technik terapeutycznych (Grzesiuk, 2011):

1. **Odwrócenie uwagi**-polega na odwróceniu uwagi pacjenta od zachodzącej zmiany terapeutycznej by przeciwdziałać wystąpieniu zjawiska oporu.
2. **Fragmentowanie** - duża zmiana jest rozkładana na szereg małych, możliwych do wykonania przez pacjenta kroków. Powoduje to zwiększenie motywacji do zmiany, gdyż zmiana przestaje być postrzegana przez pacjenta jako niemożliwa do wdrożenia.
3. **Progresja w czasie**- budowanie wizji życia bez problemu bądź objawu. Osadza pacjenta w przyszłości i umożliwia zniwelowaniu koncentracji pacjenta na przeszłości.
4. **Sugestia**-komunikaty mające u pacjenta wytworzyć określone przekonanie lub reakcję. Najczęściej używa się to tego metafory.
5. **Reorientacja**-zmiana kierunku aktywności poprzez przeformułowanie i dostarczanie nowych doświadczeń za pomocą zadań domowych.
6. **Spożytkowanie**-wykorzystywanie wszystkich elementów: zachowania, reakcji, myślenia czy symptomów i nadawanie im pozytywnego znaczenia w procesie zmiany.

Techniki te w hipnozie ericksonowskiej są aplikowane za pomocą metafor lub transu indukowanego formalnie lub nieformalnie. Hipnoza w terapii ericksonowskiej składa z 5 etapów (Grzesiuk, 2011). Pierwszy to **zasiewanie**. Polega on na zadawaniu pytań pacjentowi dotyczących jego oczekiwań i tworzeniu perspektywy koniecznej do zmiany współpracy ze strony pacjenta. Drugi etap to **indukcja**. Może ona być dyrektywna bądź niedyrektywna. Trzeci etap to **trans**, który charakteryzują zmiany w zakresie uwagi (zawężenie), zmiany w zakresie reaktywności na sugestie terapeuty, zmiany w zakresie intensywności doznań oraz doświadczenie dysocjacji. Czwarty etap to **dostrojenie do przyszłości**, w którym tworzy się połączenie między doświadczeniem transu a zmianami, których będzie doświadczał pacjent po zakończeniu sesji. Etap piąty to **zakończenie hipnozy**.

### 3.9. Mechanizmy hipnoterapii-koncepcja uczenia zależnego od stanu

Koncepcja uczenia zależnego od stanu jest koncepcją rozwijaną przez Ernesta Rossiego i jego współpracowników od lat 80-tych. Jest to koncepcja psychobiologiczna, która ewoluowała na



przestrzeni ostatnich 40 lat wraz ze zmianami i odkryciami na polu medycyny, neuronauki i genetyki. Koncepcja ta zakłada, że z każdy stan psychologiczny jest połączony z określonymi przekonaniem, zachowaniami, reakcjami i zasobami, do których mamy dostęp wyłącznie w tym stanie. Obrazują to następujące przykłady;

- gdy człowiek ma zaburzenia lękowe lub depresyjne, to z tymi stanami psychologicznymi sprzężone są określone przekonania, zachowania i reakcje oraz dostęp do określonych zasobów wewnętrznych.
- gdy człowiek znajduje się w dobrej kondycji psychologicznej i np. odczuwa spokój, to z tym stanem również skorelowane są odpowiadające mu przekonania, zachowania, reakcje i dostęp do zasobów wewnętrznych, odmienne od osób w stanie depresji.

Koncepcja ta zakłada, że układ nerwowy i pamięciowy rejestruje i utrzuwa stany psychofizjologiczne w sytuacjach, które cechuje doświadczanie silnych emocji, zarówno negatywnych jak i pozytywnych. Teoria ta opiera się na badaniach McGouga (1983, za: Rossi, 2005) nad neurobiologią zapamiętywania i uczenia się. Badania te dowiodły, że hormony uwalniane w stanie stresu modulują zapamiętywanie i uczenie się w układzie limbicznym (szczególnie dotyczy to ciała migdałowatego i hipokampu). Przez stres w tej koncepcji rozumiemy nie tylko emocje negatywne a również sytuacje silnego pobudzenia w trakcie przeżywania emocji subiektywnie odbieranych jako pozytywne. Teoria ta znalazła również potwierdzenie w badaniach Izquierdo (1984, za: Rossi, 2005). Badacz ten również potwierdził, że pamięć zależy od relacji między stanem neurohormonalnym a hormonalnym i zauważył, że podczas normalnego zapamiętywania integralną częścią zmagazynowanej informacji może się stać specyficzny wzorzec pobudzenia, które wystąpiło w mózgu w czasie uczenia się. To właśnie ów w unikatowy sposób zorganizowany stan mózgu, pojawiający się w chwili, gdy tworzy się wspomnienie, będzie musiał być odtworzony, w momencie przypominania sobie po to, by zmagazynowana informacja mogła być szczegółowo przedstawiona. Choć zapamiętywanie, uczenie się i zachowania zależne od stanu (state-dependent memory, learning and behavior – SDMLB) były w ciągu minionych 40 lat przedmiotem wielu rzetelnych badań (Overton, 1978; Rossi i Ryan, 1986, za: Rossi, 2005), to o ich wynikach wiadomo mniej niż o warunkowaniu klasycznym (Pawłow) czy instrumentalnym (Skinner). Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że SDMLB jest jakąś egzotyczną, bardzo wyspecjalizowaną formą uczenia się, które stanowi mało znaczącą odmianę warunkowania klasycznego lub instrumentalnego. W rzeczywistości jest właśnie odwrotnie: to SDMLB stanowi szeroką, ogólną klasę różnych sposobów uczenia się, które występują u wszystkich złożonych organizmów posiadających korę mózgową oraz układ limbiczno-podwzgórzowy. Warunkowanie pawłowowskie czy skinnerowskie to jedynie poszczególne odmiany SDMLB. Ten model uczenia się jest podstawą



wielu procesów terapeutycznych z wykorzystaniem hipnozy. Praktycy hipnoterapii wykorzystują regresję hipnotyczną, by wywołać w u pacjenta stan w którym określona reakcja została utrwalona w układzie neuronalnym, ponieważ dostęp do afektu pierwotnego jest konieczny by możliwa była zmiana nieadaptacyjnego sposobu reagowania, myślenia i zachowania. Słowem aby taka zmiana była możliwa, konieczny jest dostęp do stanu zbliżonego do tego w jakim dana reakcja została utrwalona. Teoria uczenia się zależnego od stanu tłumaczy jednocześnie efektywność nie tylko technik hipnotycznych ale też takich metod jak terapia ekspozycyjna czy Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Beck, Clark, 2018; Shapiro, 2017; Rossi, 2005). Wszystkie one opierają się na konieczności dostępu do afektu pierwotnego i ekspozycji. Inny aspekt hipnozy w kontekście teorii uczenia się zależnego od stanu dotyczy tego, że umożliwia ona tworzenie zupełnie nowych doświadczeń (stanów), dzięki temu, że osłabia krytyczne funkcje myślenia. Potwierdziły to najnowsze badania z wykorzystaniem funkcjonalnego rezonansu magnetycznego (fMRI) (Spiegel i in., 2015). Umożliwia to uczenie się w stanie hipnozy zupełnie nowych sposobów reagowania, myślenia i zachowania, ponieważ wyuczone i nawykowe schematy funkcjonowania i ich stała aktualizacja, w trakcie trwania transu zostają zawieszane.

Koncepcja uczenia się zależnego od stanu została przez Ernesta Rossiego rozwinięta i ostatecznie została nazwana psychospołeczną genomiką hipnozy (Rossi, 2020). Jest to koncepcja uwzględniająca najnowsze badania z obszarów neuronauki i genetyki. Z tego powodu koncepcja ta jest teorią psychobiologiczną. Sama w sobie z tego względu jest trudna w opisie. Głównym pojęciem do którego się ta teoria odnosi jest **transdukcja**. Pojęcie transdukcji odnosi się do przeistaczania oraz transformacji informacji z jednej formy w inną. Dotyczy to przenoszenia informacji z poziomu psychicznego aż do poziomu ekspresji genów i z powrotem. Cykl ten jest formą sprzężenia zwrotnego opartego na relacji ciało-umysł, od świadomości do neuroplastyczności mózgu. Cykl ten ma cztery etapy. W **pierwszym** z nich następuje wzbudzenie świadomości poprzez aktywację silnego pobudzenia emocjonalnego, za pomocą hipnozy. Wzbudzenie to inicjuje ekspresję genów wczesnej odpowiedzi komórkowej takie np. jak c-fos i c-jun (Rossi, 1996, 2002, za Rossi, 2020), Ta aktywacja genów wczesnej odpowiedzi komórkowej (IEG) następuje w czasie do 2 minut od wystąpienia jakiegokolwiek silnego obudzenia emocjonalnego. Etap pierwszy może być wywołany hipnozą, wywiadem terapeutycznym, w trakcie którego pacjenci aktywują wspomnienia i procesy emocjonalne a także intensywnym doświadczaniem sztuki lub kreatywnego tworzenia. Uruchomienie etapu pierwszego aktywuje etap **drugi**, w trakcie którego następuje ekspresja genów celowych, a na poziomie psychologicznym zachodzą procesy wydobywania i odtwarzania traumatycznych i problemowych wspomnień (Rossi, 2020). Etap drugi aktywuje etap **trzeci**, w trakcie którego geny celowe uruchamiają syntezę białek odpowiedzialnych za procesy

plastyczności mózgu i tworzenie nowych połączeń neuronalnych (Rossi, 2020). Na poziomie psychologicznym na tym etapie zachodzą procesy przetwarzania i opracowania psychicznego aktywowanego na etapie drugim. W hipnozie sprowadza się to do reinterpretacji, re-konsolidacji wspomnień i nadawania nowego znaczenia doświadczeniom z przeszłości a także uczeniu się przez pacjenta nowych sposobów odczuwania, reagowania, zachowania i myślenia (Rossi, 2020). Zmiany te wywołują etap **czwarty**, w trakcie którego następuje ekspresja genów: CREB (powiązanego z procesami nabywania nowych wspomnień i uczenia się), ODC (powiązanego z rozwojem fizycznym), BDNF (czynn timer wzrostu neuronów pochodzenia mózgowego)(Rossi, 2020). Na poziomie psychologicznym w hipnozie na tym etapie występują procesy wzmacniania w pacjencie zmian, które zaszły na etapie trzecim. Hipnoterapeuta wzmacnia ten proces za pomocą sugestii post-hipnotycznych. Po przejściu całego cyklu proces rozpoczyna się od początku ale już z jakościowo innego miejsca (stanu świadomości).

Podsumowując, koncepcja uczenia się zależnego od stanu zakłada, że każdy stan psychologiczny jest połączony z określonymi przekonaniem, zachowaniami, reakcjami i zasobami, do których mamy dostęp wyłącznie w tym stanie. Istotne w tej koncepcji jest również to, że uczenie się i zmiana starych schematów następuje wyłącznie w stanach charakteryzujących się wysokim poziomem emocji i obudzenia. Natomiast jej rozwinięcie w postaci psychospołecznej genomiki hipnozy, wyjaśnia, że wspomniany wyżej proces uczenia zależnego od stanu przebiega w pewnym cyklu, wielokrotnie powtarzającym w ciągu doby. W cyklu tym, aktywowane są geny wczesnej odpowiedzi komórkowej i geny właściwe, które stymulują neuroplastyczność mózgu i tworzenie się nowych ścieżek neuronalnych.

### 3.10. Hipnoza - koncepcja integrująca

Konieczność tworzenia bardziej precyzyjnych definicji dotyczących hipnozy wynika z faktu, że większość istniejących definicji jest archaiczna bądź w dużym stopniu redukcjonistyczna. Powoduje to sytuacje w której wiele aspektów hipnozy jest pomijanych, w związku z czym należy uznać te definicje za nieadekwatne. Jest to powodem podjęcia przez autora niniejszej pracy próby stworzenia takiej definicji, która była by bardziej współczesna i adekwatna. Jest ona przedstawiona poniżej.

*Hipnoza jest to złożony proces o charakterze poznawczo-afektywnym, który jest inicjowany przez zawężenie procesów uwagowych do jednego bodźca, przy jednoczesnym zmniejszeniu percepcji bodźców peryferycznych, ograniczeniu krytycznych funkcji myślenia i zwiększeniu podatności na*



*sugestię. Bodźcem inicjującym może być dowolny pojedynczy bodziec sensoryczny lub proces poznawczy (uwaga, pamięć, wyobraźnia, interpretacja, język, myślenie). Proces ten po jego zainicjowaniu umożliwia jednostce doświadczanie i przechodzenie przez szerokie spektrum stanów o charakterze subiektywnym. Doświadczeniom tym towarzyszą zmiany o charakterze neurofizjologicznym, afektywnym i poznawczym, które są wdrukowywane, utrwalane i automatyzowane przez układ neuronalny szybciej niż ma to miejsce w stanie czuwania. Proces hipnozy może być inicjowany nieintencjonalnie przez jednostkę naturalistycznie i spontanicznie, może również być inicjowany przez nią intencjonalnie a także może być efektem interakcji i komunikacji z innym człowiekiem.*

Tak definiowana hipnoza pozwala zrozumieć wiele aspektów ludzkiego doświadczenia zarówno w wymiarze negatywnym jak i pozytywnym, ponieważ tak pojmowana hipnoza nie jest procesem niezwykłym lecz naturalnym, który jest elementem doświadczenia każdego człowieka. Proces ten gdy uruchamia się naturalistycznie może zarówno wzmacniać pozytywne aspekty życia jednostki jak i wzmacniać te negatywne. Przykładami najbardziej jaskrawymi nieintencjonalnego uruchomienia i wykorzystywania tego procesu są takie zaburzenia jak depresja czy PTSD. W obu tych przypadkach występuje silne i transowe (hipnotyczne) skoncentrowanie procesów uwagowych na negatywnych doświadczeniach. W przypadku depresji to zawężenia pola uwagi dotyczy najczęściej uogólnionych negatywnych przekonań a w przypadku PTSD na pewnych konkretnych wydarzeniach z przeszłości jednostki (flashbacks). W obu sytuacjach osoby uruchamiają u siebie nieintencjonalnie proces hipnozy, który wzmacnia symptomy chorobowe. Analogiczny proces zachodzi wtedy gdy jednostka intensywnie skupia się na jednym bodźcu, który interpretuje pozytywnie, np. szczęśliwym wspomnieniu lub wyobrażeniu o zbliżającym się radosnym momencie. Inicjuje wówczas u siebie proces hipnotyczny, który zmienia jej psychofizjologiczny stan. Są również konteksty sytuacyjne, w których ludzie naturalistycznie aktywują proces hipnozy i jednocześnie nie ma on wydźwięku ani pozytywnego ani negatywnego lecz ma konotację neutralną, jednocześnie umożliwiając jednostce wykonywanie pewnych czynności, dając jej dostęp do pewnych zasobów niezbędnych do wykonania danej czynności. Takimi przykładami są sytuacje w których ktoś się zaczyta ciekawą książką, pochłonie go oglądanie ciekawego filmu, przemierza prowadząc samochód długie trasy czy jest sportowcem wyczynowym starającym się uzyskać stan gotowości startowej a także w sytuacjach które Mihály Csíkszentmihályi nazwał doświadczeniem przepływu. W tych wszystkich sytuacjach jednostki uruchamiają u siebie spontanicznie proces i stan hipnozy.

Oczywiście te różne sytuacje negatywne, pozytywne i neutralne inicjują procesy hipnotyczne o różnej głębokości i odmiennej charakterystyce. We wszystkich jednak tych sytuacjach mamy do czynienia z zawężeniem pola uwagi do jednego elementu rzeczywistości zewnętrznej lub wewnętrznej, przy jednoczesnej eliminacji bodźców peryferycznych i tworzeniem szerokiego spektrum stanów psychofizjologicznych o odmiennej charakterystyce niż stan wyjściowy.



## ROZDZIAŁ 4. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Poniżej przedstawiony został problem badawczy i hipotezy badawcze oraz opisane są narzędzia badawcze, za pomocą których przeprowadzone zostało badanie. W drugiej części rozdziału przeprowadzona została analiza grupy badanej oraz przedstawiona została zastosowaną procedurę badawczą.

### 4.1. Problem i hipotezy badawcze

W projekcie badawczym analizowano poziom lęku i poziom kontroli emocjonalnej oraz ich wzajemny związek u pacjentów z zaburzeniami lękowymi leczonych hipnozą. Ogólny problem badawczy określono za pomocą następującego pytania: **Jakie powiązania występują w zakresie poziomu lęku i poziomemu kontroli emocjonalnej u pacjentów z zaburzeniami lękowymi leczonych hipnozą?**

Rozwiązanie tego problemu wymaga uzyskania odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- P1.** Czy hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z zaburzeniami lękowymi przyczynia się do zmniejszenia poziomu lęku?
- P2.** Czy hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z zaburzeniami lękowymi przyczynia się do zwiększenia poziomu kontroli emocjonalnej?
- P3.** Czy istnieje związek między poziomem lęku a poziomem kontroli emocjonalnej u osób w badanej grupie?

Na podstawie literatury przedmiotu postawione zostały następujące hipotezy:

- H1.** Hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z badanych przyczynia się do zmniejszenia poziomu lęku (stan i cecha).
- H2.** Hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób badanych przyczynia się do zwiększenia poziomu kontroli emocjonalnej.
- H3.** Pomiędzy poziomem lęku (stanu i cechy) a poziomem poczucia kontroli emocjonalnej w grupie badanych istnieje zależność, polegająca na tym, że wraz z obniżaniem się poziomu lęku wrasta poziom kontroli emocjonalnej.

Aby zweryfikować postawione hipotezy przeprowadzone zostaną badania z wykorzystaniem kwestionariuszy badających poziom lęku i poziom kontroli emocjonalnej oraz analiza wyników tych badań .





## 4.2. Charakterystyka zastosowanych metod

W przeprowadzonym badaniu wykorzystano:

- *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI* autorstwa C.D. Spielberga, J. Strelaua, M. Tysarczyka, K. Wrześniewskiego, oraz
- *Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej* Jerzego Brzezińskiego

### 4.2.1. STAI Inwentarz Stanu i Cechy Lęku

*Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (State Trait Anxiety Inventory)* został opracowany przez Spielberga, Gorsucha i Lushene'a. Adaptacji polskiej dokonali: Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski. Test składa się z dwóch części, każda z nich zawiera 20 pytań. Pierwsza część kwestionariusza (Arkusz X-1) bada poziom lęku sytuacyjnego, chwilowego odczuwanego w danym momencie, określanego jako stan. Druga część kwestionariusza (Arkusz X-2) mierzy poziom lęku odczuwanego zazwyczaj, jako względnie stałą dyspozycję osobowości, dlatego został zdefiniowany jako lęk-cecha. Kwestionariusz charakteryzuje się wysoką zgodnością wewnętrzną w obu skalach i nieco niższym poziomem stabilności bezwzględnej skali X-1. W części oceniającej lęk jako stan badany ma do wyboru odpowiedzi: zdecydowanie tak, raczej tak, raczej nie, zdecydowanie nie. Skłaniają go one do oceny swojego aktualnego stanu w momencie badania. W drugiej części testu mierzącej lęk jako cechę odpowiedzi są skonstruowane odmiennie i dotyczą częstotliwości występowania określonych objawów: prawie zawsze, często, czasami, prawie nigdy. Odpowiedziom przypisywane są wartości punktowe w przedziale od 1 do 4. Wynik surowy stanowi sumę wartości punktowych uzyskanych w osobno w obu skalach X-1 i X-2. Następnie otrzymane wyniki surowe przeliczane są na wartości stenowe. Skala stenowa jest skalą 10-punktową. Wyniki uzyskane w skali stenowej w przedziale pomiędzy 1 a 4 świadczą o niskim natężeniu lęku jako stanu i cechy. Wyniki w przedziale stenów 5-6 świadczą o średnim poziomie lęku jako stanu i lęku jako cechy. Za wysokie natomiast uznaje się wyniki w przedziale od 7 do 10 stenu. Świadczą one o wysokim poziomie lęku jako stanu i lęku jako cechy. Wysokie wyniki w wymiarze lęku jako stanu świadczą mogą o stresie w wyniku trudnej sytuacji życiowej, w jakiej znajdują się badane osoby. Natomiast wysokie wyniki w wymiarze lęku jako cechy mogą świadczyć o stałej predyspozycji osobowościowej do odpowiadania lękiem na różne sytuacje życiowe. Test przeznaczony jest do badania młodzieży i dorosłych (od 15 – 79 r. ż.) z rozróżnieniem na kobiety i mężczyzn. Za pomocą kwestionariusza można diagnozować różne zaburzenia lękowe, sprawdza się też w diagnozie przesiewowej i indywidualnej. Poza tym kwestionariusz jest przydatny w badaniach

eksperymentalnych wymagających rejestrowania zmian nasilenia lęku ( Wrześniewski, Sosnowski i in., 2006). W badaniach wykorzystano wersję tego kwestionariusza z 2006 roku.

