



Złożenie pracy online:  
2025-06-05 19:17:00  
Kod pracy:  
14597/49545/CloudA

Dagmara Szymańska  
(nr albumu: 25196 )

Praca magisterska

**Wpływ metody Embrace Therapy® mierzoną EEG-Biofeedback, na zmniejszenie poczucia stresu i obniżonego nastroju oraz zwiększenie poczucia samooceny u kobiet doświadczonych molestowaniem w dzieciństwie**

**The effect of Embrace Therapy®, measured by EEG-Biofeedback, on reducing stress and low mood, and increasing self-esteem in women experiencing childhood abuse**

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: neuropsychologia

Promotor: dr Lilia Suchocka

Składam serdeczne podziękowania dr Lilii Suchockiej za doświadczenie i pomoc, którymi się chętnie dzieliła, a które były nieocenione w powstaniu niniejszej pracy. Dziękuję również sobie, za podjęcie tego wyzwania i wytrwania w nim do końca.



## Streszczenie

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu metody Embrace Therapy® na obniżenie poziomu stresu, poprawę nastroju oraz wzrost poczucia własnej wartości u kobiet, które w dzieciństwie doświadczyły molestowania seksualnego. W badaniu wzięło udział sześć uczestniczek, z których każda przeszła jednorazową sesję terapeutyczną. Metody. Zmiany zostały ocenione przy użyciu testów psychologicznych (BDI, KPS, SES, IES-R, EPQ-R), pomiaru EEG Biofeedback, oraz ankiet ewaluacyjnych przeprowadzonych po 2–3 miesiącach od sesji. Wyniki. Uzyskane wyniki badania wykazały znaczące zmniejszenie poziomu stresu (zarówno deklarowanego, jak i rejestrowanego w neurofeedback), spadek objawów obniżonego nastroju oraz wzrost samooceny u wszystkich uczestniczek. Analiza jakościowa potwierdziła głębokie zmiany emocjonalne, poczucie wewnętrznego spokoju oraz rozpuszczenie trudnych wspomnień – niezależnie od tego, czy były one rzeczywiste, czy zaimplementowane. Metoda okazała się skuteczna nawet wtedy, gdy emocjonalny zapis wspomnienia miał charakter podświadomy lub symboliczny. Wnioski z pracy potwierdzają, że Embrace Therapy® może być skuteczną formą wsparcia dla kobiet z doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie, oferując szybką i głęboką integrację emocjonalną oraz poprawę funkcjonowania psychicznego.

## Słowa kluczowe

Embrace Therapy, molestowanie seksualne, stres, samoocena, EEG Biofeedback, trauma emocjonalna

## Abstract

The aim. The aim of this study was to examine the effectiveness of Embrace Therapy® in reducing stress levels, improving mood, and increasing self-esteem among women who had experienced childhood sexual abuse. The research involved six participants, each of whom underwent a single Embrace Therapy® session. The methods. Changes were measured using psychological tests (BDI, KPS, SES, IES-R, EPQ-R), EEG Biofeedback recordings, and follow-up evaluation surveys conducted 2–3 months after the session. The results. The results revealed a significant reduction in stress (both self-reported and neurofeedback), a decrease in depressive symptoms, and an increase in self-esteem across all participants. Qualitative analysis confirmed deep emotional changes, a sense of inner calm, and a release of painful memories – regardless of whether these memories were real or possibly implanted. The method proved effective even when the emotional imprint was subconscious or symbolic. The findings suggest that Embrace Therapy® can be an effective therapeutic approach for women with a history of childhood sexual abuse, enabling rapid and deep emotional integration and enhanced psychological functioning.