#### 4.2.2. *Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej J. Brzezińskiego*

*Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej (KKE)* został opracowany przez Jerzego Brzezińskiego. W skład kwestionariusza wchodzi 45 pytań. Test wyodrębnia 5 skal, a do każdej z nich odnosi się po 9 pytań kwestionariusza. Skale mierzą 5 wymiarów i odnoszą się bezpośrednio do koncepcji kontroli emocjonalnej J. Brzezińskiego:

- **Skala kontroli ekspresji (KE)**-mierzy zdolność jednostki do kontrolowania zewnętrznych przejawów emocji takich jak np. ruchy całego ciała, kończyn, drżenia rąk, wokalizacje, śmiech, płacz, mimika twarzy. Nie bada pocenia się, blednięcia, czerwienia się. Wysoki wynik w tej skali świadczy o nadmiernej kontroli ekspresji a niski świadczy o niedostatecznie wykształconej kontroli ekspresji.
- **Skala motywacji emocjonalno-racjonalnej (MER)**- mierzy rodzaj motywacji u jednostki, jeden koniec skali reprezentuje zachowania motywowane emocjonalnie , drugi koniec skali zachowania motywowane racjonalnie. Skala ta jest silnie powiązana z poziomem dojrzałości jednostki. Wysoki wynik w tej skali świadczy o kontrolowanym i przemyślanym zachowaniu a niski wynik o impulsywnych zachowaniach i niedojrzałości.
- **Skala odporności emocjonalnej (O)**- mierzy zdolność jednostki do niezdezorganizowanego funkcjonowania pod wpływem przeżywania emocji pozytywnych i negatywnych. Określa również zdolność do stłumienia w sobie rozwijającej się reakcji emocjonalnej. Mierzy zdolność do kontrolowania własnych zachowań w stanach silnej aktywacji emocjonalnej. Wysoki wynik w tej skali świadczy o odporności jednostki na emocje i nadmiernej ich kontroli. Niski wynik w tej skali świadczy o tym, że osoba jest nieodporna na emocje i nie kontroluje swoich zachowań.
- **Skala kontroli sytuacji (KS)**- mierzy zdolność osoby do kontrolowania sytuacji wywołujących emocje i wpływania na nie działaniem. Przejawia się łatwym wchodzeniem w sytuacje emotogenne lub tendencją do ich unikania. Wysoki wynik w tej skali świadczy o nadmiernej kontroli sytuacji i ich lękowym unikaniu. Niski wynik w tej skali świadczy o tym, że jednostka ma tendencję do bezrefleksyjnego wchodzenia w sytuacje emotogenne, bez zastanawiania się nad jej konsekwencjami.

- **Skala pobudliwości emocjonalnej (PE)** - mierzy ona próg reaktywności emocjonalnej jednostki. Wynik w tej skali świadczy o tym, na ile łatwo jednostka pod wpływem bodźca ulega reakcji emocjonalnej. Im niższy wynik w tej skali tym osoba słabiej reaguje na bodźce wywołujące emocje.

Badany/a na każde pytanie kwestionariusza może udzielić następujących odpowiedzi: zawsze, często, rzadko, nigdy. Każdej odpowiedzi jest przypisywana wartość punktowa od 0 do 3. Wyniki surowe w poszczególnych skalach stanowią sumy punktowanych odpowiedzi w każdej ze skal. Wyniki surowe są następnie przeliczane na skale stenową, 10-punktową. Za niskie uznaje się wyniki w przedziale pomiędzy 1 a 4 stenem, średnie to przedział pomiędzy 5 a 6 stenem a wyniki wysokie mieszczą się w przedziale pomiędzy 7 a 10 stenem. Normy kwestionariusz zostały opracowane dla osób dorosłych bez podziału na płeć i wiek. Poszczególne skale Kwestionariusza Kontroli Emocjonalnej posiadają następującą rzetelność: skala kontroli ekspresji  $rtt = 0,83$ , skala motywacji emocjonalno-racjonalnej  $rtt = 0,81$ , skala odporności emocjonalnej  $rtt = 0,82$ , skala pobudliwości emocjonalnej  $rtt = 0,86$  (autor nie podaje rzetelności dla skali kontrola sytuacji).

### 4.3. Procedura badania

Badania do niniejszej pracy zostały zaplanowane w formie quasi-eksperymentu naturalnego, bez grupy kontrolnej. Kryterium doboru do grupy badanych stanowiła postawiona diagnoza psychiatryczna stwierdzające zaburzenie lękowe lub spełnianie pełnych kryteriów diagnostycznych ICD-10 lub DSM-IV dla zaburzeń lękowych. Nie zastosowano innych kryteriów doboru. Założono, że grupę badanych będzie stanowiło 30 pierwszych osób dorosłych, które zgłoszą się na terapię z wykorzystaniem hipnozy do 4 terapeutów prowadzących terapię w ramach projektu badawczego i wyrażą zgodę na udział w badaniu oraz będą spełniać w/w kryterium. Badania nie były nigdzie anonsonowane, a badani stanowili grupę, która w naturalny sposób sama zgłosiła na terapię u praktykujących terapeutów w ich gabinetach. Udział 4 terapeutów, w tym 3 psychologów i jednego pedagoga, pozwolił wyeliminować zmienną w postaci osobowości konkretnego terapeuty. Terapeuci prowadzący terapię stanowią kadrę Professional Hypnosis Training Institute. Stosują oni jednolity program terapeutyczny do pracy z zaburzeniami lękowymi, modyfikowany nieznacznie w zależności od typu konkretnego zaburzenia lękowego. Reprezentują podejście krótkoterminowe na które składają się elementy psychoterapii ericksonowskiej i radzieckiej szkoły hipnozy klinicznej. Dwóch z nich prowadzi prywatną praktykę w Warszawie a dwóch w Krakowie.

Zmiennymi zależnymi w niniejszym projekcie są:



- **Poziom lęku** zoperacjonalizowanych na wskaźniki X-1- poziom lęku jako jako stanu oraz X-2 poziom lęku jako cechy mierzone Inwentarzem STAI.
- **Poziom kontroli emocjonalnej** zoperacjonalizowany na 5 wskaźników: poziom kontroli ekspresji (KE), poziom motywacji emocjonalno-racjonalnej (MER), poziom odporności emocjonalnej (O), poziom kontroli sytuacji (KS), poziom pobudliwości emocjonalnej (PE) mierzone Kwestionariuszem KKE.

Zmienną niezależną w projekcie badawczym był udział w krótkoterminowej terapii z wykorzystaniem hipnozy w ilości 10 sesji przez każdego z badanych przy częstotliwością minimum 1 sesji w tygodniu.

Projekt zakładał wykonanie pierwszego pomiaru badanych zmiennych zależnych przed rozpoczęciem terapii (Od 01.10.2021 do 10.10.2021) następnie wprowadzenie zmiennej niezależnej (Od 04.10.2021 do 31.12.2021) oraz wykonanie drugiego pomiaru po zakończeniu terapii przez każdego z badanych (Od 06.12.2021 do 31.12.2021). Założony plan został zrealizowany. Następnie przeprowadzono obróbkę statystyczną otrzymanych danych i ich analizę.

#### 4.4. Charakterystyka grupy badanej

W projekcie badawczym wzięło udział 30 osób, mieszkańców aglomeracji krakowskiej i aglomeracji warszawskiej. Przedział wiekowy badanych to 21-56 lat. Wszystkie poniższe dane pochodzą z kart pacjentów standardowo używanych przez terapeutów Professional Hypnosis Training Institute. W poniższej tabeli przedstawiono rozkład procentowy i liczbowy wieku badanych.

Tabela 5

*Zróźnicowanie wieku badanych*

Wiek	Grupa badanych	
	N	%
20-29	7	23,33
30-39	11	36,67
40-49	7	23,33
50 i więcej	5	16,67
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne



Dane w tabeli 5 pokazują, że najliczniejszą grupą badanych były osoby w przedziale wiekowym 30-39 lat. Było to 11 osób co stanowiło 36,67% wszystkich badanych. Najmniej liczną grupą badanych były osoby w przedziale 50+ , których było 5, co stanowiło 16,67% ogółu badanych. Wśród badanych było także 7 osób w przedziale wieku 20-29 lat co stanowiło 23,33% wszystkich badanych. Tak samo liczna okazała się grupa badanych w przedziale wieku 40-49 lat.

Kolejną analizowaną daną stanowiła płeć badanych.

Tabela 6

*Zróznicowanie badanych ze względu na płeć*

Płeć	Grupa badanych	
	N	%
Kobiety	21	70
Mężczyźni	9	30
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Dane w tabeli 6 pokazują, że w badaniu wzięło udział 21 kobiet. Stanowiło to 70 % ogółu badanych. W badaniach wzięło udział 9 mężczyzn, co stanowiło 30% wszystkich badanych. Niestety nie udało się zebrać dwóch równolicznych grup mężczyzn i kobiet. Wynika to zapewne z tego, że mężczyźni rzadziej decydują się korzystać z psychoterapii a także z tego, że statystycznie zaburzenia lękowe częściej występują u kobiet.

Kolejną analizowaną zmienną było posiadanie diagnozy psychiatrycznej lub jej brak.

Tabela 7

*Zróznicowanie badanych ze względu na posiadanie diagnozy psychiatrycznej*

Diagnoza psychiatryczna	Grupa badanych	
	N	%
Posiadający	19	66,67
Nieposiadający	11	33,33
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Dane z tabeli 7 wskazują, że w badaniu wzięło udział 19 posiadających diagnozę psychiatryczną, do stanowiło 66,67% ogółu osób badanych. W badaniu wzięło udział również 11 osób

nieposiadających diagnozy psychiatrycznej ale spełniających pełne kryteria diagnostyczne ICD-10 i DSM-IV dla zaburzeń lękowych. Stanowiło to 33,33% wszystkich badanych osób.

Kolejną analizowaną grupą danych było różnicowanie występowania konkretnych zaburzeń lękowych w badanej grupie.

Tabela 8

*Zróżnicowanie badanych ze względu na rozpoznane zaburzenie lękowe*

Zaburzenie lękowe	Grupa badanych	
	N	%
Zespół leku uogólnionego	12	40
Zespół lęku panicznego	6	20
Fobie specyficzne	2	6,67
Fobia społeczna	6	20
Zaburzenia OCD	4	13,33
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Dane z tabeli 8 pozwalają stwierdzić, że 12 osób w grupie badanych stanowiły osoby z zaburzeniem lęku uogólnionego, co stanowiło 40% ogółu badanych. Osoby z zaburzeniem lęku panicznego i fobii społecznej liczyły po 6 osób. Stanowiło to dwie grupy po 20% każda ogółu badanych. Zaburzenia OCD były reprezentowane przez 4 osoby, co stanowi 13,33% w całej badanej grupie. Znalazły się w niej również 2 przypadki osób z fobią specyficzną, stanowiące 6,67% Wszystkich badanych.

Kolejną analizowaną grupą danych było różnicowanie dotyczące długości okresu zmagania się z zaburzeniem

Tabela 9

*Zróżnicowanie badanych ze względu na okres zmagania się z zaburzeniem*

Okres zmagania się z zaburzeniem	Grupa badanych	
	N	%
Do 2 lat	4	13,33
2-5 lat	10	33,33
5-10 lat	9	30
Powyżej 10 lat	7	23,34
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne



Dane przedstawione w tabeli 9 wskazują, że najliczniejszą grupę (10 osób) stanowiły osoby zmagające się z zaburzeniem w przedziale czasu pomiędzy 2 -5 lat, co stanowiło 33,33% wszystkich badanych osób. Drugą co do liczebności grupę (9 osób) stanowiły osoby zmagające się z problemem 5-10 lat. Stanowili oni 23,34% ogółu badanych. Trzecią co do liczebności grupę (9 osób) stanowiły osoby zmagające się z zaburzeniem powyżej 10 lat. Stanowi to 23,34% ogółu badanych. Najmniej liczna (4 osoby) była grupa osób, których staż w walce z chorobą nie przekraczał 2 lat. Grupa ta stanowiła 13,33% wszystkich badanych.

Kolejną analizowaną informacją była kwestia wcześniejszego korzystania przez badanych z psychoterapii. Jest to o tyle istotna kwestia, że zwiększa prawdopodobieństwo niepowodzenia przy kolejnych próbach korzystania z tej formy leczenia.

Tabela 10

*Zróznicowanie badanych ze względu na wcześniejszy korzystanie z psychoterapii*

Wcześniejsze leczenie psychoterapeutyczne	Grupa badanych	
	N	%
Jednokrotne leczenie	6	20
Dwukrotne leczenie	12	40
Trzykrotne leczenie lub więcej	6	20
Brak wcześniejszego leczenia	6	20
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Dane z tabeli 10 wskazują na to, że najliczniejszą grupę (12 osób) stanowili badani, którzy wcześniej dwukrotnie korzystali z psychoterapii. Stanowią oni 40% ogółu badanych. Zarówno grupy osób leczonych wcześniej psychoterapią jednokrotnie a także trzykrotnie lub więcej i nielezione wcześniej psychoterapią były równoliczne (po 6 osób). Każda z tych grup stanowiła 20% ogółu badanych.

Analizowano także kwestię korzystania z leczenia farmakologicznego w badanej grupie.

Tabela 11

*Zróznicowanie badanych ze względu na leczenie farmakologiczne*

Leczenie farmakologiczne	Grupa badanych	
	N	%
Aktualnie	18	60
W przeszłości	5	16,67

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



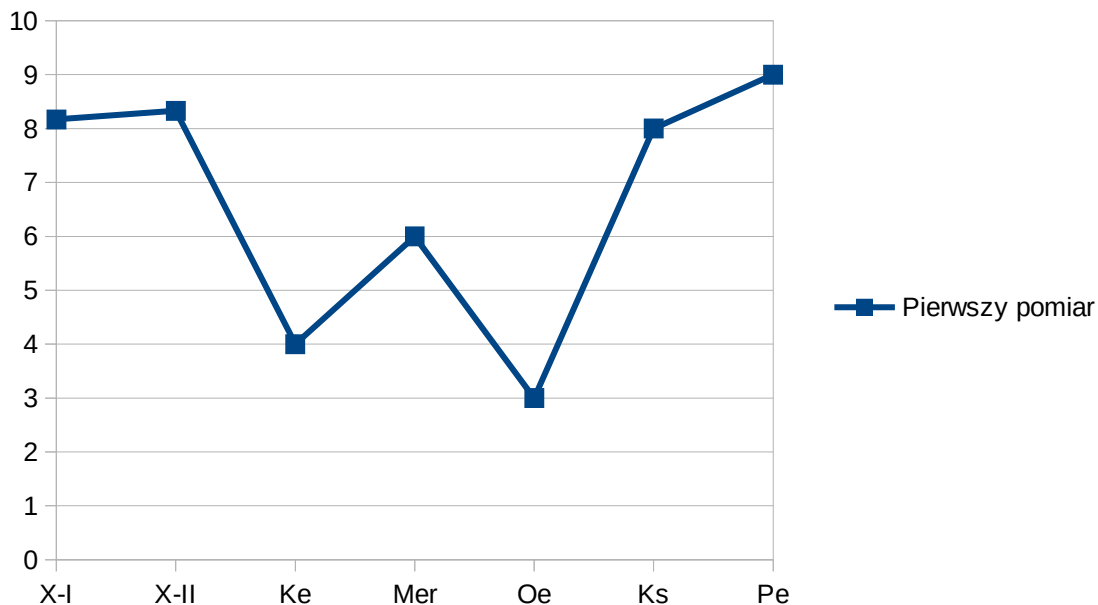
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Leczenie farmakologiczne	Grupa badanych	
Brak	7	23,33
Liczba osób w grupie	30	100

Źródło: Opracowanie własne

Dane zaprezentowane w tabeli 11 wskazują, że najliczniejszą kategorię osób spośród badanych (18 osób) stanowiły osoby aktualnie korzystające z leczenia farmakologicznego. Osoby te stanowią 60 % ogółu badanych. 7 osób nigdy nie korzystało z leczenia farmakologicznego. Stanowiła to 23,33 osób objętych badaniem. Najmniej liczną okazała się grupa osób (5 przypadków), które leczyły się w przeszłości ale aktualnie tego nie kontynuują. Stanowiła ona 16,67% ogółu wszystkich.

Ponadto dla lepszego scharakteryzowania badanej grupy w tym miejscu przedstawiony został profil przeciętnego badanego uzyskany przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy w wyniku uśrednienia indywidualnych wyników wszystkich badanych po wcześniejszym przeliczeniu ich na steny a także tabelaryczne zestawienie wyników osób badanych w skalach lęku Inwentarza STAI z podziałem na wyniki wysokie, średnie i niskie. Zestawienie tabelaryczne również uzyskano przeliczając wyniki pierwszego pomiaru na skalę stenową.



Rysunek 4. Profil wyników uśrednionych badanych przeliczony na wartości stenowe przed rozpoczęciem terapii hipnozą

Źródło: opracowanie własne

Uzyskany profil pozwala stwierdzić, że momencie poprzedzającym rozpoczęcie terapii grupę badanych cechował **wysoki poziom lęku jako stanu, wysoki poziom lęku jako cechy, wysoki**





**poziom kontroli sytuacji i pobudliwości emocjonalnej.** Ponadto grupę cechował również średni poziom motywacji emocjonalno-racjonalne oraz niskie poziomy odporności emocjonalnej i kontroli ekspresji.

Tabela 12

*Podział wyników osób badanych w skalach lęku jako stanu i lęku jako cechy przed rozpoczęciem terapii hipnozą*

Wyniki	Lęk jako stan X-1		Lęk jako cecha X-2	
	N	%	N	%
Wysokie (7-10 sten)	24	80	30	100
Średnie (5-6 sten)	6	20	0	0
Niskie (1-4 sten)	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne

Wyniki z tabeli 12 pozwalają stwierdzić, że jeśli chodzi o lęk jako stan x-1, to 24 badanych zanotowało przed rozpoczęciem terapii hipnozą wyniki wysokie. Stanowią one 80%, wszystkich wyników w grupie badanych. Ponadto 6 osób uzyskało wyniki średnie w tej skali, co stanowi 20% wszystkich uzyskanych przez badanych wyników. Badanie skali lęku jako cecha X-2 wykazało, że przed rozpoczęciem terapii hipnozą, poziom lęku jako cechy u wszystkich badanych był na wysokim poziomie.

## ROZDZIAŁ 5. ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

Obliczenia statystyczne wykonano w programie IBM SPSS. W celu oceny zgodności rozkładów z rozkładem normalnym zastosowano test Shapiro-Wilka. Do oceny istotności różnic między wynikami testów-pre a wynikami testów-post zastosowano testy t dla prób zależnych, w przypadku zmiennych których rozkłady odbiegały od rozkładu normalnego dodatkowo wykonano testy Wilcoxon dla par wiązanych. Wyniki przedstawiano za pomocą wykresów słupków błędu z oznaczoną średnią i 95% przedziałem ufności. Do oceny występowania związku między zmiennymi ilościowymi zastosowano współczynnik Pearsona, dodatkowo ze względu na zmienne o rozkładach odbiegających od normalnego obliczono współczynniki Spearmana. Jako granicę istotności statystycznej zastosowanych testów przyjęto  $p < 0,05$ .

Dla potrzeb lepszej organizacji przedstawianego materiału wszystkie dane zgromadzone podczas pierwszego pomiaru wskaźników (pre-testu) zostały oznaczone jako (I) a dane z drugiego pomiaru (post-testu) oznaczono jako (II).

W pierwszym kroku wyliczone zostały podstawowe statystyki opisowe oraz testy normalności rozkładu dla zmiennych ilościowych. Zostaną one przedstawione w następnym podrozdziale.

### 5.1. Podstawowe statystyki opisowe otrzymanych wyników oraz analiza ich zgodności rozkładów z rozkładem normalnym

Prezentacja podstawowych statystyk w niniejszej pracy zostanie rozpoczęta przedstawieniem zbiorczych zestawień wyników wszystkich badanych zmiennych oraz zbiorczym zestawieniem obliczeń dotyczących zgodności otrzymanych rozkładów z rozkładem normalnym. Następnie za pomocą histogramu zostały graficznie przedstawione otrzymane rozkłady wyników poszczególnych zmiennych a także opisy otrzymanych wyników. Wszystkie opisywane wyniki odnoszą się do danych tabelarycznych zamieszczonych na początku podrozdziału.