## Keywords

Embrace Therapy, sexual abuse, stress, self-esteem, EEG Biofeedback, emotional trauma



Dagmara Szymańska

(nr albumu 25196)

Praca magisterska

**Wpływ metody Embrace Therapy® mierzoną EEG-Biofeedback, na zmniejszenie  
poczucia stresu i obniżonego nastroju oraz zwiększenie poczucia samooceny u kobiet  
doświadczonych molestowaniem w dzieciństwie**

**The effect of Embrace Therapy®, measured by EEG-Biofeedback, on reducing stress  
and low mood, and increasing self-esteem in women experiencing childhood abuse**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: neuropsychologia

Promotor: dr Lilia Suchocka



Składam serdeczne podziękowania dr Lili Suchockiej za doświadczenie i pomoc, którymi się chętnie dzieliła, a które były nieocenione w powstaniu niniejszej pracy. Dziękuję również sobie, za podjęcie tego wyzwania i wytrwania w nim do końca.



## Streszczenie

*Cel pracy.* Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu metody Embrace Therapy® na obniżenie poziomu stresu, poprawę nastroju oraz wzrost poczucia własnej wartości u kobiet, które w dzieciństwie doświadczyły molestowania seksualnego. W badaniu wzięło udział sześć uczestniczek, z których każda przeszła jednorazową sesję terapeutyczną.

*Metody.* Zmiany zostały ocenione przy użyciu testów psychologicznych (BDI, KPS, SES, IES-R, EPQ-R), pomiaru EEG Biofeedback, oraz ankiet ewaluacyjnych przeprowadzonych po 2–3 miesiącach od sesji.

*Wyniki.* Uzyskane wyniki badania wykazały znaczące zmniejszenie poziomu stresu (zarówno deklarowanego, jak i rejestrowanego w neurofeedback), spadek objawów obniżonego nastroju oraz wzrost samooceny u wszystkich uczestniczek. Analiza jakościowa potwierdziła głębokie zmiany emocjonalne, poczucie wewnętrznego spokoju oraz rozpuszczenie trudnych wspomnień – niezależnie od tego, czy były one rzeczywiste, czy zaimplementowane. Metoda okazała się skuteczna nawet wtedy, gdy emocjonalny zapis wspomnienia miał charakter podświadomy lub symboliczny.

*Wnioski z pracy* potwierdzają, że Embrace Therapy® może być skuteczną formą wsparcia dla kobiet z doświadczeniem przemocy seksualnej w dzieciństwie, oferując szybką i głęboką integrację emocjonalną oraz poprawę funkcjonowania psychicznego.

**Słowa kluczowe:** Embrace Therapy, molestowanie seksualne, stres, samoocena, EEG Biofeedback, trauma emocjonalna.



## Abstract

*The aim.* The aim of this study was to examine the effectiveness of Embrace Therapy® in reducing stress levels, improving mood, and increasing self-esteem among women who had experienced childhood sexual abuse. The research involved six participants, each of whom underwent a single Embrace Therapy® session.

*The methods.* Changes were measured using psychological tests (BDI, KPS, SES, IES-R, EPQ-R), EEG Biofeedback recordings, and follow-up evaluation surveys conducted 2–3 months after the session.

*The results.* The results revealed a significant reduction in stress (both self-reported and neurofeedback), a decrease in depressive symptoms, and an increase in self-esteem across all participants. Qualitative analysis confirmed deep emotional changes, a sense of inner calm, and a release of painful memories – regardless of whether these memories were real or possibly implanted. The method proved effective even when the emotional imprint was subconscious or symbolic.

*The findings* suggest that Embrace Therapy® can be an effective therapeutic approach for women with a history of childhood sexual abuse, enabling rapid and deep emotional integration and enhanced psychological functioning.

**Keywords:** Embrace Therapy, sexual abuse, stress, self-esteem, EEG Biofeedback, emotional trauma.



## Spis treści

WSTĘP .....	7
Rozdział I .....	9
METODY EMBRACE THERAPY® I EEG – BIOFEEDBACK.....	9
1.1 Geneza powstania metody Embrace Therapy® i jej istota.....	9
1.2 Potwierdzona skuteczność metody Embrace Therapy® w badaniach EEG-Biofeedback .....	10
1.3 Powstanie metody EEG-Biofeedback .....	13
1.4 Zastosowanie metody EEG-Biofeedback.....	14
ROZDZIAŁ II .....	18
OD STRESU DO AKCEPTACJI .....	18
2.1 Zagadnienie stresu w literaturze przedmiotu.....	18
2.2 Zjawisko emocji .....	23
2.3 Zjawisko depresji.....	29
2.4 Akceptacja .....	37
Rozdział III.....	40
FORMY PRZEMOCY SEKSUALNEJ .....	40
3.1 Zjawisko nadużycia jako formy przemocy.....	40
3.2. Molestowanie jako forma przemocy seksualnej.....	41
3.3 Gwałt jako forma przemocy seksualnej.....	44
3.4 Nadużycie seksualne dzieci i jego konsekwencje w życiu.....	46
Rozdział IV .....	49
METODOLOGIA BADAŃ .....	49
4.1 Cel badawczy, problem i hipotezy badawcze.....	49
4.2 Opis zastosowanych narzędzi badawczych .....	50
4.3 Charakterystyka grupy badawczej.....	51
Rozdział V .....	53
EMBRACE THERAPY® I EEG-BIOFEEDBACK W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ ....	53
5.1. Opis przypadków .....	53
5.1.1 Przypadek 1.....	53
5.1.2 Przypadek 2.....	62
5.1.3 Przypadek 3.....	70



5.1.4 Przypadek 4.....	78
5.1.5 Przypadek 5.....	86
5.1.6 Przypadek 6.....	95
5.2 Podsumowanie wyników badań .....	104
5.3 Weryfikacja postawionych hipotez i dyskusja wyników .....	113
ZAKOŃCZENIE.....	119
BIBLIOGRAFIA.....	121
NETOGRAFIA .....	126
SPIS TABEL .....	127
SPIS RAPOTÓW Z BADANIA EEG BIOFEEDBACK .....	127
ZAŁĄCZNIKI.....	127



## WSTĘP

W ostatnich latach można zauważyć rosnące zainteresowanie rozwojem osobistym, w tym również pracą nad swoim dzieciństwem. Poszerzająca się świadomość społeczeństwa w zakresie ran i traum z dzieciństwa i ich przełożenia na dorosłe życie sprawia, że coraz więcej osób nabiera odwagi, aby intencjonalnie stanąć do tego, co zwykliśmy chować do ciemnej piwnicy podświadomego umysłu, zwanej w psychologii mechanizmem wyparcia. Analiza Transakcyjna w dużej mierze skupia się nad pracą ze stanem ja-dziecko, który pospolicie nazywany jest „praca z wewnętrznym dzieckiem”. Przeprowadzane są różnorodne badania nad związkiem między dzieciństwem, a naszym dorosłym życiem i jego obszarami, co jest ogromnym postępem na przestrzeni ostatnich lat. Jeszcze przecież nie tak dawno, bo nawet w latach 80-tych XX wieku, operacje na dzieciach były wykonywane bez znieczulenia, gdyż wierzono w błędne przekonanie, że niemowlęta i małe dzieci nie odczuwają bólu tak intensywnie jak dorośli. Uważano, że ich układ nerwowy jest niedojrzały, a sam ból jest dla nich mniej traumatyczny. Przełomowy stał się jednak artykuł z 1987 roku, opublikowany w *The New England Journal of Medicine*, w którym opublikowano badania pokazujące, że noworodki po operacjach bez znieczulenia, doświadczały ciężkiego stresu i wydzielały podwyższone poziomu hormonu stresu, takich jak kortyzol. Po tych odkryciach protokoły dotyczące leczenia chirurgicznego noworodków zostały zmienione na całym świecie. Dlaczego o tym piszę? Bo jeszcze nie tak dawno wracanie do dzieciństwa i powiązania tego newralgicznego dla rozwoju człowieka okresu z bezpośrednim wpływem na dorosłe życie, było czymś wręcz abstrakcyjnym. Dziś już wiadomo, że dzieciństwo to nie tylko temat dla pedagogów, którzy głównie pracują z dziećmi, ale przede wszystkim dla psychologów, którzy pracując z dorosłymi, wracają do czasów, gdy żniwa, które zbieramy w dorosłości, miały swój okres siewów właśnie tam, w odległym dzieciństwie. Zainteresowanie tematyką pracy z wewnętrznym dzieckiem pojawiło się u mnie od czasów, gdy sama zaczęłam interesować się rozwojem osobistym, a także duchowym, a także sama zostałam certyfikowanym Coachem. Praca coachingowa z wewnętrznym dzieckiem podczas sesji z moimi klientami, doprowadziła do powstania metody Embrace Therapy®, a osobiste doświadczenia i obserwacje stały się impulsem do badań nad metodą. Od 2019 roku prowadzę Akademię Embrace Therapy®, w której przygotowuję przyszłych coachów metody do pracy z drugim człowiekiem, który zмага