Tabela 13

*Statystyki podstawowe wszystkich wskaźników badanych zmiennych*

Statystyki opisowe wszystkich badanych zmiennych											
Zmienna	N	M	95% PU dla średniej		Me	SD	Xmin	Xmax	Rozstęp	SKE	K
			Dolna granica	Górna granica							

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Statystyki opisowe wszystkich badanych zmiennych											
X-1 (I)	30	51,8	48,4	55,2	54	9,1	37	69	32	-0,06	-1,05
X-1 (II)	30	39,6	36,53	42,67	40,5	8,23	27	60	33	0,71	0,24
X-2 (I)	30	55,6	53,71	57,49	56	5,06	47	64	17	-0,16	-0,74
X-2 (II)	30	44,4	41,2	47,6	42	8,58	29	63	34	0,39	-0,07
Ks (I)	30	14,63	12,92	16,35	13,5	4,59	8	23	15	0,38	-1
Ks (II)	30	16,2	15,24	17,16	17	2,57	9	20	11	-0,91	0,77
Mer (I)	30	17,13	16,2	18,07	17,5	2,5	10	21	11	-0,87	1,13
Mer (II)	30	17,83	17,11	18,55	18	1,93	13	22	9	-0,43	0,58
Oe (I)	30	9,97	9,06	10,87	11	2,43	5	14	32	-0,39	-0,96
Oe (II)	30	14,9	13,77	16,03	16	3,02	8	19	33	-1,02	0,34
Ks (I)	30	17,8	16,7	18,9	17	2,95	13	26	17	0,56	0,64
Ks (II)	30	16,43	15,35	17,52	16	2,91	12	26	34	1,34	2,87
Pe (I)	30	18,07	17,18	18,95	18	2,36	14	22	15	0,07	-1,02
Pe (II)	30	12,4	11,25	13,55	12	3,09	8	20	11	1,05	0,39

Adnotacja: przedział ufności dla średniej  $\alpha \leq 0,05$

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 14

Zbiornicze zestawienie wyników obliczeń zgodności otrzymanych rozkładów wyników z rozkładem normalnym  
 Testy normalności rozkładu wszystkich badanych zmiennych

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statystyka	df	Istotność	Statystyka	df	Istotność
Lęk jako stan X-1 (I)	,152	30	,073	,949	30	,157
Lęk jako stan X-1 (II)	,173	30	,022	,936	30	,071
Lęk jako cecha X-2 (I)	,100	30	,200*	,953	30	,197
Lęk jako cecha x-2 (II)	,152	30	,075	,947	30	,142
Kontrola ekspresji Ks (I)	,150	30	,082	,936	30	,070
Kontrola ekspresji Ks (II)	,169	30	,029	,930	30	,050
Motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I)	,136	30	,168	,940	30	,093
Motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II)	,134	30	,176	,960	30	,317
Odporność emocjonalna Oe (I)	,198	30	,004	,928	30	,044
Odporność emocjonalna Oe (II)	,175	30	,019	,886	30	,004
Kontrola sytuacji Ks (I)	,140	30	,137	,962	30	,354
Kontrola sytuacji Ks (II)	,159	30	,051	,905	30	,011
Pobudliwość emocjonalna Pe (I)	,126	30	,200*	,948	30	,151
Pobudliwość emocjonalna Pe (II)	,218	30	<,001	,887	30	,004

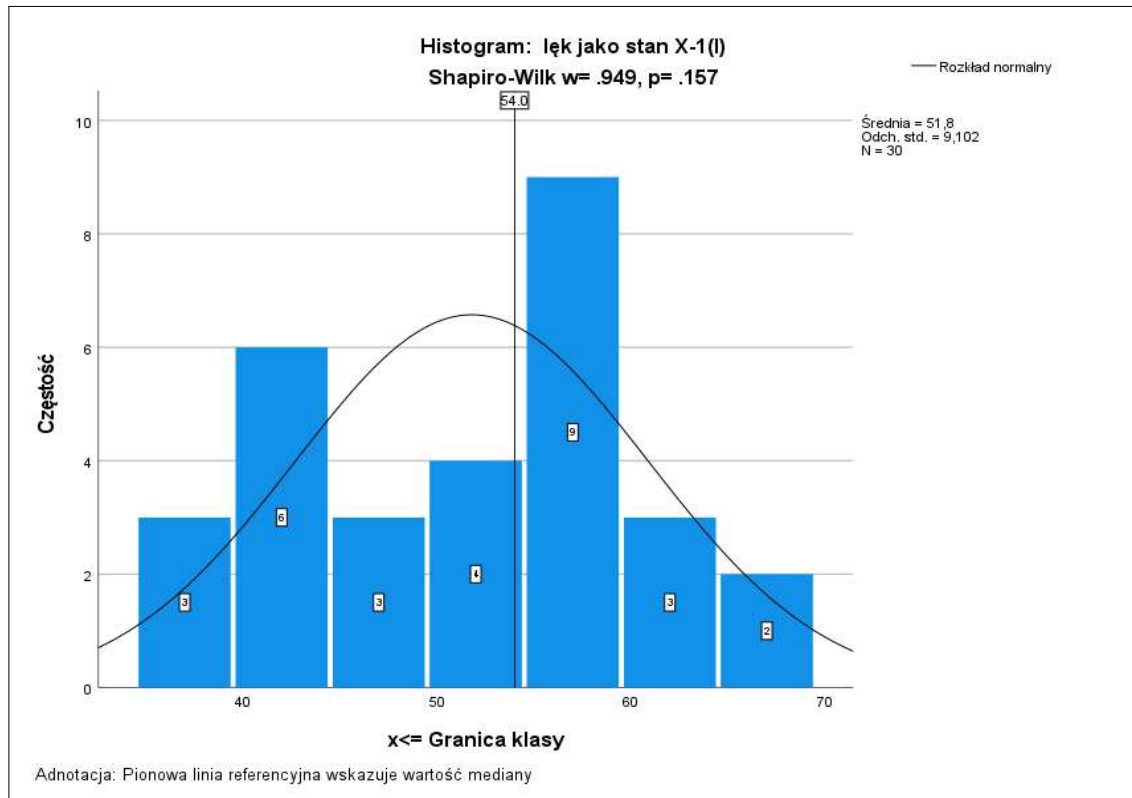
\*. Dolna granica rzeczywistej istotności.

a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Źródło: Opracowanie własne



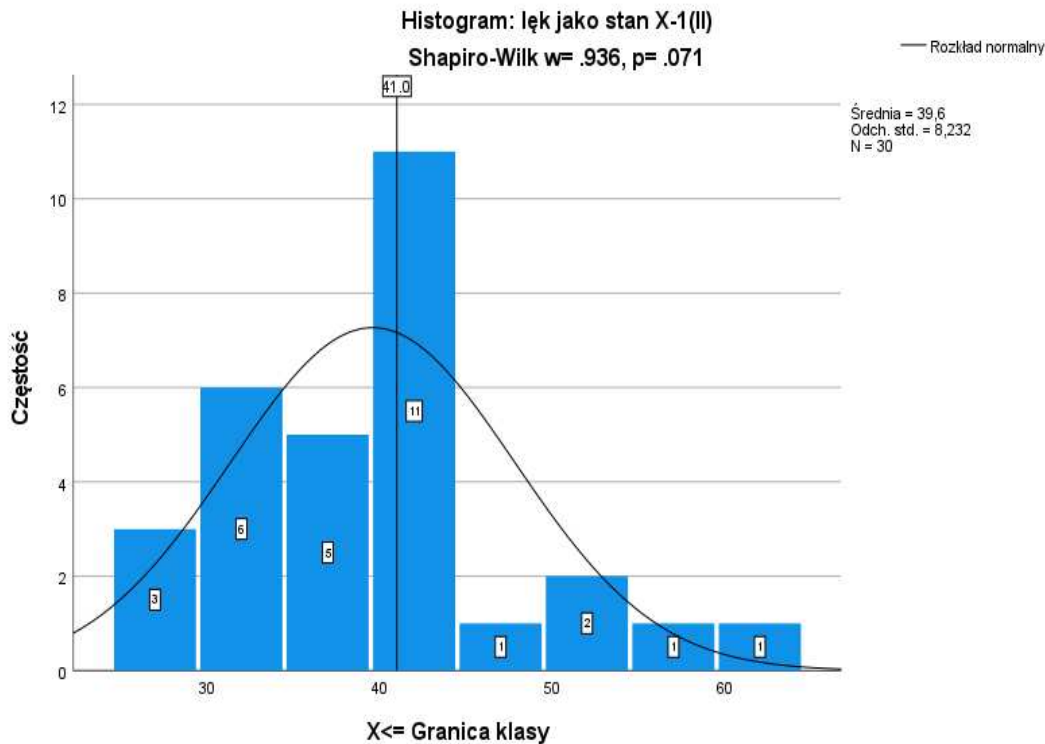
Pierwszym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej lęku jako stan X-1(I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej lęku jako stan X-1(I) w grupie badanych, średnia poziom lęku jako stanu wyniosła 51,80, mediana 54,00, przy odchyleniu standardowym 9,102. Najniższy odnotowany w grupie poziom lęku jako stanu u uczestnika wyniósł 37 a najwyższy zaobserwowany to 69. Rozstęp rozkładu wyniósł więc 32.



Rysunek 5. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej lęku jako stan x-1(I).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej lęku jako stan X-1(I) podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii hipnozą jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,157$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników wskaźnika X-1 (I) jest w bardzo małym stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -.0,06$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter silnie platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-1,051$ . Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i brakowało wyników mieszczących się wokół średniej.

Drugim analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej lęk jako stan X-1(II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej lęk jako stan X-1(II) w grupie badanych, średnia wyniosła 39,60, mediana 40,50, przy odchyleniu standardowym 8,23. Najniższy odnotowany wynik u osoby badanej wyniósł 27 a najwyższy zaobserwowany to 60. Rozstęp wyników wyniósł więc 33.

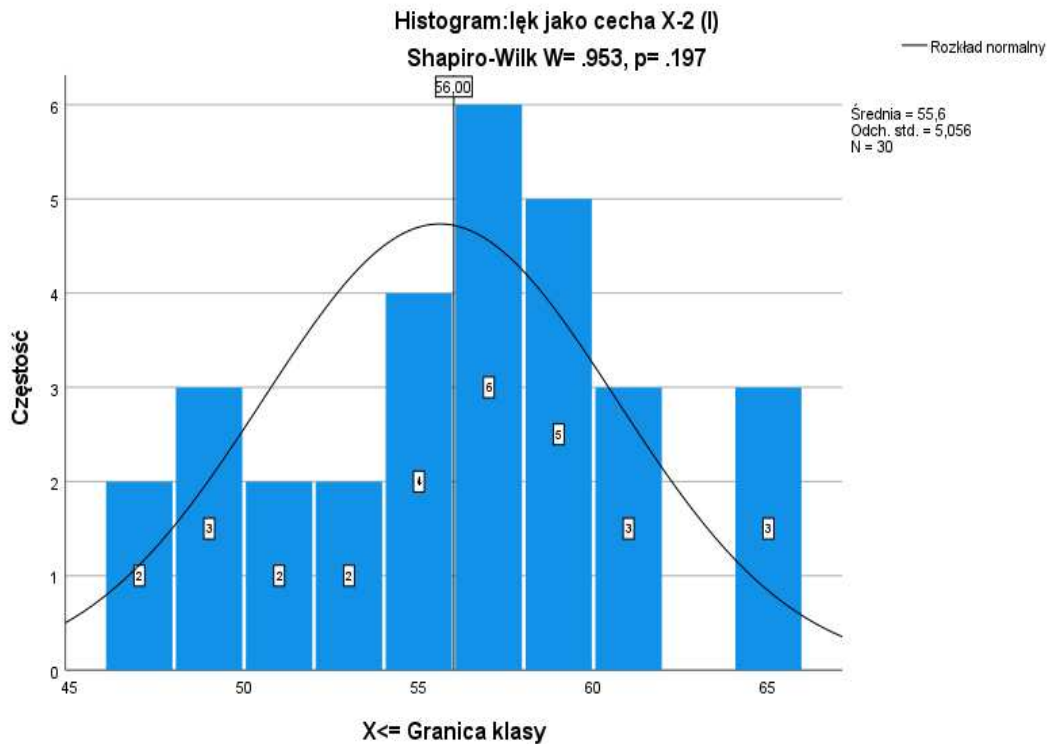


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 6. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej lęk jako stan x-1(II).  
 Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej lęk jako stan X-1(II) podczas drugiego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,071$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej X-1 (II) zmierzony po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy jest w dużym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,71$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w niewielkim stopniu leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 0,236. Rzadziej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne, większość wyników skupiała się w okolicach średniej.

Trzecim analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 były podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej lęk jako cecha X-2(I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej lęk jako cecha X-2(I) w grupie badanych, średnia wyniosła 55,60, mediana 56,00, przy odchyleniu standardowym 5,056. Najniższy odnotowany wśród badanych wynik wyniósł 47 a najwyższy 64. Rozstęp wyników wyniósł więc 17.

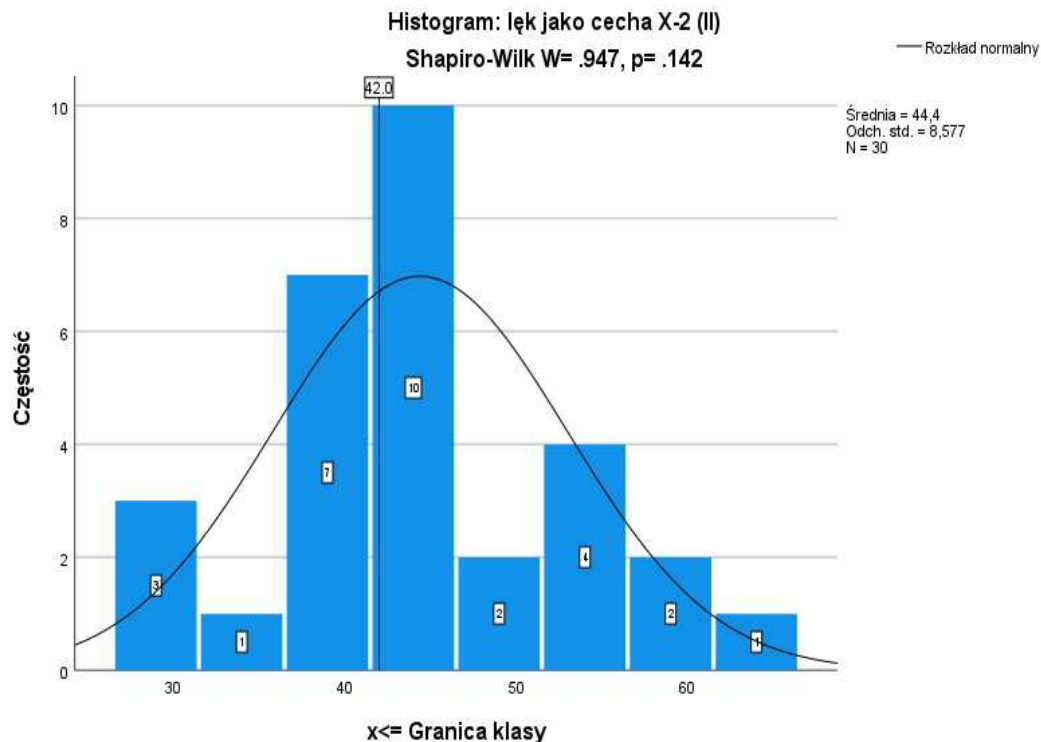


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 7. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej lęk jako cecha x-2(I).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej lęk jako cecha X-2 (I) podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych dokonano przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,197$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej lęk jako cecha X-2 (I) jest w niewielkim stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -.0,16$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w znacznym stopniu platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-0,735$ . Częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne, mniej było wartości mieszczących w okolicach średniej.

Czwartym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej lęk jako cecha X-2(II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej lęk jako cecha X-2(II) w grupie badanych, średni wynik uczestnika wyniósł 44,40, mediana 42,00, przy odchyleniu standardowym 8,577. Najniższy odnotowany u badanego wynik wyniósł 29 a a najwyższy 63. Rozstęp wyników wyniósł więc 34.

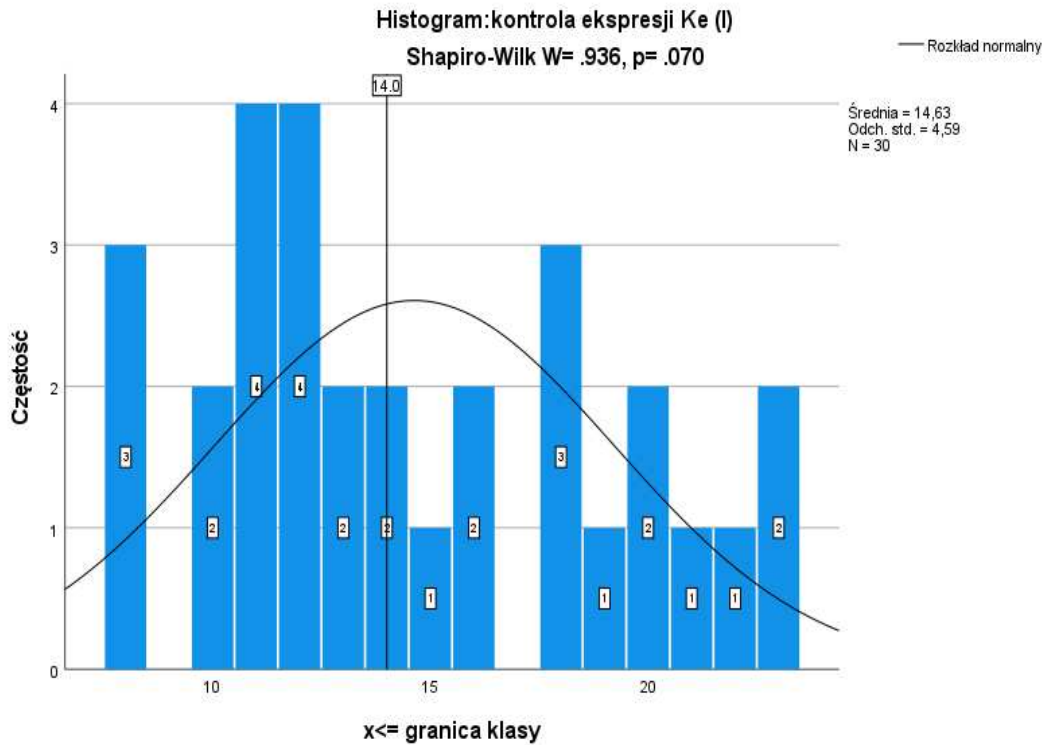


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 8. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru wskaźnika lęk jako cecha x-2(II).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników wskaźnika lęk jako cecha X-2(II) podczas drugiego pomiaru w grupie badanych dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy jest zgodny z rozkładem normalnym, ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,142$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników wskaźnika X-2 (II) jest w niewielkim stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -.0,39$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w minimalnym stopniu platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-0,070$ . Można więc uznać, że wyniki były rozłożone w zbliżony sposób jak w układzie normalnym.

Piątym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (I) w grupie badanych, średnia wyniosła 14,63, mediana 13,50, przy odchyleniu standardowym 4,59. Minimum wyniosło 8 a maksimum 23. Rozstęp wyników wyniósł więc 15.



Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

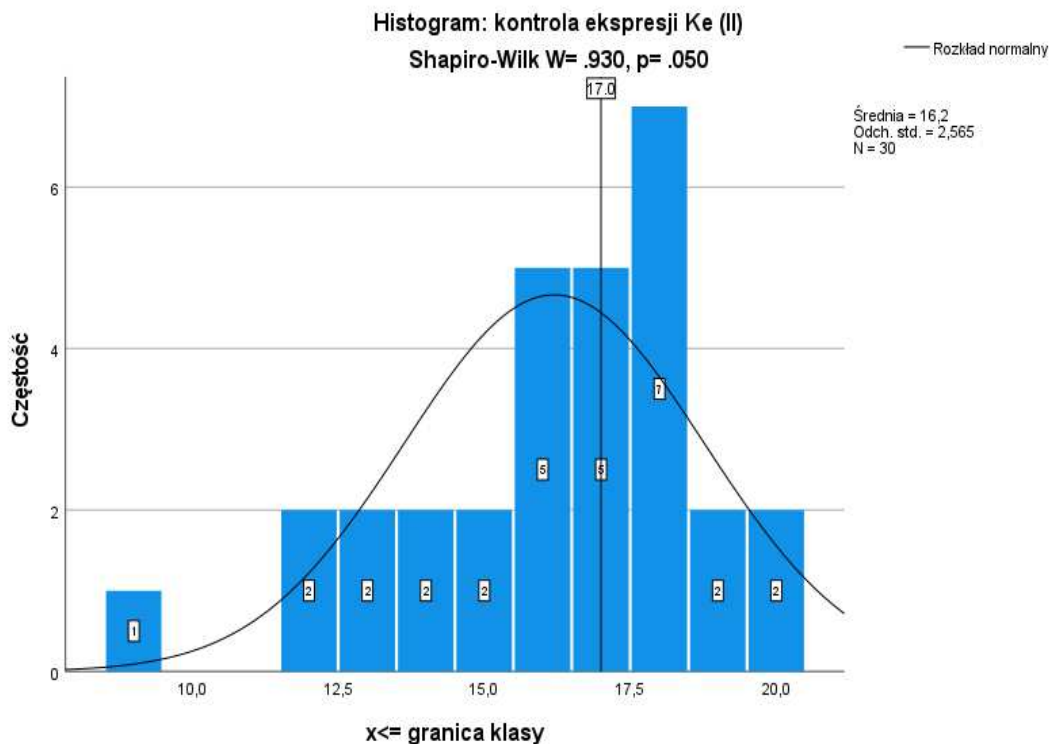
Rysunek 9. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (I).  
 Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej kontrola ekspresji Ke (I) podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,070$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Ke (I) jest w niewielkim stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,38$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter silnie platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-1,002$ . Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i brakowało wyników mieszczących się wokół średniej.

Szóstym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z



wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (II) w grupie badanych, średnia wyniosła 16,20, mediana 17,00, przy odchyleniu standardowym 2,565. Minimum wyniosło 9 a maksimum 20. Rozstęp wyników wyniósł więc 11.



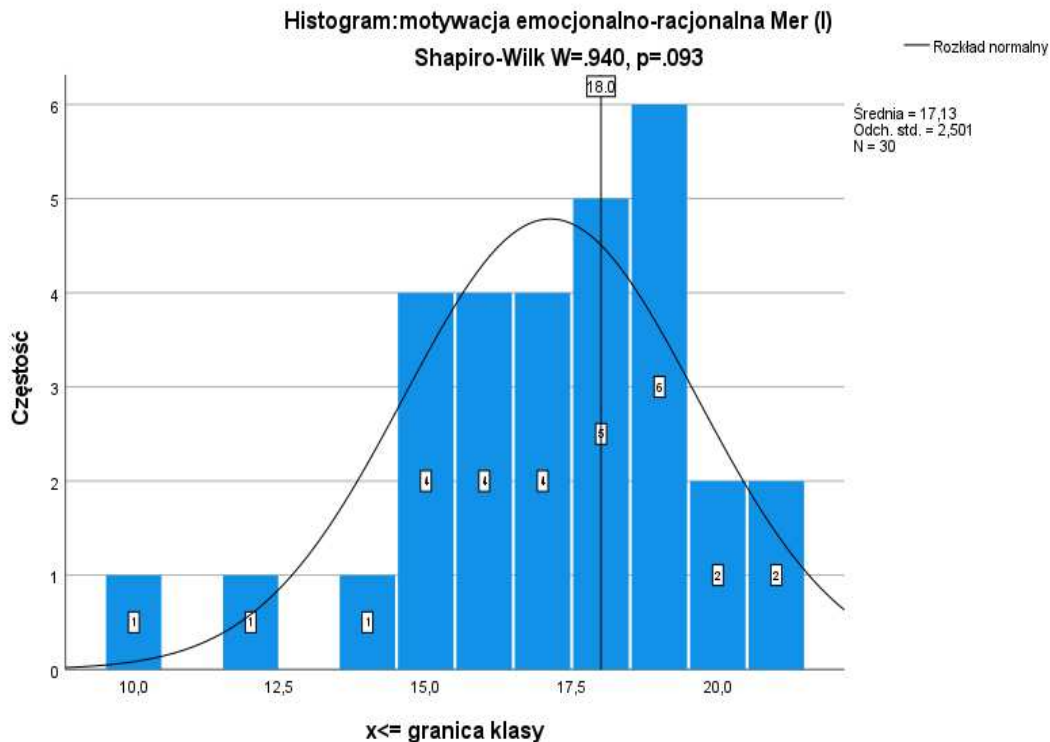
Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 10. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (II).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej kontrola ekspresji Ke (II) podczas drugiego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,050$  i jest równy wartości granicznej  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Ke (II) jest w bardzo dużym stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,908$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w znacznym stopniu leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 0,735. Częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości oscylujące wokół średniej.

Siódmym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I) w grupie badanych przed zakończeniem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I) w grupie badanych, średnia wyniosła 17,13, mediana

17,50, przy odchyleniu standardowym 2,501. Minimum wyniosło 10 a maksimum 21. Rozstęp wyników wyniósł więc 11.



Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

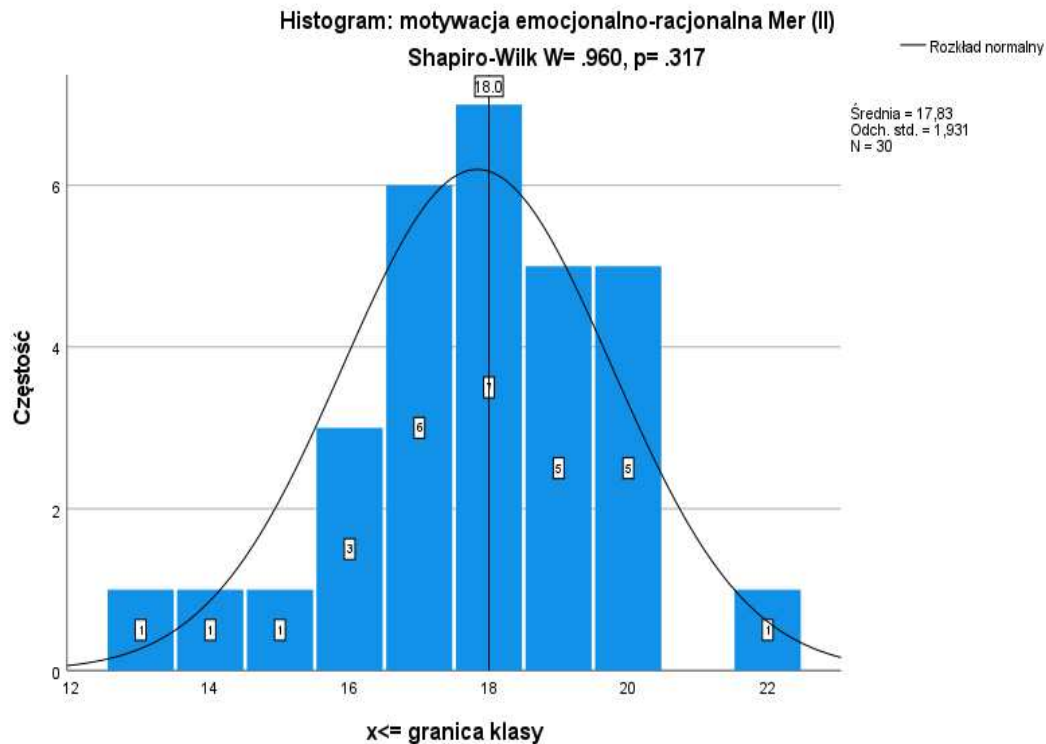
Rysunek 11. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I).

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I) podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,093$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Mer (I) jest w bardzo dużym stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -.0,870$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter silnie leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 1,134. Zdecydowanie rzadziej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i dominował wyniki skupione się wokół średniej.

Ósmym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II) w grupie badanych, średni poziom wyniósł 17,83, mediana 18,00,

przy odchyleniu standardowym 1,931. Minimum wyniosło 13 a maksimum 22. Rozrzut wyników wyniósł więc 9.



Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

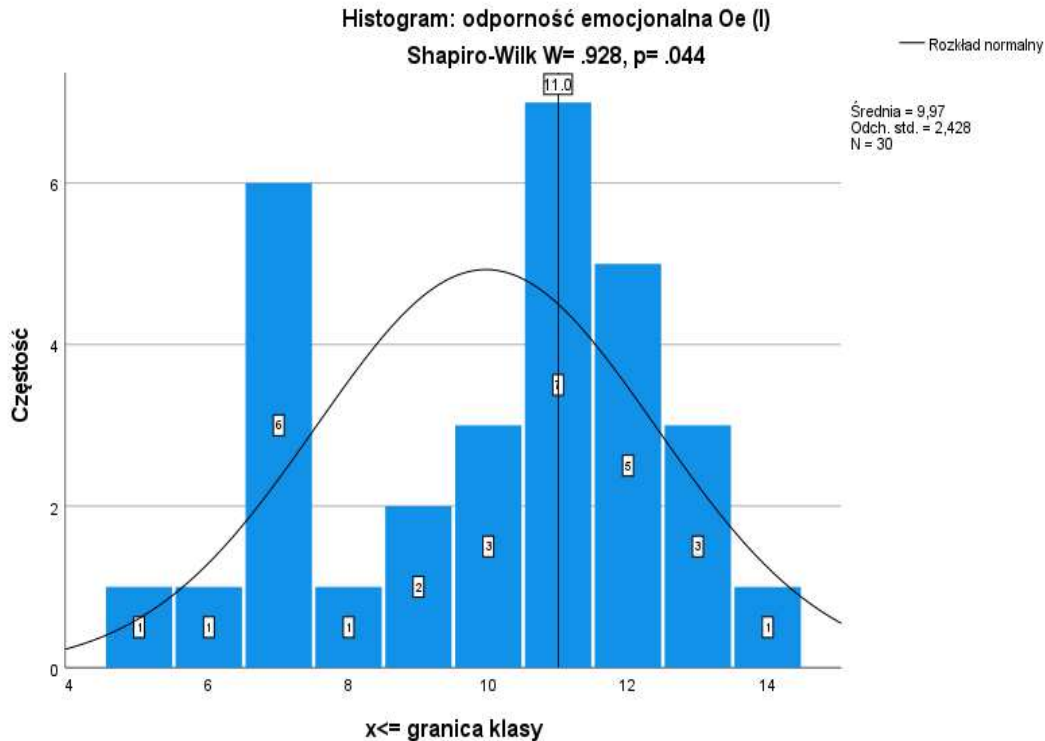
**Rysunek 12.** Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II).

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II) podczas drugiego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym, ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,317$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Mer (II) jest w umiarkowanym stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,425$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter umiarkowanie leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 0,577. Zdecydowanie rzadziej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i dominował wyniki skupione się wokół średniej.

Dziewiątym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (I) w grupie badanych, średnia poziom wyniósł 9,97, mediana 11,00, przy

odchyleniu standardowym 2,428. Minimum wyniosło 5 a maksimum 14. Rozstęp wyników wyniósł więc 9.

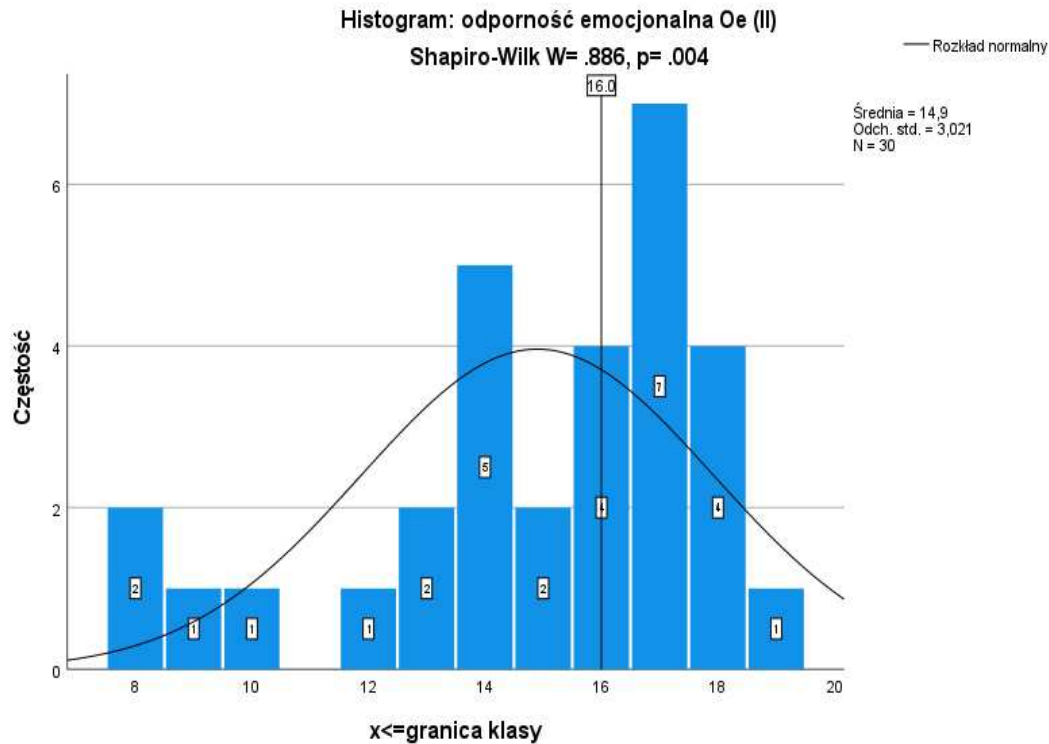


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 13. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (I).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to że rozkład uzyskanych wyników zmiennej odporność emocjonalna Oe (I) podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych nie jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,044$  i jest mniejszy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Oe (I) jest w niewielkim stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,392$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter silnie platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-0,958$ . Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i a mniej odnotowano wyników bliskich średniej rozkładu.

Dziesiątym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (II) w grupie badanych, średni jego poziom wyniósł 14,90, mediana 16,00, przy odchyleniu standardowym 3,021. Minimum wyniosło 8 a maksimum 19. Rozrzut wyników wyniósł więc 11.

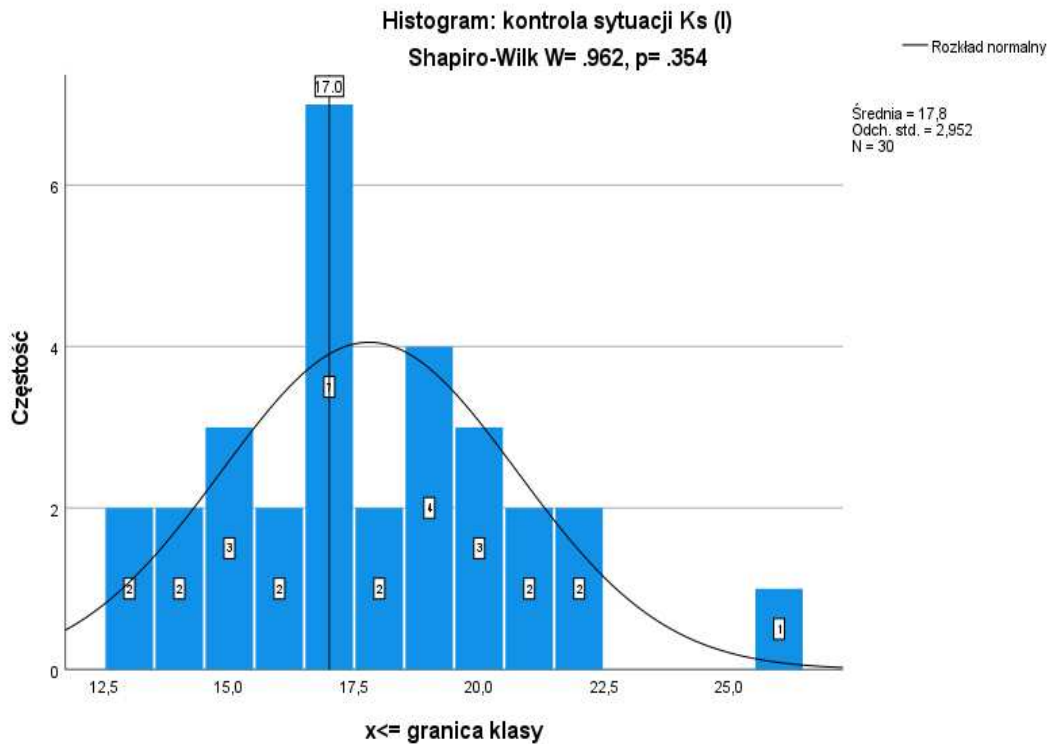


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

**Rysunek 14.** Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (II).  
 Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej odporność emocjonalna Oe (II), podczas drugiego pomiaru w grupie badanych nie jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,004$  i jest mniejszy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Oe (II) jest w bardzo dużym stopniu lewostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -1,023$  jest mniejsza niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Wartość współczynnika skośności jednocześnie przekracza dopuszczalny przedział dla rozkładu normalnego pomiędzy wartościami  $-1 \leq A \leq 1$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w niewielkim stopniu leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 0,337. Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wyniki skupione się wokół średniej.

Jedenastym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (I) w grupie badanych, średnia wyniosła 17,80, mediana 17,00, przy odchyleniu standardowym 2,952. Minimum wyniosło 13 a maksimum 26. Rozstęp wyników wyniósł więc 13.



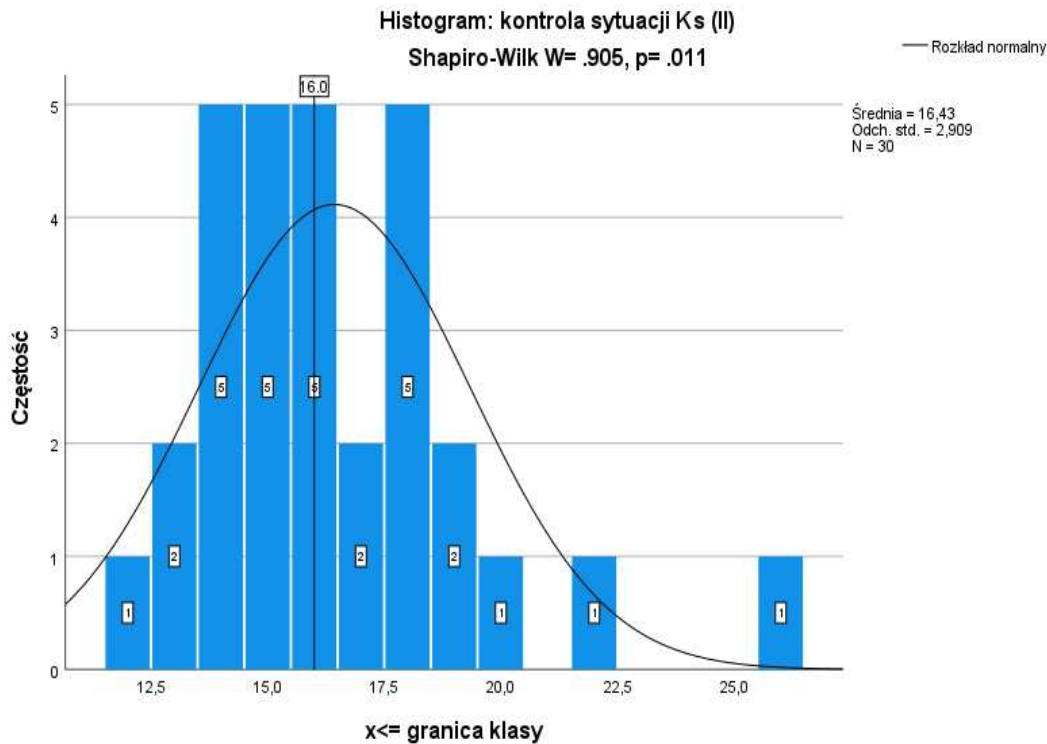
Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 15. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (I).

Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej kontrola sytuacji Ks (I), podczas drugiego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,354$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Ks (I) jest w umiarkowanym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,564$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter w umiarkowanym stopniu leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $0,637$ . Rzadziej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i dominował wyniki skupione się wokół średniej.

Dwunastym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (II) w grupie badanych, średni poziom wyniósł  $16,43$ , mediana  $16,00$ , przy odchyleniu standardowym  $2,909$ . Minimum wyniosło  $12$  a maksimum  $26$ . Rozstęp wyników wyniósł więc  $14$ .