się z subiektywnym i emocjonalnym problemem. W mojej praktyce spotkałam szerokie spektrum problemów klientów, od bardzo powierzchwnych i błahych po ciężkie i obiektywnie trudne kalibry ładunków emocjonalnych. Zanim zdecydowałam się na podjęcie badań jakościowych w temacie molestowania w dzieciństwie, miałam za sobą pracę z wieloma przypadkami kobiet, które doświadczyły takiej traumy. Obserwacje z pracy z tymi klientkami zainspirowały mnie do tego, aby podjąć ten niecodzienny i jednocześnie trudny temat w niniejszej pracy, bo nie jest on ani oczywisty jak się potocznie wydaje, ani wcale rzadki jako zjawisko. Mogę nawet postawić hipotezę, że roczniki moich klientek doświadczonego molestowaniem, są zbieżne z czasami, w których medycyna podchodziła do dzieci podczas operacji bez znieczulenia. Potoczne „*dzieci i ryby głosu nie mają*” w czasach aktualnej i społecznej świadomości oraz przepisów prawa, jest społecznym *faux pas*, a niżeli potocznie realizowanym przekonaniem.

W pierwszym rozdziale niniejszej pracy postaram się wyjaśnić czym jest metoda Embrace Therapy®, jaka jest jej istota i jakie ma opublikowane badania.

W rozdziale drugim omówię czym jest Biofeedback i przedstawię szerzej jedną z jego funkcji, jako narzędzia diagnostycznego, będącego wyznacznikiem skuteczności w odniesieniu do badanej metody.

W trzecim rozdziale skupię się na emocjach i stresie oraz na tym, jak głęboka akceptacja siebie i rzeczywistości, potrafi wpłynąć na wewnętrzną transcendencję nawet w odniesieniu do bardzo trudnych traum i wydarzeń w naszym życiu.

Rozdział czwarty zadedykowany jest problemowi przemocy seksualnej i jej różnych odcieniach. W piątym rozdziale przedstawię przypadki badanych osób. W rozdziale tym zostaną zaprezentowane i szczegółowo omówione wyniki z przeprowadzonych badań, które będą obejmowały analizę jakościową pozyskanych danych. Na koniec tego rozdziału będzie także podsumowane zrealizowanych badań oraz zaprezentowane zostaną wnioski, a także praktyczne porady do zastosowania pracy z wewnętrznym dzieckiem metodą Embrace Therapy®.