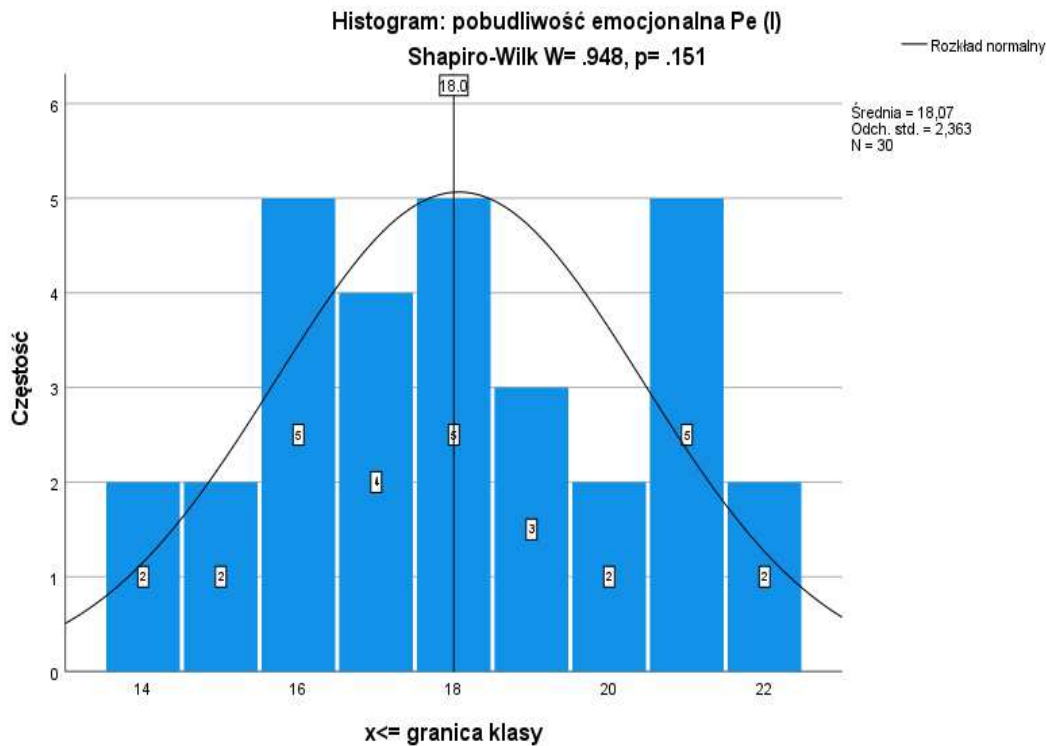


Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

**Rysunek 16.** Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (II).  
 Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki tabeli (13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej kontrola sytuacji Ks (II), podczas drugiego pomiaru w grupie badanych nie jest zgodny z rozkładem normalnym, ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,011$  i jest mniejszy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Ks (II) jest w bardzo dużym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -1,338$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Wartość współczynnika skośności jednocześnie przekracza dopuszczalny przedział dla rozkładu normalnego pomiędzy wartościami  $-1 \leq A \leq 1$ . Jednocześnie rozkład ma charakter bardzo silnie leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła 2,870. Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wyniki skupione się wokół średniej.

Trzynastym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (I) w grupie badanych przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie pierwszego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (I) w grupie badanych, średni poziom wyniósł 18,07, mediana 18,00, przy odchyleniu standardowym 2,363. Minimum wyniosło 14 a maksimum 22. Rozstęp wyników winość więc w tym rozkładzie 8.



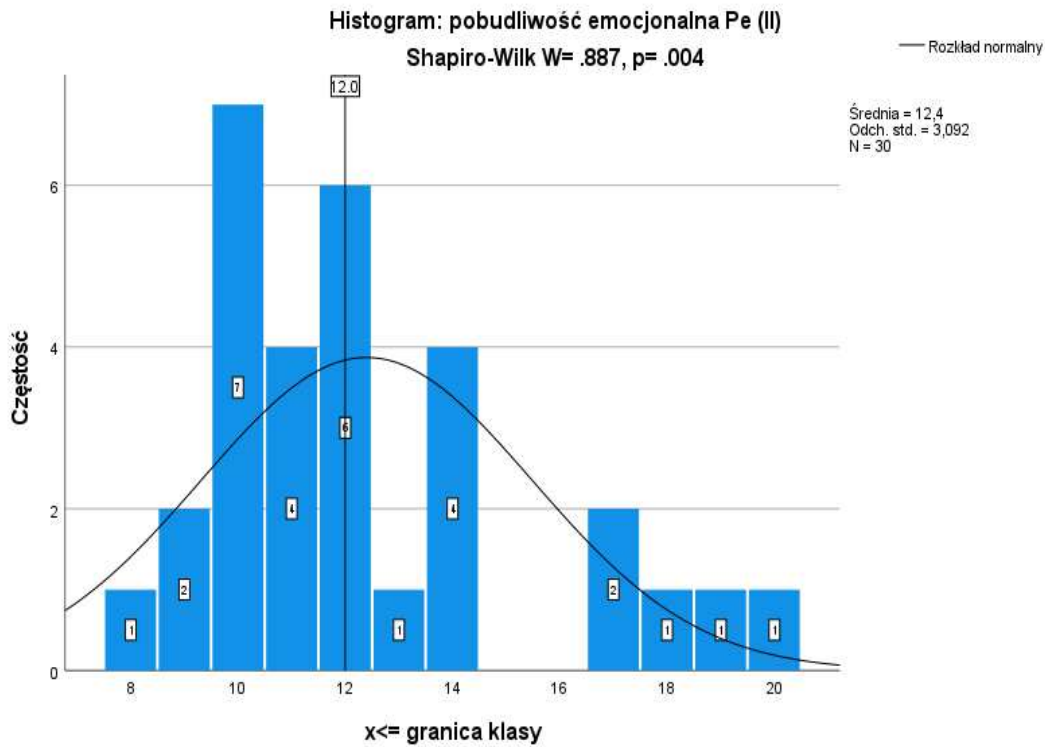
Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

Rysunek 17. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna (I).  
Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (I), podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r=0,151$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Pe (I) jest w bardzo małym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,066$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter silnie platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-1,0323$ . Zdecydowanie częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne.

Czternastym analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 13 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (II) w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. W trakcie drugiego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (II) w grupie badanych, średnia wyniosła 12,40, mediana 12,00, przy odchyleniu standardowym 3,092. Minimum wyniosło 8 a maksimum 20. Rozstęp wyników tego rozkładu wyniósł więc 12.





Adnotacja: Pionowa linia referencyjna wskazuje wartość mediany

**Rysunek 18.** Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (II).  
 Źródło: Opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 13 i 14) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (II) podczas drugiego pomiaru w grupie badanych nie jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ poziom istotności wyniósł  $r = 0,004$  i jest mniejszy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej Pe (II) jest w bardzo dużym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -1,052$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Wartość współczynnika skośności jednocześnie przekracza dopuszczalny przedział dla rozkładu normalnego pomiędzy wartościami  $-1 \leq A \leq 1$ . Jednocześnie rozkład jest w niewielkim stopniu leptokurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $0,390$ . Częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wyniki skupione się wokół średniej.

Ostatnim analizowanym zestawem danych zawartych w tabeli 15 są podstawowe obliczenia dotyczące pomiaru wskaźnika wiek badanych.

Tabela 15

*Statystyki podstawowe zmiennej wiek badanych*

Statystyki $\alpha \leq 0,05$		
Wiek		
N	Ważne	30
	Braki danych	0

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

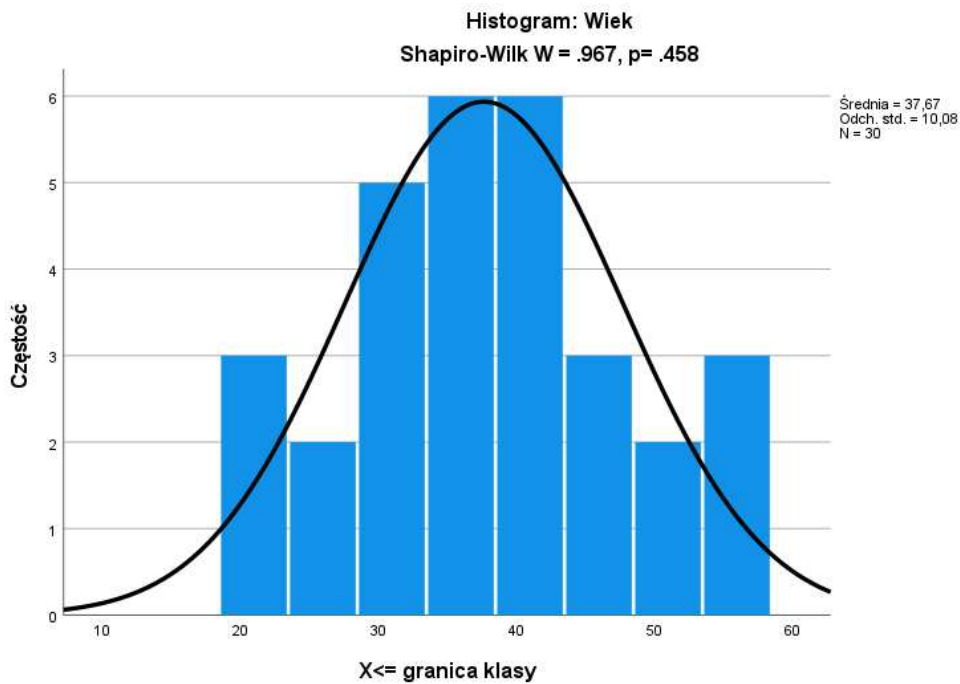


Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

Statystyki $\alpha \leq 0,05$	
Średnia	37,67
Mediana	37,5
Odchylenie standardowe	10,08
Skośność	0,13
Błąd standardowy skośności	0,43
Minimum	21
Maksimum	56

Źródło: opracowanie własne

Pomiaru zmiennej Wiek w grupie badanych, wykazał, że średni wiek osoby badanej wyniósł 37,67 lat, mediana wyniosła 37,50, przy odchyleniu standardowym 2,363. Najmłodsza osoba badana miała 21 lat (minimum) a najstarsza 56 (maksimum). Rozstęp wyników w rozkładzie wyniósł więc 35.



Rysunek 19. Graficzny rozkład wyników zmiennej wiek

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 16

Test normalności rozkładu dla zmiennej wiek

Testy normalności rozkładu						
Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>				Shapiro-Wilk		
Statystyk		Istotność		Statystyk		Istotność
a	df	ć		a	df	ć
Wiek	,075	30	,200*	,967	30	,458

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

*Testy normalności rozkładu*

- \*. Dolna granica rzeczywistej istotności.
- a. Z poprawką istotności Lillieforsa

Źródło: opracowanie własne

Uzyskane wyniki (tabele 15 i 16) i ich prezentacja graficzna w formie wykresu wskazują na to, że rozkład uzyskanych wyników zmiennej wiek, jest zgodny z rozkładem normalnym ponieważ, poziom istotności wyniósł  $r=0,458$  i jest większy niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Jednocześnie powyższe dane pozwalają stwierdzić, że rozkład wyników zmiennej wiek jest w małym stopniu prawostronnie asymetryczny, gdyż uzyskana wartość współczynnika skośności  $A = -0,138$  jest większa niż wartość graniczna  $A_s = 0$ . Jednocześnie rozkład ma charakter umiarkowanie platykurtyczny gdyż wartość kurtozy wyniosła  $-0,656$ . Częściej niż w rozkładzie normalnym występowały tu wartości skrajne i a mniej odnotowano wyników bliskich średniej rozkładu.

Podsumowują podstawowe statystyki opisowe wyników wszystkich badanych zmiennych i analizę zgodności ich rozkładów z rozkładem normalnym należy stwierdzić, że **rozkład odbiegający od rozkładu normalnego występował w przypadku zmiennych: Odporność emocjonalna Oe (I), Odporność emocjonalna Oe (II), Kontrola sytuacji Ks (II), Pobudliwość emocjonalna Pe (II). Rozkłady wszystkich pozostałych zmiennych były zgodne z rozkładem normalnym.**

**5.2. Analiza lęku jako stanu i cechy w grupie badanych**

Analiza wyników lęku jako stanu i lęku jako cechy w grupie badanych, przeprowadzona została poprzez porównanie statystyk podstawowych dla średnich otrzymanych w oby pomiarach. Następnie przedstawione zostały dane dotyczący korelacji wyników obu pomiarów. W kolejnym kroku aby zmierzyć istotność różnicy pomiędzy otrzymanymi średnimi przeprowadzono testy t-studenta dla prób zależnych oraz zmierzono wielkość otrzymanego efektu. Dodatkowo przedstawiono graficznie słupki błędów badanych zmiennych.

Tabela 17

*Porównanie wyników uzyskanych przez badanych w obu pomiarach wskaźników lęk jako stan i lęk jako cecha*

**Statystyki dla prób zależnych**

		Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Średnia	N		

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

### Statystyki dla prób zależnych

Para 1	Lęk jako stan x-1(I)	51,80	30	9,102	1,662
	Lęk jako stan x-1(II)	39,60	30	8,23	1,50
Para 2	Lęk jako cecha x-2(I)	55,60	30	5,06	0,92
	Lęk jako cecha x-2(II)	44,40	30	8,58	1,57

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 17 można zauważyć, że średnia pierwszego pomiaru lęku jako stanu oznaczonego jako zmienna X-1(I), dokonana przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=51,80$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=9,102$ . Średnia natomiast drugiego pomiar lęku jako stanu oznaczonego jako zmienna X-1(II) dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=39,60$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=8,23$ . **W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik lęku jako stanu (zmienna x-1(II)) w grupie badanych jest niższy po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy niż przed terapią (zmienna x-1(I)).**

Średnia natomiast pierwszego pomiaru lęku jako cechy oznaczonego jako zmienna X-2 (I), dokonana przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=55,60$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=5,06$ . Średnia natomiast drugiego pomiar lęku jako cechy oznaczonego jako zmienna X-2(II) dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=44,40$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=8,58$ . **W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik lęku jako cechy (zmienna x-2(II)) w grupie badanych jest niższy po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy niż przed terapią (zmienna x-2(I)).**

Tabela 18

*Badania korelacji wyników uzyskanych przez badanych w obu pomiarach wskaźników lęku jako stan i lęku jako cechy.*

### Korelacje dla prób zależnych

		N	Korelacja	Istotność	
				Jednostronny P	Dwustronny P
Para 1	Lęk jako stan x-1(I) & Lęk jako stan x-1(II)	30	,548	<,001	,002
Para 2	Lęk jako cecha x-2(I) & Lęk jako cecha x-2(II)	30	0,67	<,001	<,001

Źródło: opracowanie własne



Jednocześnie na podstawie wyników z tabeli 18 należy stwierdzić, że istnieje wysoka korelacja dodatnia pomiędzy wynikami obu pomiarów lęku jako stanu X-1(I) i X-1(II), ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,548$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Równocześnie należy stwierdzić, że istnieje wysoka korelacja dodatnia pomiędzy wynikami obu pomiarów lęku jako cechy X-2(I) i X-2(II), ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,67$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Tabela 19

*Wyniki testu t-studenta dla prób zależnych dla obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha*

Test dla prób zależnych

	Różnice w próbach zależnych						Istotność			
	M	SD	Błąd standardowy średniej	95% przedział ufności dla różnicy średnich		t	df	Jednostronny P	Dwustronny P	
				Dolna granica	Górna granica					
Para 1										
Lęk jako stan x-1(I)- Lęk jako stan x-1(II)	12,2	8,28	1,51	9,11	15,29	8,07	29	<,001	<,001	
Para 2										
Lęk jako cecha x-2(I)- Lęk jako cecha x-2(II)	11,2	6,42	1,17	8,8	13,6	9,56	29	<,001	<,001	

Źródło: opracowanie własne

Tabela 20

*Wyniki badania wielkości efektów dla testów istotności różnic między średnimi obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha.*

Wielkości efektów dla prób zależnych

	Standaryzator <sup>a</sup>	Oszacowanie punktowe	Przedział ufności 95%	
			Dolna granica	Górna granica
Para 1				
Lęk jako stan (I) - Lęk jako stan (II)	d Cohena Poprawka Hedgesa	8,28 1,47	0,95	1,99
		8,5 1,44	0,92	1,94
Para 2				
Lęk jako cecha (I) - Lęk jako cecha (II)	d Cohena Poprawka Hedgesa	6,42 1,75	1,17	2,31
		6,59 1,7	1,14	2,25

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



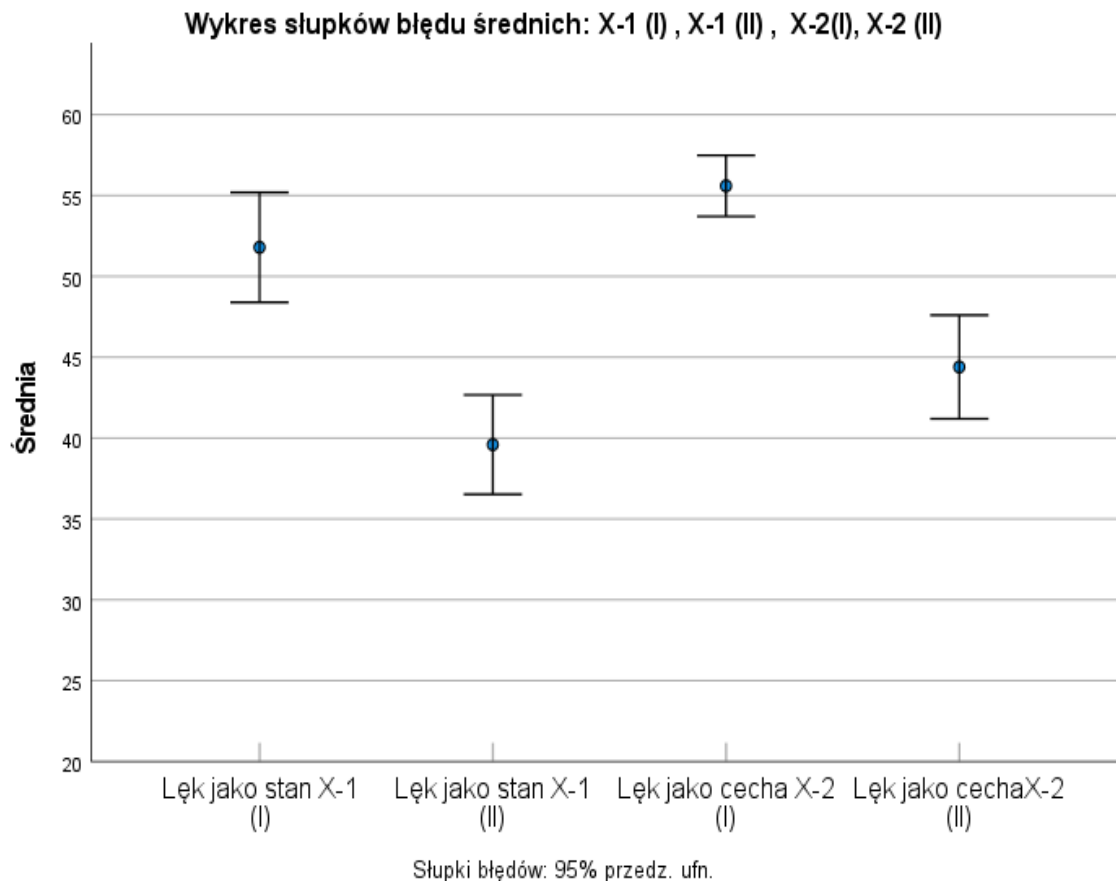
Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

a. Mianownik używany przy szacowaniu wielkości efektów.

W przypadku d Cohena używane jest odchylenie standardowe średnich różnic w próbie.

W przypadku poprawki Hedgesa używane jest odchylenie standardowe średnich różnic powiększone o współczynnik poprawki.

Źródło: opracowanie własne



Rysunek 20. Wykresy błędów dla obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha.

Źródło: opracowanie własne

Badanie istotności różnic między średnią X-1(I) a średnią X-1(II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (obustronnie)  $p < 0,001$  i jest to wartość niższa niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = 1,435$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co wskazuje na bardzo silny efekt.

Równocześnie badanie istotności różnic między średnią X-2 (I) a średnią X-2 (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (obustronnie)  $p < 0,001$  i jest to wartość niższa niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto Ponadto badanie wielkości efektu różnic

między średnimi dało wartość  $g=1,699$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o bardzo silnym efekcie.

**Podsumowując, należy stwierdzić, że zarówno średni poziom lęku jako stanu X-1 jak i średni poziom lęku jako cechy X-2 w grupie badanych zmienił się w istotny sposób ( $p<0,001$ ) w wyniku zastosowania u badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy. Jednocześnie zmiany te były zmianami od dużej sile efektu.**

Ponadto ponieważ wyniki surowe skal lęku jako stanu X-1 i lęku jako cechy X-2 nie uwzględniają norm ze względu na wiek i płeć, które posiada Inwentarz STAI, przyjęto dodatkowe kryterium oceny efektu terapii hipnozą. Kryterium to, uwzględnia te normy i zakłada, że o efekcie istotnym świadczą indywidualne przesunięcia wyników przeliczonych na skale stenową w zakresie 2 stenów lub więcej, pomiędzy pierwszym a drugim pomiarem zmiennych. W związku z tak przyjętym warunkiem poniżej przedstawiono tabelę uwzględniającą to kryterium.

Tabela 21

*Rozkład procentowy badanych, którzy uzyskali istotną zmianę na skali stenowej dla zmiennych lęku jako stanu i cecha*

Kryterium	X-1		X-2	
	N	%	N	%
„-2” lub więcej	22	73,34	23	76,67
„-1”	4	13,33	3	10
0	4	13,33	4	13,33
„+1”	0	0	0	0
„+2” lub więcej	0	0	0	0
Suma	30	100	30	100

Źródło: opracowanie własne

Dane z tabeli 21 wskazują na to, że u 73,34% badanych nastąpiło zmniejszenie poziomu lęku jako stanu X-1 o co najmniej 2 steny. U 13,33 % badanych poziom lęku jako stanu zmniejszył o wartość 1 stena a u 13,33% nie nastąpiła żadna zmiana. U nikogo w grupie badanych nie odnotowano wzrostów poziomu lęku jako stanu. Jeśli zaś chodzi o skalę lęku jako cechy X-2 to, u 76,67% badanych odnotowano zmniejszenie się poziomu lęku o co najmniej dwie wartości stenowe. U 10% odnotowano zmniejszenie się jego poziomu o wartość 1 stena. U 13,33% badanych nie odnotowano zmiany poziomu lęku jako cechy X-2. Nie zarejestrowano ani jednego przypadku zwiększenia się poziomu lęku jako cechy. **Oznacza to, że w efekcie zastosowania leczenia terapią hipnozą u 73,34% badanych osób, nastąpiło istotne zmniejszenie się poziomu lęku jako stanu X-1 a u 76,67% badanych osób istotne zmniejszenie poziomu lęku jako cechy X-2. Potwierdza to również wnioski dotyczące analizy istotności różnic między średnimi i wielkości efektu przeprowadzonych wcześniej.**

### 5.3. Analiza kontroli emocjonalnej w grupie badanych

Analiza wyników zmiennych kontroli emocjonalnej w grupie badanych, przeprowadzona została poprzez przedstawienie statystyk podstawowych dla średnich otrzymanych w oby pomiarach. Następnie przedstawione zostały dane dotyczące korelacji wyników pomiędzy parami zmiennych. W kolejnym kroku aby zmierzyć istotność różnicy pomiędzy otrzymanymi średnimi przeprowadzono testy t-studenta dla prób zależnych o rozkładzie normalnym i dodatkowo test Wilcoxon dla prób niezgodnych z rozkładem normalnym oraz zmierzono wielkość otrzymanego efektu.

Tabela 22

Statystyki podstawowe par zmiennych kontroli emocjonalnej dla testu t-studenta

*Statystyki dla prób zależnych*

		Średnia	N	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy
				e	średniej
Para	Ke (I)	14,63	30	4,590	,838
1	Ke (II)	16,20	30	2,565	,468
Para	Mer (I)	17,13	30	2,501	,457
2	Mer (II)	17,83	30	1,931	,353
Para	Oe (I)	9,97	30	2,428	,443
3	Oe (II)	14,90	30	3,021	,552
Para	Ks (I)	17,80	30	2,952	,539
4	Ks (II)	16,43	30	2,909	,531
Para	Pe (I)	18,07	30	2,363	,431
5	Pe (II)	12,40	30	3,092	,564

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 22 można zauważyć, że średnia pierwszego pomiaru kontroli ekspresji oznaczonego jako zmienna Ke (I), dokonana przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=14,63$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=4,59$ . Średnia natomiast drugiego pomiaru kontroli ekspresji oznaczonego jako zmienna Ke (II) dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=16,20$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=2,565$ . W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik kontroli ekspresji w grupie badanych zwiększył się po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. Średnia natomiast pierwszego pomiaru motywacji emocjonalno-racjonalnej oznaczonego jako zmienna Mer (I), dokonanego przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=17,13$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=2,501$ . Średnia natomiast drugiego pomiaru motywacji





emocjonalno-racjonalnej oznaczonego jako zmienna Mer (II) dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=17,83$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=1,931$ . W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik motywacji emocjonalno-racjonalnej w grupie badanych uległ nieznacznemu wzrostowi po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Z kolei średnia pierwszego pomiaru odporności emocjonalnej oznaczonego jako zmienna Oe (I), dokonanego przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=9,97$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=2,428$ . Średnia natomiast drugiego pomiaru odporności emocjonalnej oznaczonego jako zmienna Oe (II) dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=14,90$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=3,021$ . W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik odporności emocjonalnej w grupie badanych wzrósł po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Następnymi analizowanymi danymi jest średnia pierwszego pomiaru kontroli sytuacji oznaczonego jako zmienna Ks (I), dokonanego przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy, która wyniosła  $M=17,80$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=2,952$ . Średnia natomiast drugiego pomiaru kontroli sytuacji oznaczonego jako zmienna Ks (II), dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=16,43$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=2,909$ . W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik kontroli sytuacji w grupie badanych nieznacznie obniżył się po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Ostatnim zestawem analizowanych danych podstawowych jest średnia pierwszego pomiaru pobudliwości emocjonalnej oznaczonego jako zmienna Pe (I), dokonanego przed rozpoczęciem terapii z wykorzystaniem hipnozy, która wyniosła  $M=18,07$ , przy odchyleniu standardowym wynoszącym  $SD=2,363$ . Średnia natomiast drugiego pomiaru pobudliwości emocjonalnej oznaczonego jako zmienna Pe (II), dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wyniosła  $M=12,40$ , przy odchyleniu standardowym  $SD=3,092$ . W związku z czym można stwierdzić, że średni wynik pobudliwości emocjonalnej w grupie badanych wyraźnie obniżył się po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Tabela 23

*Badania korelacji wyników par zmiennych kontroli emocjonalnej*

*Korelacje dla prób zależnych*

	N	Korelacja	Istotność	
			Jednostronny P	Dwustronny P
Para 1 Ke (I) & Ke (II)	30	,545	<,001	,002
Para 2 Mer (I) & Mer (II)	30	,776	<,001	<,001
Para 3 Oe (I) & Oe (II)	30	,479	,004	,007

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

<i>Korelacje dla prób zależnych</i>					
Para 4	Ks (I) & Ks (II)	30	,858	<,001	<,001
Para 5	Pe (I) & Pe (II)	30	,501	,002	,005

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników z tabeli 23 należy stwierdzić, że istnieje korelacja dodatnia pomiędzy wynikami pomiarów zmiennych Ke (I) i Ke (II), ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,545$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Równocześnie należy stwierdzić, że istnieje wysoka korelacja dodatnia pomiędzy wynikami pomiarów zmiennych Mer (I) i Mer (II), ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,776$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Podobna sytuacja ma miejsce jeśli chodzi o zmienne Oe (I) i Oe (II). Istnieje między nimi korelacja dodatnia ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,479$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Analogiczna sytuacja zachodzi o zmienne Ks (I) i Ks (II). Tu również istnieje między nimi (silna) korelacja dodatnia ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,858$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Ostatnią analizowaną parą zmiennych jest Pe (I) i Pe (II). Pomędzy nimi również istnieje korelacja dodatnia ponieważ współczynnik korelacji wyniósł  $r=0,501$  a poziom istotności  $p$  obustronnie jest mniejszy niż wartość graniczna  $p<0,05$ .

Tabela 24

Wyniki testu *t*-studenta dla par zmiennych kontroli emocjonalnej

Test dla prób zależnych

	Różnice w próbach zależnych						Istotność			
	M	SD	Błąd standardowy średniej	95% przedział ufności dla różnicy średnich		t	df	Jednostronny P	Dwustronny P	
				Dolna granica	Górna granica					
Para 1 Ke (I) - Ke (II)	-1,567	3,848	,703	-3,003	-,130	-2,230	29	,017	,034	
Para 2 Mer (I) - Mer (II)	-,700	1,579	,288	-1,290	-,110	-2,428	29	,011	,022	
Para 3 Oe (I) -Oe (II)	-4,933	2,828	,516	-5,989	-3,877	-9,556	29	<,001	<,001	

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

*Test dla prób zależnych*

Para 4	Ks (I) - Ks (II)	1,367	1,564	,286	,783	1,951	4,785	29	<,001	<,001
Para 5	Pe (I) - Pe (II)	5,667	2,796	,510	4,623	6,711	11,102	29	<,001	<,001

Źródło: opracowanie własne

Tabela 25

*Wyniki testu t-studenta dla rozkładów odbiegających od normalnego*

*Wyniki testów Wilcoxon dla rozkładów odbiegających od rozkładu normalnego*

	Oe (II) - Oe (I)	Ks (II) - Ks (I)	Pe (II) - Pe (I)
Z	-4,662	-3,827	-4,749
p	<0,001	<0,001	<0,001

Źródło: opracowanie własne

Wyniki testów Wilcoxon pokrywały się z wynikami testów t dla prób zależnych o rozkładzie normalnym.

Tabela 26

*Wyniki badania wielkości efektów dla testów istotności różnic między średnimi obu pomiarów zmiennych kontroli emocjonalnej*

*Wielkości efektów dla prób zależnych*

			Standaryzator <sup>a</sup>	Oszacowanie punktowe	Przedział ufności 95%	
					Dolna granica	Górna granica
Para 1	Ke(I) - Ke (II)	d Cohena	3,848	-,407	-,777	-,031
		Poprawka Hedgesa	3,951	-,397	-,756	-,030
Para 2	Mer (I) - Mer (II)	d Cohena	1,579	-,443	-,815	-,064
		Poprawka Hedgesa	1,621	-,432	-,794	-,063
Para 3	Oe(I) - Oe (II)	d Cohena	2,828	-1,745	-2,311	-1,166
		Poprawka Hedgesa	2,903	-1,699	-2,251	-1,136
Para 4	Ks (I) - Ks (II)	d Cohena	1,564	,874	,446	1,290
		Poprawka Hedgesa	1,606	,851	,434	1,257

Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie



Ciąg dalszy tabeli z poprzedniej strony

*Wielkości efektów dla prób zależnych*

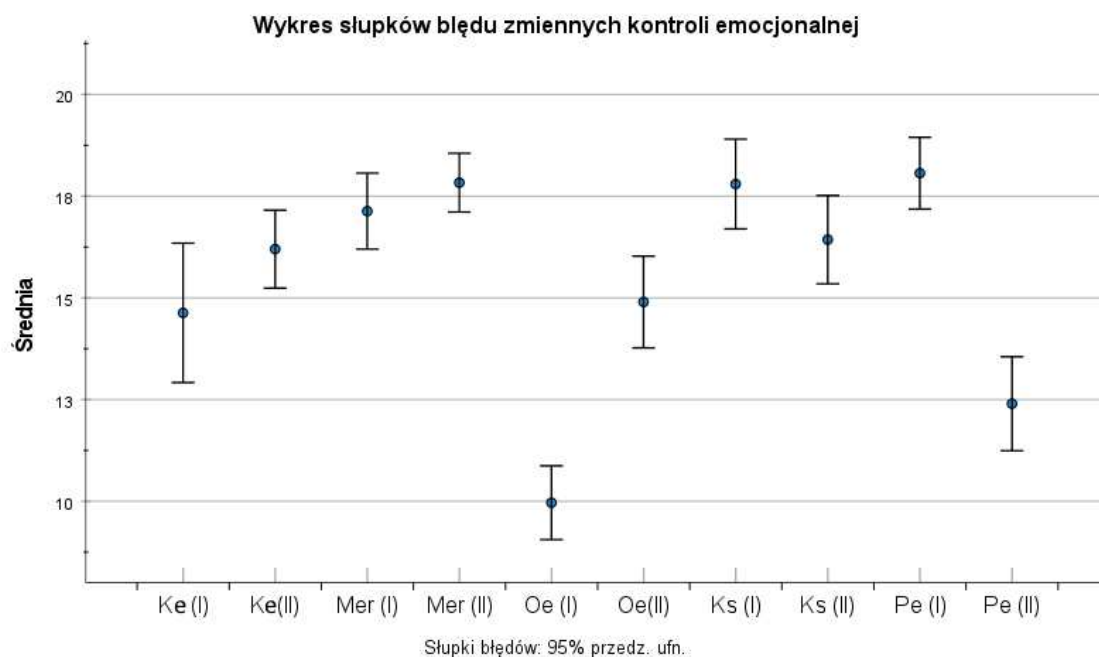
Para	Pe (I) - Pe (II)	d Cohena	2,796	2,027	1,391	2,651
5		Poprawka	2,871	1,974	1,354	2,582
		Hedgesa				

a. Mianownik używany przy szacowaniu wielkości efektów.

W przypadku d Cohena używane jest odchylenie standardowe średnich różnic w próbie.

W przypadku poprawki Hedgesa używane jest odchylenie standardowe średnich różnic powiększone o współczynnik poprawki.

Źródło: opracowanie własne



Rysunek 21. Wykresy słupków błędów dla zmiennych kontroli emocjonalnej.

Źródło: opracowanie własne

Badanie istotności różnic między średnią Ke (I) a średnią Ke (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (jednostronnie)  $p < 0,017$  i (dwustronnie)  $p < 0,034$  są to wartości niższe niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = -,397$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o średnim efekcie różnic między badanymi średnimi.

Badanie istotności różnic między średnią Mer (I) a średnią Mer (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (jednostronnie)  $p < 0,011$  i (dwustronnie)  $p < 0,022$  i są to wartości niższe niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = -,432$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o średnim efekcie różnic między badanymi średnimi.

Badanie istotności różnic między średnią Oe (I) a średnią Oe (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (jednostronnie)  $p < 0,001$  i (dwustronnie)  $p < 0,001$  i są to wartości niższe niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = -1,699$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o bardzo silnym efekcie różnic między badanymi średnimi.

Badanie istotności różnic między średnią Ks (I) a średnią Ks (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (jednostronnie)  $p < 0,001$  i (dwustronnie)  $p < 0,001$  i są to wartości niższe niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = 0,851$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o silnym efekcie różnic między badanymi średnimi.

Badanie istotności różnic między średnią Pe (I) a średnią Pe (II), wykazało, że różnica ta jest istotna statystycznie, ponieważ poziom istotności wyniósł (jednostronnie)  $p < 0,001$  i (dwustronnie)  $p < 0,001$  i są to wartości niższe niż wartość graniczna  $p < 0,05$ . Ponadto badanie wielkości efektu różnic między średnimi dało wartość  $g = 1,974$  (z poprawką Hedgesa) odchylenia standardowego, co stanowi o bardzo silnym efekcie różnic między badanymi średnimi.

Podsumowując obliczenia (tabele 22, 23, 24, 25, 26), analizę wyników i ich prezentację graficzną (rysunek nr 21) należy stwierdzić, że statystycznie wykazano istotność różnic między średnimi badanych par zmiennych. **Wykazano istotne statystycznie wzrosty wartości skal Ke, Mer, Oe w wynikach post w porównaniu do wyników pre ( $p < 0,05$ ) a także wykazano istotne statystycznie zmniejszenie wartości skal Ks oraz Pe w wynikach post w porównaniu do wyników pre ( $p < 0,001$ ). Oznacza to, że zarówno poziom kontroli ekspresji (Ks), motywacji emocjonalno-racjonalnej (Mer), odporności emocjonalnej (Oe) w grupie badanych w istotny sposób wzrósł ( $p < 0,05$ ) w wyniku zastosowania u badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy. Ponadto stwierdza się, że poziomy kontroli sytuacji (Ks) oraz pobudliwości emocjonalnej (Pe) w grupie badanych, w tym samym czasie w istotny sposób ( $p < 0,001$ ) zmniejszyły się w wyniku zastosowania u badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy**

#### **5.4. Powiązania pomiędzy lękiem ujętym w skalach Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI a poczuciem kontroli emocjonalnej ujętym w skalach Kwestionariusza Kontroli Emocjonalnej w badanej grupie.**

W celu zbadania, czy występuje zależność pomiędzy poziomem lęku a poziomem kontroli emocjonalnej w badanej grupie osób z zaburzeniami lękowymi leczonymi hipnozą, badane skale poddano analizie przy pomocy badania korelacji  $r$  Pearson. Przeprowadzono najpierw analizę



korelacji wyników wszystkich skal wykorzystanych podczas pierwszego pomiaru przed rozpoczęciem przez badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy a następnie analizę korelacji wyników tych samych skal uzyskanych po zakończeniu terapii.

Tabela 27

Wskaźnik korelacji *r* Pearsona między wynikami skal lęku jako stanu i cechy STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej KKE podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych

Korelacje wyników skal lęku ze skalami kontroli emocjonalnej			
		X-1 (I)	X-2 (I)
X-1 (I)	Korelacja Pearsona	1	,630**
	Istotność (dwustronna)		<,001
X-2 (I)	Korelacja Pearsona	,630**	1
	Istotność (dwustronna)	<,001	
Ke (I)	Korelacja Pearsona	-0,3	-,610**
	Istotność (dwustronna)	0,11	<,001
Mer (I)	Korelacja Pearsona	0,04	-0,29
	Istotność (dwustronna)	0,83	0,12
Oe (I)	Korelacja Pearsona	-0,33	-,524**
	Istotność (dwustronna)	0,07	0,003
Ks (I)	Korelacja Pearsona	0,08	0,31
	Istotność (dwustronna)	0,67	0,09
Pe (I) KKE	Korelacja Pearsona	0,25	,562**
	Istotność (dwustronna)	0,18	0,001

\*\* . Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

\* . Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji (tabela 27) zachodzących pomiędzy wynikami w skalach lęku X-1(I) i X-2(I) kwestionariusza STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej kwestionariusza KKE w grupie badanych, uzyskanymi przed rozpoczęciem terapii z użyciem hipnozy, pozwala na stwierdzenie istotnych statystycznie zależności. Wyniki skali lęku jako stanu X-1 (I) korelują silnie dodatnio z wynikami lęku jako cechy X-2 (I). W tym przypadku współczynnik korelacji *r* Pearsona wyniósł  $r=0,630$  przy istotności  $p=0,001$ . Wyniki skali X-1(I) podczas pierwszego pomiaru nie korelowały na poziomie statystycznie istotnym ze skalami kwestionariusza KKE. Natomiast wyniki w skali lęku jako cechy X-2 (I) korelowały silnie dodatnio z wynikami skali pobudliwości emocjonalnej Pe (I). Współczynnik korelacji wyniósł dla tego związku  $r=0,562$  przy poziomie istotności  $p=0,001$ . Ponadto wyniki skali X-2 (I) korelowały silnie ujemnie z wynikami w skali kontroli ekspresji Ke (I). Współczynnik *r* Pearsona wyniósł w tym przypadku  $r=-0,610$ , przy poziomie istotności  $p=0,001$ . Stwierdzono również silną i statystycznie istotną ujemną korelację pomiędzy skalą X-2 (I)

a skalą odporności emocjonalnej Oe (I). Dla tego tego związku współczynnik korelacji wyniósł  $p=-0,524$  a poziom istotności  $p=0,001$ . Analiza ta oznacza, że badani, którzy zanotowali wysokie wyniki w skali lęku jako stanu x-1 równocześnie zanotowali wysokie wyniki w skali lęku jako cechy X-2. A także to, że istniał silny związek między wynikami poziomu lęku jako stanu a wynikami poziomu lęku jako cechy w trakcie pierwszego pomiaru. Ponadto z analizy można wywnioskować również to, że wysoki poziom lęku jako cechy badanych był silnie powiązany i współwystępował z wysokim poziomem pobudliwości emocjonalnej w podczas pierwszego pomiaru. Należy również stwierdzić, że poziom lęku jako cechy w grupie badanych podczas pierwszego pomiaru był odwrotnie proporcjonalny do poziomu kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej. Czyli wyniki wykazały, że im niższy poziom kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej tym badani notowali wyższe wyniki na skali lęku jako stanu i odwrotnie. Oznacza to, że między tymi wynikami w skalach istnieje wzajemna zależność.

Następnie przeprowadzono analizę korelacji wyników wszystkich skal wykorzystanych podczas drugiego pomiaru po zakończeniu przez badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Tabela 28

*Wskaźnik korelacji r Pearsona między wynikami skal lęku jako stanu i cechy STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej KKE podczas drugiego pomiaru w grupie badanych*

		Korelacje	
		X-1 (II)	X-2 (II)
X-1 (II)	Korelacja Pearsona	1	,698**
	Istotność (dwustronna)		<,001
X-2 (II)	Korelacja Pearsona	,698**	1
	Istotność (dwustronna)	<,001	
Ke (II)	Korelacja Pearsona	-,422*	-,446*
	Istotność (dwustronna)	0,02	0,01
Mer (II)	Korelacja Pearsona	-0,002	-0,21
	Istotność (dwustronna)	0,99	0,26
Oe (II)	Korelacja Pearsona	-,390*	-,713**
	Istotność (dwustronna)	0,03	<,001
Ks (II)	Korelacja Pearsona	,366*	,630**
	Istotność (dwustronna)	0,05	<,001
Pe (II)	Korelacja Pearsona	,409*	,709**
	Istotność (dwustronna)	0,03	<,001

\*\* . Korelacja istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).