## Rozdział I

### METODY EMBRACE THERAPY® I EEG – BIOFEEDBACK

#### 1.1 Geneza powstania metody Embrace Therapy® i jej istota

Embrace Therap® to metoda, która powstała w 2017 roku przez |tzw. zupełny przypadek. Pracowałam wówczas z włoską, 42 letnią klientką Patrizią, za zawodu pielęgniarką na oddziale Kardiologicznym w Reggio Calabria, gdzie mieszkalam przez ostatnie 12 lat. To podczas naszej sesji terapeutycznej, powstał załączek metody Embrace Therapy®. Sesja ta dotyczyła trudnej relacji z jej ojcem, gdyż czuła się prze niego całe życie nie chciana i nieakceptowana. Była trzecią już córką, a ojciec oczekiwał w końcu upragnionego syna, który w tej rodzinie ostatecznie nie przyszedł na świat. Sesja była bardzo trudna, gdyż Patrizia, była bardzo mocno osadzona w negatywnych emocjach i złości, która towarzyszyła tej relacji. W pewnym momencie przepłynęło przeze mnie prowadzenie, które przepłynęło przez moje usta. Mogłam odnieść wrażenie, że to prowadzenie nie było „moje”, ale jakby przeze mnie „przepływało samoistnie”. Zdaję sobie sprawę, że zdanie to nie należy do naukowych twierdzeń, jednak nie mam innego, lepszego określenia, aby oddać to co wtedy się zadziało podczas sesji. Na koniec sesji Patrizia zalała się łzami i doświadczyła totalnego uwolnienia z trudnych emocji z relacji z tatą. Po sesji wręcz zapytała: „ja naprawdę miała pretensje do mojego ojca przez te wszystkie lata o coś tak błahego?”. Patrizia zgłosiła się do mnie, gdy miała 42 lata i aż przez 4 dekady nosiła w sobie przekonanie, które wyzwalało w niej ból, złość, bezsilność, smutek, żal, strach, że nigdy nie zostanie uznana w pełni przez ojca, ale też poczucie winy i wstyd, że jej ojciec na tle reszty rodziny „nie potrafi spłodzić syna”. Wszystkie te emocje, które tak bardzo ciążyły Patrizi przez dekady – odpadły i uwolniły się natychmiastowo. Po naszej sesji zdałam sobie sprawę, że stało się coś niezwykłego i zaczęłam odtwarzać schemat, który przeze mnie przepłynął na sesjach z innymi klientami. Bo było to kompleksowe prowadzenie, które prowadziło do tego samego rezultatu, jakim było emocjonalne uwolnienie się od obrazu (trudnego zdarzenia przechowywanego w pamięci). Za każdym razem po zastosowaniu schematu, sesja kończyła się sukcesem, czyli uwalnianiem trudnych emocji, które towarzyszyły sytuacji, a którą klient zgłosił się do pracy. W latach 2017-2019 podczas pracy z klientami i



obserwacją procesów, które zachodziły podczas sesji, powstała pełna formuła (schemat) pracy metodą Embrace Therapy®. W 2019 roku została ona objęta znakiem zastrzeżonym ® przez Polski Urząd Patentowy pod numerem R.333636 autorstwa Dagmary Szymańskiej, a w 2024 roku, znak ® został rozszerzony na całą Europę.

Embrace Therapy® jest metodą wielowymiarową, czyli jest metodą coachingową, polegającą na sekwencji konkretnych pytań do klienta; jest metodą terapeutyczną, gdyż uwalnia emocji z trudnych wydarzeń poprzez każdorazowy powrót do pracy z Wewnętrznym Dzieckiem (stanem ja – dziecko określonym w Analizie Transakcyjnej przez Erica Berne, 2004)' i jest także metodą transcendentalną, która wprowadza komponent duchowy nazwany Boskim Rodzicem. Embrace Therapy® w jednej sesji łączy pracę i komunikację z Wewnętrznym Dzieckiem (WD), Ziemiakimi Rodzicami (ZR) i Boskim Rodzicem (BR). Te trzy aspekty w ET® niejako odpowiadają Dziecku, Rodzicowi i Dorosłemu w ujęciu Analizy Transakcyjnej. Jednak Embrace Therapy® wprowadza także, ważny pod kątem zmiany perspektywy i uwalniania trudnych emocji komponent duchowości – Boga, którego postrzega holistycznie jako Wszechświat, Energię, Miłość, Świadomość, bez konieczności powiązania Go z jakąkolwiek religią. (Dagmara Szymańska, 2023)