\* . Korelacja istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji (tabela 28) zachodzących pomiędzy wynikami w skalach lęku X-1(II) i X-2(II) kwestionariusza STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej kwestionariusza KKE w grupie



badanych, uzyskanymi po zakończeniu terapii z użyciem hipnozy, pozwala na stwierdzenie istotnych statystycznie zależności. Wyniki skali lęku jako stanu X-1 (II) korelowały silnie dodatnio z wynikami lęku jako cechy X-2 (II). W tym przypadku współczynnik korelacji r Pearsona wyniósł  $r=0,698$  przy istotności  $p=0,001$ . Wyniki skali X-1(II) podczas drugiego pomiaru dodatnio korelowały na poziomie statystycznie istotnym ze skalami pobudliwości emocjonalnej Pe (II) przy współczynniku r Pearsona  $r=0,409$  i istotności  $p=0,03$  a także kontrolą sytuacji Ks (II) przy współczynniku  $r=0,366$  i istotności  $p=0,05$ . Siła tych korelacji w obu przypadkach jest umiarkowana. Ponadto wyniki w skali X-1 (II) korelowały ujemnie na statystycznie istotnym poziomie z wynikami w skali kontroli emocjonalnej Ke (II), przy współczynniku r Pearsona  $r=-0,422$  i poziomie istotności  $p=0,02$  a także z wynikami w skali odporności emocjonalnej Oe (II). Współczynnik korelacji wyniósł w tym przypadku  $r=-0,390$  a istotność  $p=0,03$ . Natomiast wyniki w skali lęku jako cechy X-2 (II) korelowały silnie dodatnio z wynikami skali pobudliwości emocjonalnej Pe (II) oraz z wynikami skali kontroli sytuacji (Ks). Współczynnik korelacji pierwszej z nich wyniósł  $r=0,709$  przy poziomie istotności  $p=0,001$  a drugiej z nich wyniósł  $r=0,630$ , przy poziomie istotności  $p=0,001$ . Ponadto wyniki skali X-2 (II) korelowały silnie ujemnie z wynikami w skali kontroli ekspresji Oe (II). Współczynnik r Pearsona wyniósł w tym przypadku  $r=-0,713$ , przy poziomie istotności  $p=0,001$ . Stwierdzono również umiarkowaną i statystycznie istotną ujemną korelację pomiędzy skalą X-2 (II) a skalą kontroli ekspresji Ke (II). Dla tego tego związku współczynnik korelacji wyniósł  $p=-0,446$  a poziom istotności  $p=0,01$ .

Analiza ta oznacza, że badani, którzy zanotowali obniżenie wyniku w skali lęku jako stanu x-1 równocześnie zanotowali obniżenie wyników w skali lęku jako cechy X-2. A także to, że istniał silny związek między wynikami poziomu lęku jako stanu a a wynikami poziomu lęku jako cechy w trakcie drugiego pomiaru. Ponadto istnieje również umiarkowanie silne powiązanie pomiędzy poziomem lęku jako stanu X-1 a kontrolą sytuacji i pobudliwością emocjonalną, polegający na tym, że wraz ze obniżaniem się zmiennej lęku jako stan, malały wartości kontroli sytuacji i pobudliwości emocjonalnej w grupie badanych. Równocześnie zaobserwowano umiarkowaną relację pomiędzy obniżaniem się poziomu lęku jako stanu X-1 a równoczesnym wzrostem poziomu kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej. Oznacza to, że wraz z obniżaniem się poziomu lęku jako stanu wzrosły poziom kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. Analogicznie im wyższy poziom kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej tym niższy jest poziom lęku jako cechy.

**Ponadto z analizy można wywnioskować również to, że spadek poziom lęku jako cechy X-2 badanych był silnie powiązany ze obniżeniem się poziomu pobudliwości emocjonalnej i kontroli sytuacji. Zauważono również w badanej grupie silny związek pomiędzy obniżaniem**





się poziomu lęku jako cechy a wzrostem poziomu odporności emocjonalnej a także umiarkowaną zależność pomiędzy spadkiem poziomu lęku jako cechy a wzrostem poziomu kontroli ekspresji. Czyli wyniki wykazały, że im niższy jest poziom lęku jako cechy tym, wyższy jest poziom kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej i analogicznie im wyższa jest kontrola ekspresji i odporność emocjonalna tym niższy jest poziom lęku jako cechy.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że związki pomiędzy lękiem jako cechą a odpornością emocjonalną, kontrolą ekspresji i pobudliwością emocjonalną zostały zaobserwowane w obu pomiarach.

### 5.5. Weryfikacja hipotez

Program badawczy realizowany w ramach tej pracy, dostarczył danych dotyczących poziomu lęku i kontroli emocjonalnej osób z zaburzeniami lękowymi leczonych terapią z wykorzystaniem hipnozy. Dostarczył również danych dotyczących tego jak zmienia się lęk i kontrola emocjonalna u osób z zaburzeniami lękowymi w wyniku leczenia terapią z zastosowaniem hipnozy. Wyniki przeprowadzonych badań dały podstawę do udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze postawione w w rozdziale 4.1. oraz weryfikację postawionych hipotez.

Celem niniejszej pracy było uzyskanie odpowiedzi na główne pytanie badawcze:

*Jakie powiązania występują w zakresie poziomu lęku a poziomem poczucia kontroli emocjonalnej u pacjentów z zaburzeniami lękowymi leczonych hipnozą ?*

Z kolei szczegółowe pytania badawcze były sformułowane następująco:

- P1.** Czy hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z zaburzeniami lękowymi przyczynia się do zmniejszenia poziomu lęku?
- P2.** Czy hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z zaburzeniami lękowymi przyczynia się do zwiększenia poziomu poczucia kontroli emocjonalnej?
- P3.** Czy istnieje związek między poziomem lęku a poziomem poczucia kontroli emocjonalnej u osób w badanej grupie?

Odpowiedzi na pierwsze z nich dostarczyła analiza danych przeprowadzona w Rozdziale 5.2. Na pytanie drugie uzyskano odpowiedź dzięki analizie danych w Rozdziale 5.3. Trzecie pytanie zostało rozstrzygnięte w oparciu o analizę danych dokonaną w Rozdziale 5.4. niniejszej pracy.

Opracowane statystycznie wyniki badania, przeprowadzonego w grupie pacjentów z zaburzeniami lękowymi leczonych terapią z wykorzystaniem hipnozy, pozwalają na weryfikację postawionych hipotez.

Treść pierwszej z nich, brzmiącej: *Hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób z badanymi przyczynia się do zmniejszenia poziomu lęku (stan i cecha)*, była możliwa do zweryfikowania dzięki zastosowaniu testu t-studenta dla prób zależnych oraz zmierzono wielkość otrzymanego efektu dla całej grupy badanych. Test pomiaru poziomu istotności różnic między średnimi został przeprowadzony dla skal lęk jako stan X-1 (pre-test i post-test) oraz lęk jako cecha X-2 (pre-test i post-test), *Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI*. W efekcie tejże analizy stwierdzono, że zarówno różnice pomiędzy oboma pomiarami średnich skali lęk jako stan jak i różnice pomiędzy pomiarami średnich skali lęk jako cecha są statystycznie istotnymi różnicami o dużej sile efektu. **Oznacza to, że poziom lęku jako stanu jak i poziom lęku jako cechy w grupie badanych istotnie się zmienił/zmniejszył w efekcie krótkoterminowego leczenia terapią z wykorzystaniem hipnozy.** Ponadto analizując to zmniejszenie się poziomu lęku w obu mierzonych wymiarach bardziej szczegółowo należy podkreślić, że poziom lęku jako stanu X-1 istotnie się zmniejszył u 73,34% osób badanych a poziom lęku jako cechy istotnie się obniżył u 76,67% badanych w efekcie zastosowania terapii z wykorzystaniem hipnozy.

Konkludując, przyjęta hipoteza nr 1 została zweryfikowana.

Druga hipoteza postawiona w ramach badań przeprowadzonych w niniejszym projekcie badawczym to stwierdzenie: *Hipnoterapia realizowana w formie krótkoterminowej terapii u osób badanych przyczynia się do zwiększenia poziomu poczucia kontroli emocjonalnej*. Hipoteza ta była możliwa do zweryfikowania dzięki zastosowaniu testu t-studenta dla prób zależnych a także testu Wilcoxon dla rozkładów odbiegających od rozkładu normalnego oraz zmierzono wielkość otrzymanego efektu dla całej grupy badanych. Test pomiaru poziomu istotności różnic między średnimi został przeprowadzony dla skal: kontrola ekspresji Ke (pre-test i post-test) oraz motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (pre-test i post-test), odporność emocjonalna Oe (pre-test i post-test), kontrola sytuacji Ks (pre-test i post-test) oraz pobudliwość emocjonalna Pe (pre-test i post-test). W efekcie tejże analizy stwierdzono, że istotne statystycznie wzrosty wartości skal Ke, Mer, Oe w wynikach post w porównaniu do wyników pre a także wykazano istotne statystycznie zmniejszenie wartości skal Ks oraz Pe w wynikach post w porównaniu do wyników pre. **Oznacza to, że zarówno poziom kontroli ekspresji (Ks), motywacji emocjonalno-racjonalnej (Mer), odporności emocjonalnej (Oe) w grupie badanych w istotny sposób wzrósł w wyniku zastosowania u badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy. Ponadto stwierdzono, że poziomy kontroli sytuacji Ks oraz pobudliwości emocjonalnej (Pe) w grupie badanych, w tym samym czasie w istotny sposób zmniejszyły się w wyniku zastosowania u badanych terapii z wykorzystaniem hipnozy.** **Reasumując, oznacza to, że pod wpływem krótkoterminowej terapii z wykorzystaniem hipnozy w grupie osób z zaburzeniami lękowymi zmianie uległy wszystkie zmienne składające**



**się na kontrolę emocjonalną.** Należy tu jednocześnie zaznaczyć dwie skale Kwestionariusza KKE (pobudliwość emocjonalna Pe i kontrola sytuacji Ks) są odwrócone w stosunku do pozostałych skal kwestionariusza. Inaczej mówiąc istotny statystycznie spadek ich poziomu oznacza wzrost poziomu kontroli emocjonalnej. **W związku z powyższym należy stwierdzić, że wszystkie badane zmienne kontroli emocjonalnej potwierdziły jej wzrost w efekcie krótkoterminowego leczenia terapią z wykorzystaniem hipnozy.**

**Tym samym hipoteza nr 2 została zweryfikowana.**

Trzecia hipoteza, postawiona w ramach badań stanowiących element niniejszej pracy, to stwierdzenie, iż: *Pomiędzy poziomem lęku (stanu i cechy) a poziomem poczucia kontroli emocjonalnej w grupie badanych istnieje związek.* Hipoteza ta była możliwa do zweryfikowania dzięki zastosowaniu analizy korelacji r Pearsona, przy dwustronnym poziomie istotności  $p < 0,05$ . Przeprowadzono osobno analizę korelacji wyników pierwszego pomiaru a osobno analizę korelacji wyników drugiego pomiaru dokonanego po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy. Na podstawie przeprowadzonej analizy stwierdzono, że w pierwszym pomiarze wyniki w skali lęku jako stanu silnie dodatnio i na istotnym poziomie korelowały tylko z wynikami skali lęku jako cechy. Nie wystąpił więc związek lęku jako stanu z wynikami skal kontroli emocjonalnej. Natomiast lęk jako cecha w pierwszym pomiarze korelował silnie dodatnio i istotnie z pobudliwością emocjonalną, a także silnie ujemnie na statystycznie istotnym poziomie z kontrolą ekspresji i odpornością emocjonalną. W związku z powyższym pierwszy pomiar wskazał na to, że istnieje związek pomiędzy lękiem jako cechą a kontrolą emocjonalną mierzoną skalami kwestionariusz KKE.

Analiza wyników drugiego pomiaru dokonanego w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wykazała, że lęk jako stan korelował umiarkowanie dodatnio na statystycznie istotnym poziomie z kontrolą sytuacji i pobudliwością emocjonalną a także umiarkowanie ujemnie na statystycznie istotnym poziomie z kontrolą ekspresji i odpornością emocjonalną. Oznacza to, że istnieje związek pomiędzy lękiem jako stanem mierzonym Inwentarzem STAI a kontrolą emocjonalną mierzoną skalami kwestionariusza KKE. Z kolei analiza dotycząca korelacji lęku jako cechy w grupie badanych po zakończeniu terapii z wykorzystaniem hipnozy wykazała, że koreluje on silnie dodatnio na statystycznie istotnym poziomie z pobudliwością emocjonalną i kontrolą sytuacji a także koreluje silnie ujemnie na statystycznie istotnym poziomie z odpornością emocjonalną oraz umiarkowanie ujemnie z kontrolą ekspresji. Oznacza to, że drugi pomiar pomiędzy lękiem jako cechą mierzonym Inwentarzem STAI a kontrolą emocjonalną mierzoną skalami KKE wskazuje na istnienie istotnego związku pomiędzy badanymi zmiennymi..



Patrząc bardziej restrykcyjnie na analizę otrzymanych wyników obu pomiarów należy stwierdzić, że niewątpliwie istnieją silny związek pomiędzy lękiem jako cechą a trzema skalami kontroli emocjonalnej (pobudliwość emocjonalna, odporność emocjonalna i kontrola ekspresji). Związek ten został potwierdzony w obu pomiarach. Ponadto istnieje wysokie prawdopodobieństwo tego, że istnieje również silny związek pomiędzy lękiem jako cechą a kontrolą sytuacji. Potwierdzono to w jednym pomiarze. Potwierdzono również w jednym z pomiarów istnienie umiarkowanego związku pomiędzy lękiem jako stanem a czterema skalami kontroli emocjonalnej (pobudliwość emocjonalna, kontrola sytuacji, odporność emocjonalna, kontrola ekspresji).

Wszystkie powyższe argumenty wskazują na to, że istnieje istotny związek pomiędzy lękiem mierzonym skalami Inwentarza STAI a kontrolą emocjonalną mierzona skalami Kwestionariusza KKE u pacjentów z zaburzeniami lękowymi leczonych terapią z wykorzystaniem hipnozy. Pozwala to uznać hipotezę nr 3 za potwierdzoną.

## 5.6. Dyskusja i podsumowanie wyników

Przedmiotem prowadzonych na potrzeby niniejszej pracy badań było sprawdzenie efektywności krótkoterminowej psychoterapii z wykorzystaniem hipnozy w leczeniu osób z zaburzeniami lękowymi, w zakresie redukcji poziomu lęku i zwiększenia kontroli emocjonalnej a także sprawdzenie czy istnieje związek pomiędzy lękiem rozumianym jako stan i cecha wg koncepcji C.D. Spielberga a kontrolą emocjonalną według koncepcji Brzezińskiego. Uzyskane wyniki badań własnych znajdują potwierdzenie w badaniach Valentine i in. (2019), która w badaniach z wykorzystaniem grupy kontrolnej i uzyskała znaczne zmniejszenie poziomu lęku u 79% procent przypadków z grupy badawczej. Do podobnych wniosków doszedł Hammond (2014), który przeprowadził metaanalizę różnych badań dotyczących efektywności hipnozy w leczeniu lęków. Również badania Holdevici, Craciun(2012) i Lotfifari in. (2013) a także metaanaliza badań nad efektywnością hipnoterapii w terapii lęku przeprowadzonych pomiędzy rokiem 2007-2018 przez Trumm (2018) potwierdzają wyniki uzyskane w niniejszej pracy.

W literaturze zarówno polskiej jak i anglojęzycznej autor niniejszej pracy nie odnalazł prac badawczych, które odnosiłyby się bezpośrednio do badania zmian w obszarze całego konstruktów kontroli emocjonalnej pod wpływem hipnozy w grupie osób z zaburzeniami lękowymi. Natomiast w przypadku wskaźnika pobudliwości emocjonalnej rozumianej jako reaktywność emocjonalna badania Slonena (2021), potwierdzają wyniki badań autora pracy. Badaczka z USA również uzyskała wyniki potwierdzające to, że pod wpływem krótkoterminowej terapii hipnozą



pobudliwość/reaktywność emocjonalna istotnie się obniża. Natomiast badania Kelly'ego (za Burkhard, 2005) prowadzone w grupie nosicieli wirusa HIV wykazały, że ośmiotygodniowa terapia z wykorzystaniem hipnozy i autohipnozy zwiększyła u badanych odporność emocjonalną i poczucie kontroli.

Analiza zebranych danych wykazała również, że istnieje związek pomiędzy lękiem jako cechą a kontrolą ekspresji, odpornością emocjonalną, kontrolą sytuacji i pobudliwością emocjonalną. Związek ten polega na tym, że wraz ze spadkiem poziomu lęku jako cechy obniża się poziom kontroli sytuacji i pobudliwości emocjonalnej a rośnie poziom kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej. Autor niniejszej pracy nie odnalazł badań, które bezpośrednio odnosiłyby się do badania zmian w obszarze relacji pomiędzy badanymi zmiennymi w procesie terapii. Jednak jeśli chodzi o samą relację między badanymi zmiennymi, to wyniki niniejszych badań znajdują potwierdzenie w badaniach Orzechowskiej i in. (2010), która badała zależność między lękiem a kontrolą emocjonalną wg koncepcji Brzezińskiego w grupie osób chorych na zespół jelita drażliwego. Jej badania potwierdzają zaobserwowane związki między lękiem a wskaźnikami kontroli emocjonalnej wykazane w niniejszej pracy.

Konkludując pozyskane w procedurze badań wyniki i ich analizę, należy stwierdzić, że terapia z wykorzystaniem hipnozy w przypadku osób z zaburzeniami lękowymi jest skutecznym narzędziem terapeutycznym, powodującym redukcję poziomu lęku, wzrost kontroli emocjonalnej pacjentów. Ponadto należy stwierdzić poziom lęku rozumianego jako lęk sytuacyjny a także jako w miarę stała predyspozycja osobowościowa jest ściśle związany i zależny z poziomem kontroli emocjonalnej i jej wskaźników.

## 5.7. Zakończenie

Realizowany projekt badawczy dotyczył badania efektywności hipnoterapii w leczeniu pacjentów z zaburzeniami lękowymi, wpływu terapii hipnozą na poziom lęku i kontroli emocjonalnej a także na badaniu związków między lękiem a kontrolą emocjonalną. Przeprowadzenie go pozwoliło na uzyskanie odpowiedzi na wszystkie postawione pytania badawcze i potwierdzenie wszystkich przyjętych hipotez.

Praca niniejsza odpowiada pośrednio również na pytania dotyczące tego jakie aspekty kontroli emocjonalnej należy rozwinąć u pacjentów lękowych by obniżyć poziom lęku. Otwiera to możliwość eksploracji, analizy badań nowych obszarów, w kontekście tworzenia nowych metod oddziaływania terapeutycznego.



Zastosowane w projekcie metody i procedury na etapie realizacji i opracowywania wyników uświadomiły autorowi kilka istotnych kwestii.

Po pierwsze potrzebę stosowania precyzyjnych narzędzi kwestionariuszowych. Zastosowany w badaniu *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI*, choć powszechnie używany w badaniach, nie jest precyzyjnym narzędziem do badania zaburzeń lękowych ze względu na zbyt małą liczbę pytań i w związku z tym pomija wielu symptomów doświadczanych przez osoby zaburzone. W związku z tym, autor niniejszej pracy widzi konieczność stosowania w badaniach kwestionariuszy, które uwzględniają szerszy zakres objawów lęku w dalszych pracach poświęconych efektywności terapii hipnozą. Po drugie włączenie do badania osób z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi było niefortunne, gdyż w ICD-11 zaburzenia OCD zostały wyłączone z grupy zaburzeń lękowych i jak wykazały wyniki badań własnych zastosowanie krótkoterminowej terapii hipnozą we wszystkich tych przypadkach okazało się terapeutycznie nieskuteczne. Wpłynęło to w istotny sposób na uzyskane wyniki.

Po trzecie autor niniejszej pracy z pewnym momencie analizy wyników odczuł wyraźny brak możliwości odniesienia uzyskanych wyników, zwłaszcza w aspekcie kontroli emocjonalnej do wyników w populacji generalnej. W związku z tym widzi on konieczność dla przyszłych badań w tym obszarze zastosowania procedur z wykorzystaniem grupy kontrolnej. Pozwoliłoby to, na analizowanie uzyskanego materiału w kontekście nie tylko różnic w poziomie poszczególnych skal kontroli emocjonalnej pomiędzy grupą badanych a grupą kontrolną, ale także na analizę wewnętrzną związków między poszczególnymi skalami kontroli emocjonalnej a także poziomem lęku. Uzyskane wówczas wyniki, będą wynikami ogólniejszymi, pełniejszymi i bardziej wartościowymi naukowo. Autor uważa również, że ciekawym kierunkiem dalszych eksploracji mogłoby być przeprowadzenie badań porównawczych pomiędzy różnymi metodami psychoterapeutycznymi. Pozwoliły by one uzyskać odpowiedź na pytanie: Czy efekty i zależności wykazane niniejszej pracy są bardziej ogólne czy specyficzne dla hipnozy?

Po czwarte autor dzięki dość krótkiej perspektywie czasowej z jaką musiał się zmierzyć realizując badania, nauczył się precyzyjnego planowania i kontrolowania każdego elementu procesu badawczego.

I po piąte autor zdał sobie sprawę z konieczności precyzyjnego definiowania każdego elementu dotyczącego badanego obszaru, gdyż na gruncie psychologii istnieje wiele teorii, które „brzmiały” podobnie i wydawać by się mogło mówią o tym samym. Tak jednak nie jest. Pochopny dobór definicji, teorii czy modeli może skutkować dobraniem niewłaściwych narzędzi do badania i nie uzyskaniem zamierzonego celu.

Autor ma również nadzieję, że niniejsza praca choć po części odczaruje kwestię hipnozy jako narzędzia psychoterapeutycznego i zachęci innych do badania jej terapeutycznych walorów.



## Bibliografia

- Arden, J. B. (2017). *Neuronauka w psychoterapeutycznym procesie zmiany*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Aronson E., Wieczorkowska G. (2000), *Kontrola naszych myśli i uczuć*, Warszawa: Wydawnictwo Jacek Sanatorski & Co.
- Averill, J. R. (1999). Nieodpowiednie i odpowiednie emocje. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, Gdańsk: GWP, s. 316–322.
- Bandler, R. (2010) *Transformacja. Hipnoza dla każdego*, Gliwice: Wydawnictwo Helion
- Beck, A.T., Wright F.D., Newman, C.F., Liese, B.S.. (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Beck, A.T., Clark D.A. (2018). *Zaburzenia lękowe*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- Brenner, E. M., Salovey, P. (1999). Regulacja emocjonalna w okresie dzieciństwa: aspekty rozwojowe, interpersonalne i indywidualne. W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Poznań: Rebis, s. 288–327).
- Brzeziński, J. (1973). Kształtowanie się mechanizmu kontroli emocjonalnej. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 18 (3), S.99–108
- Brzeziński, J. (1974). *Kwestionariusz kontroli emocjonalnej*. Nieopublikowany skrypt-udostępniony przez autora.
- Campbell, J.B., Hall, C.S., Gardner, L. (2017). *Teorie osobowości*, Warszawa: PWN.
- Burkhard, P. (2005) Hipnoza i psychoterapia pacjentów z hiv, arc i aids. W: *Psychiatria i psychoterapia*. 2005; Tom 1, Numer 2: artykuł 4. pobrano z: [http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=articles\\_show&id=324](http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=articles_show&id=324) dostęp: 20.01.2021
- Chuderski, A. (2010). Samokontrola: własności, funkcje, mechanizmy i ograniczenia. *Studia z Kognitywistyki i Filozofii Umysłu*, 4, 27-51
- Citrenbaum, Ch., King, M., Cohen, W. (1985). *Modern Clinical Hypnosis for habit Control*, London: W.W. Norton & Company Ltd.
- Damasio, A.(2000).*Błąd Kartezjusza*, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS
- Doliński, D. (2001). Emocje, poznanie i zachowanie. W: J. Strelau (red.). *Psychologia. Podręcznik akademicki, t.2*. Gdańsk: GWP, s. 369-394
- Doliński D., Błaszczak W. (2011), *Dynamika emocji*, Warszawa: PWN.
- Dollard, J., Miller, N. E. (1969). *Osobowość i psychoterapia*, Warszawa: PWN





- Dunn, J. (1999). Doświadczanie rozumienie emocji, relacji społecznych oraz przynależności kulturowej. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, Gdańsk: GWP, s. 295–298
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Lasoya, S. (1999). Reakcje emocjonalne: ich regulacja, korelaty społeczne i socjalizacja. W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Poznań: Rebis, s. 223–280
- Ekman, P., Richard, J. D. (2012). *Natura emocji*, Sopot: Wydawca: GWN
- Elkins, G.R., Barabasz, A.B., Council, J. R., Spiegel, D. ,( 2015), w: *Journal of Clinical Hypnosis*, 2015; 57:4, 378-385
- Everly, G.S., Rosenfeld, R. (1992) *Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Fellows, B.J. (1998). Pojęcie transu. (str.40-65). W: Situa, J. (red.). *Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą*. Warszawa: PWN.
- Freud, Z. (1984). *Wstęp do psychoanalizy*, Warszawa: PWN
- Gerrig, R., Zimbardo, P.G. (2006). *Psychologia i życie*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN
- Gheorghiu, V. A. (1985). *Hipnoza*, Warszawa: Wiedza Powszechna
- Głaz, S. (2006). *Sens życia a religia*, Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Goleman, D. (1997). *Inteligencja emocjonalna*. Poznań: Media Rodzina.
- Gross, J.J.(1998a) The emerging field of emotion regulation: *An Integrative Review. Rev. Gen. Psychol.*, 2:271–299. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross J.J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology, „*Journal of Personality and Social Psychology*”, 74, s. 224–237, DOI:10.1037//0022-3514.74.1.224
- Gross, J.J.(2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3), s. 281-291. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0048577201393198>
- Grzesiuk, L. (red.).(2005). *Psychoterapia teoria. Podręcznik akademicki*, Warszawa: Wydawnictwo psychologii i Kultury ENETEIA
- Grzesiuk, L., Szuszek, H. (red.).(2011). *Psychoterapia. Szkoły i metody*, Warszawa: Wydawnictwo psychologii i Kultury ENETEIA
- Haley, J. (1995). *Niezwykła terapia. Techniki terapeutyczne Miltona H. Ericksona*, Gdańsk: GWP
- Hammond, C. (2010) *Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders*, *Expert Rev. Neurother.* 10(2), s. 263–273. DOI:10.1586/ern.09.140 dostęp 12.12.2021

- Hat, K. (2017). *Kontrola poznawcza, a kontrola emocjonalna – analiza teoretyczna*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński-praca magisterska udostępniona osobiście przez autorkę
- Hilgard, E. (1967) *Wprowadzenie do psychologii*, Warszawa: PWN
- Hilgard, E., Hilgard, J. (1994) *Hypnosis in the relief of pain*, Oxon: Routledge Taylor & Francis Group
- Hilgard, E. (1998), Neodysocjacyjna interpretacja hipnozy. W: J. Siuta (red.), *Współczesne koncepcje w badaniach nad hipnozą*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, s.66-90
- Holdevici, I., Craciun , B. (2013) *Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders*, Procedia - Social and Behavioral Sciences 78 ( 2013 ), s. 471 – 475.  
doi: 10.1016/j.sbspro.2013.04.333 dostęp 20.01.2022
- Horney, K. (1999) *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, Poznań: Dom Wydawniczy REBIS
- Horney, K. (1987). *Nowe drogi w psychoanalizie*. Warszawa: PWN.
- Izard, C. E. (1999). Procesy poznawcze stanowią jeden z czterech typów systemów wzbudzających emocje. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, Gdańsk: GWP, s. 179–183
- Izard, C. E. (2002). Translating emotion theory and research into preventive interventions, *Psychological Bulletin* , 128(5), s.796-824. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.128.5.796>
- Jakubik, A. (1975a). Psychologia poczucia winy. *Psychiatria Polska*, 9, s.297–305
- Jarymowicz M. (1997). Dociekania nad naturą emocji: o emocjach poza świadomością i emocjach poza spontanicznością. *Czasopismo Psychologiczne* 3, s.153–170.
- Jeśka, M. (2012). Od fazy snu REM do terapii EMDR. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny* (NR 4)/2012, s. 113-118
- Jersild A. D. (1971). Rozwój emocjonalny. W: Ch. E. Skinner (red.), *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.
- Kępiński, A. (2012). *Lęk*, Warszawa: Wydawnictwo Literackie
- Kobylińska, D. (2007). *Automatyczna kontrola nieświadomych emocji*, Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego
- Kofta, M. (1979). *Samokontrola a emocje*. Warszawa: PWN
- Korzewski, J.(2015). *Wpływ Treningu Regulacji Emocji na sposoby radzenia sobie ze stresem*, Saarbrücken: Wydawnictwo Bezkres Wiedzy
- Kozielecki, J. (2000). *Koncepcje psychologiczne człowieka*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak.
- Kratochvil, S. (2003). *Podstawy psychoterapii*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka
- Kroger, W.S. (1977). *Clinical and experimental hypnosis*, Philadelphia: J.B. Lippincott Company



- Lazarus R. (1998). Ocena poznawcza. [w:] P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji: podstawowe zagadnienia* (ss. 183–190). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Leahy R. L., Tirch D., Napolitano L. (2014) *Regulacja emocji w psychoterapii*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
- LeDoux J. (1998). Stopień kontroli nad emocjami zależy od rodzaju systemu reakcji. [w:] P. Ekman, R.J. Davidson (red.), *Natura emocji: podstawowe zagadnienia* (s. 231–239). Gdansk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- LeDoux J. (2000). *Mózg emocjonalny*. Poznań: Media Rodzina..
- LeDoux, J., Phelps, E. A. (2005). Sieci emocjonalne w mózgu. W: M. Lewis, J. M. Haviland - Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 210–229). Gdańsk: GWP.
- LeDoux, J. (2017). *Lęk*, Kraków: Copernicus Center Press
- Levenson, R. W. (1999). Kontrola emocji: odmiany i konsekwencje. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji*, Gdańsk: GWP , s. 233–239
- Ligęza, T. S. (2018) *Mózgowe mechanizmy kontroli emocji: Rola procesów uwagowych i poznawczych w reinterpretacji*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński w Krakowie-rozprawa doktorska. Pobrane z: <https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/77312> dostęp 01.11.2021
- Lotfifar , Karami,A., Daramadi, P., Fathi, M. (2013) *Effectiveness of hypnotherapy on anxiety level*. Research in Medicine 2013, 37(3): s.164-170. Pobrane z: <http://pejouhesh.sbmu.ac.ir/article-1-1212-en.html> dostęp 20.01.2022
- Maczak, A. (1998). Rozwój emocjonalny. W: Z. Włodarski, A. Matczak (red.), *Wprowadzenie do psychologii. Podręcznik dla nauczycieli*, Warszawa: WSiP, s. 230–252.
- Maruszewski, T., Ścigała, E. (1998). *Emocje, aleksytymia, poznanie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora
- Mauss, I.B, Bunge, S., Gross, J.J. (2007) Automatic Emotion Regulation, *Social and Personality Psychology Compass 1*, s.146–167. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2007.00005.x>
- Mayer, J. D., Salovey, P. (1999). Czym jest inteligencja emocjonalna? W: P. Salovey, D. J. Sluyter (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*, Poznań: Rebis, s. 23–69.
- Meinhold, W. J. (2014) *Sen o świadomości. Mały podręcznik hipnoz*, Kraków: Towarzystwo Hipnozy Terapeutycznej i Badań nad Hipnozą
- Milne, G. (2006). *Hipnoza a sztuka samoleczenia*, Warszawa: Wydawnictwo REA
- Nęcka, E., Orzechowski, J., Szymura, B. (2013). *Psychologia poznawcza* (s. 229-276). Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej" Academica".

- Niebrój, L.(2007). *Filozofia lęku Antoniego Kępińskiego*. W: M. Libiszowska-Zółtkowska (red.), *Czego obawiają się ludzie?* (s. 49-58). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Obuchowski, K. (1985). *Adaptacja twórcza*. Warszawa: Książka i Wiedza
- Oleś, P. (2003) *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar
- Orzechowska, A., Harasiuk, A., Talarowska, M., Zboralski, K., Chojnacki, J., Florkowski, A. (2010) Ocena wybranych czynników psychologicznych u pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego i z chorobą refl uksową przełyku. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010; 19(2), s.115–119
- Ochsner, K.N., Gross, J.J.(2005) The cognitive control of emotion, *Trends in cognitive sciences*, 9(5), s. 242-249. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>
- Ostrowska, K. (1992). *Słownik psychologów polskich*. Elwira Kosnarewicz, Teresa Rzepa, Ryszard Stachowski (red.). Poznań: Instytut Psychologii UAM
- Rachman, S. (2005) *Zaburzenia lękowe*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne
- Reykowski, J. (1975). Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka. W: T. Tomaszewski (red.), *Psychologia* (s. 762–825). Warszawa: PWN
- Rosen, S. (1997). *Mój głos podąży za tobą*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i Ska
- Rossi, E. (2005). *Hipnoterapia. Psychobiologiczne mechanizmy uzdrawiania.*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i Sk-a
- Rossi, E. (2016). *Kreowanie nowej świadomości*, Los Osos: Palisades Gateway Publishing
- Rossi, E. (2020) *Dialog z naszymi genami*, Zakopane: Jan Dyba Research Group
- Slonena, E.(2021). *Effects of a Brief Mindful Hypnosis Intervention on Stress Reactivity: A Randomized Active Control Study*, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Volume 69, s.453-467. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207144.2021.1952845>   dostęp: 20.01.2022
- Servan-Schreiber, D. (2016). *Samodzielne usuwanie lęku, stresu i depresji*, Bałystok: Wydawnictwo Vital
- Seligman, M., Walker, E., Rosenhan, D. (2003). *Psychopatologia*, Poznań: Zysk i S-ka
- Sęk, H. (2008). *Psychologia kliniczna. Tom II*, Warszawa: PWN
- Sęk, H. (2010). *Psychologia kliniczna. Tom I*, Warszawa: PWN



- Shapiro, F. (2017). *Zostawić przeszłość w przeszłości*, Warszawa: Polskie Towarzystwo Terapii EMDR
- Siek, S. (1993). *Wybrane metody badania osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo ATK
- Siek, S. (1986). *Struktura osobowości*, Warszawa: ATK
- Siuta, J. (2007). *Psychologia Zjawisk hipnotycznych*, Kraków: WIR Partner
- Spiegel, D., Hoeft, F., Gabrieli, J., Whitfield-Gabrieli, S., Haas, B., Bammer, R., Menon, V. (2015). Functional Brain Basis of Hypnotizability. DOI: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365296/> dostęp: 02.12.2021
- Szczygieł, D. (2014). Regulacja emocji a dobrostan. Konsekwencje wyprzedzającej i korygującej regulacji emocji. W: R. Derbis i Ł. Baka (red.), *Oblicza jakości życia* (s. 193-209). Częstochowa: Wydawnictwo Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie
- Trumm, A. (2018) *Effectiveness of Hypnotherapy in Anxiety Disorders: A Systematic Review*. University of Birmingham for the degree of MSc Health Research Methods. DOI:10.13140/RG.2.2.33559.32169 dostęp: 20.01.2022
- Tucholska, S. (1992). Endlera Wielowymiarowe Skale Lęku (EMAS), *Roczniki Filozoficzne. Tom XXXIX-XL*, zeszyt 4, s.133-143
- Wójtowicz, M. (2005). *Doświadczenie lęku egzystencjalnego jako sytuacja wyboru*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Waxman, D. (1989). *Hartlands medical & dental hypnosis*, Londyn: Bailliere Tindal
- Wrześniewski, K. Sosnowski, T., Jaworska, A., Fecenes, D., (2006). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku. STAI. Podręcznik*, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych
- Valentine, K., Milling, L., Clark, L., Moriarty, C. (2019) *The Efficacy of Hypnosis as a Treatment for Anxiety: A Meta-Analysis*. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis Volume 67, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207144.2019.1613863> dostęp 20.01.2022
- Yapko, M. D. (2000), *Podstawy hipnozy. Zasady i pojęcia*, Gdańsk: GWP
- Yapko, M. D. (2003). *TRANCEWORK An Introduction to the Practice of Clinical Hypnosis (3rd Edition)*, New York and Hove: BRUNNER-ROUTLEDGE
- Zajonc, R. B. (1999). Dowody na istnienie emocji nieświadomych. W: P. Ekman, R. J. Davidson (red.), *Natura emocji* (s. 250–253). Gdańsk: GWP
- Zeig, J. K. (1997). *Spotkania z Ericksonem. Niezwykły człowiek, niezwykła terapia*, Gdańsk: GWP

## Spis tabel

Tabela 1. Różnice między strachem a lękiem.....	7
Tabela 2. Objawy lęku.....	8
Tabela 3. Układy pamięciowe.....	26
Tabela 4. Podział definicji i ich autorów wg kryterium Transowe-Nietransowe.....	49
Tabela 5. Zróżnicowanie wieku badanych.....	72
Tabela 6. Zróżnicowanie badanych ze względu na płeć.....	73
Tabela 7. Zróżnicowanie badanych ze względu na posiadanie diagnozy psychiatrycznej.....	73
Tabela 8. Zróżnicowanie badanych ze względu na rozpoznane zaburzenie lękowe.....	74
Tabela 9. Zróżnicowanie badanych ze względu na okres zmagania się z zaburzeniem.....	74
Tabela 10. Zróżnicowanie badanych ze względu na wcześniejszy korzystanie z psychoterapii....	75
Tabela 11. Zróżnicowanie badanych ze względu na leczenie farmakologiczne.....	75
Tabela 12. Podział wyników osób badanych w skalach lęku jako stanu i lęku jako cechy przed rozpoczęciem terapii hipnozą.....	77
Tabela 13. Statystyki podstawowe wszystkich wskaźników badanych zmiennych.....	78
Tabela 14. Zbiorcze zestawienie wyników obliczeń zgodności otrzymanych rozkładów wyników z rozkładem normalnym.....	79
Tabela 15. Statystyki podstawowe zmiennej wiek badanych.....	93
Tabela 16. Test normalności rozkładu dla zmiennej wiek.....	94
Tabela 17. Porównanie wyników uzyskanych przez badanych w obu pomiarach wskaźników lęk jako stan i lęk jako cecha.....	95
Tabela 18. Badania korelacji wyników uzyskanych przez badanych w obu pomiarach wskaźników lęku jako stan i lęku jako cechy.....	96
Tabela 19. Wyniki testu t-studenta dla prób zależnych dla obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha.....	97
Tabela 20. Wyniki badania wielkości efektów dla testów istotności różnic między średnimi obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha.....	97
Tabela 21. Rozkład procentowy badanych, którzy uzyskali istotną zmianę na skali stenowej dla zmiennych lęk jako stan i cecha.....	99
Tabela 22. Statystyki podstawowe par zmiennych kontroli emocjonalnej dla testu t-studenta .....	100
Tabela 23. Badania korelacji wyników par zmiennych kontroli emocjonalnej.....	101
Tabela 24. Wyniki testu t-studenta dla par zmiennych kontroli emocjonalnej.....	102
Tabela 25. Wyniki testu t-studenta dla rozkładów odbiegających od normalnego.....	103



Tabela 26. Wyniki badania wielkości efektów dla testów istotności różnic między średnimi obu pomiarów zmiennych kontroli emocjonalnej.....	103
Tabela 27. Wskaźnik korelacji r Pearsona między wynikami skal lęku jako stanu i cechy STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej KKE podczas pierwszego pomiaru w grupie badanych.....	106
Tabela 28. Wskaźnik korelacji r Pearsona między wynikami skal lęku jako stanu i cechy STAI a wynikami skal kontroli emocjonalnej KKE podczas drugiego pomiaru w grupie badanych.....	107

## Spis rysunków

Rysunek 1. Procesualny model regulacji emocji Grossa .....	32
Rysunek 2. Model hipnozy Barbera.....	54
Rysunek 3. Schemat struktur kontroli w układzie hierarchicznym wg Hilgarda.....	57
Rysunek 4. Profil wyników uśrednionych badanych przeliczony na wartości stenowe przed rozpoczęciem terapii hipnozą.....	76
Rysunek 5. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej lęk jako stan x-1(I).....	80
Rysunek 6. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej lęk jako stan x-1(II).....	81
Rysunek 7. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej lęk jako cecha x-2(I).....	82
Rysunek 8. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru wskaźnika lęk jako cecha x-2(II).....	83
Rysunek 9. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (I).....	84
Rysunek 10. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej kontrola ekspresji Ke (II).....	85
Rysunek 11. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (I).....	86
Rysunek 12. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej motywacja emocjonalno-racjonalna Mer (II).....	87
Rysunek 13. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (I).....	88
Rysunek 14 . Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej odporność emocjonalna Oe (II).....	89

Rysunek 15. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (I).....	90
Rysunek 16. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej kontrola sytuacji Ks (II).....	91
Rysunek 17. Graficzny rozkład wyników pierwszego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna (I).....	92
Rysunek 18. Graficzny rozkład wyników drugiego pomiaru zmiennej pobudliwość emocjonalna Pe (II).....	93
Rysunek 19. Graficzny rozkład wyników zmiennej wiek.....	94
Rysunek 20. Wykresy błędów dla obu pomiarów wskaźników lęk jako stan oraz lęk jako cecha...98	
Rysunek 21. Wykresy słupków błędów dla zmiennych kontroli emocjonalnej.....	104