## **1.2 Potwierdzona skuteczność metody Embrace Therapy® w badaniach EEG-Biofeedback**

Kiedy na studiach dowiedziałam się o austriackim nobliście w zakresie neuroplastyczności mózgu – Ericu Candelu, a było to już po moich pierwszych badaniach w 2022 roku, nad metodą Embrace Therapy® z wykorzystaniem EEG-Biofeedback, pomyślałam, że podczas sesji zachodzi proces neuroplastyczności. Neuroplastyczność, czyli zdolność mózgu do reorganizacji i tworzenia nowych połączeń neuronalnych, jest fundamentalnym procesem umożliwiającym adaptację do nowych doświadczeń, uczenie się oraz odzyskiwanie funkcji po urazach. Badania wykazują, że plastyczność mózgu zachodzi na różnych poziomach, od molekularnego po systemowy, co pozwala na modyfikacje w odpowiedzi na bodźce środowiskowe. Cytując Andrzeja Obrębowskiego (2013) „Neuroplastyczność, czyli zdolność mózgu do reorganizacji i tworzenia nowych połączeń neuronalnych, jest fundamentalnym procesem umożliwiającym adaptację do nowych doświadczeń, uczenie się oraz odzyskiwanie funkcji po urazach. Badania wykazują, że plastyczność mózgu zachodzi na różnych poziomach, od molekularnego po systemowy, co pozwala na modyfikacje w odpowiedzi na bodźce



środowiskowe”. O roli hipokampa i kory nowej w procesach pamięciowych jak mówią badacze z norweskiego Uniwersytetu w Oslo (Christian Doeller, 2020) „Hipokamp odgrywa kluczową rolę w konsolidacji pamięci, zwłaszcza w początkowych etapach tworzenia wspomnień. Z czasem, w procesie konsolidacji systemowej, wspomnienia są przenoszone z hipokampa do kory nowej, gdzie następuje ich długotrwałe przechowywanie.”. Alan Brunet, profesor Wydziału Psychiatrii w McGill University w Montrealu, był jednym z badaczy, który wykorzystał neuroplastyczność mózgu do prowadzenia terapii. W terapii pacjentów z PTSD (zespół stresu pourazowego), połączył farmakoterapię z neuroplastycznością. Jego pacjentami w badaniach były min. ofiary molestowania w dzieciństwie, podobnie jak w mojej pracy, czyli osoby, u których doświadczono silne emocjonalnie i traumatyczne zdarzenia, ciągle tkwiły w ich umysłach i wywoływały przykre wspomnienia i emocjonalne cierpienie. Brunet wskazuje na powodzenie połączenia farmakoterapii i neuroplastyczności. Pacjenci Bruneta w pierwszej kolejności zażywali farmaceutyki, które tłumiły emocje wynikające z przeżyć urazowych, a następnie wielokrotnie rekonstruowali oni i przywoływali w pamięci te zdarzenia. Pacjenci, niezależnie od płci, dokonali zmian w „okablowaniu” mózgu, przerwali obwód pamięci o traumie z ich systemem identyfikowania zagrożeń. Ten proces umożliwia każdemu pacjentowi umieszczenie wspomnień (reminiscencji) w nowych katalogach w mózgu, nie w wirtualnej terażniejszości, lecz w odpowiednim dla nich miejscu — prawdziwej przeszłości. Jak pisze Wiesław Sikorski (2016, s. 49) „Jest to generalna zasada działania plastyczności mózgu: neurony, które układają się w ogniska niezależne, tworzą zarazem połączenia niezależne”. W mojej pracy badanymi osobami, podobnie jak u Bruneta, są osoby molestowane w dzieciństwie. W swojej terapii z pacjentami Brunet stosował równolegle farmakoterapię, która w moim założeniu, jako autora metody, wyklucza pracę metodą Embrace Therapy®. Wykluczenie klientów, którzy stosują leki farmakologiczne zapisane przez lekarza psychiatrę, jest spowodowane tym, iż metodę polecam dla osób w normie i w pełnym zdrowiu psychicznym. Klient ET®, to osoba świadoma i gotowa do wyjścia z „roli ofiary” bez względu na ładunek emocjonalny doświadczenia, które ją spotkało, po to by wejść w przestrzeń akceptacji życia takiego jakie ono jest. O akceptacji piszę w drugim rozdziale niniejszej pracy. W 2022 roku czysta ciekawość wynikająca z obserwacji moich klientów przed, podczas i po sesji, zaprowadziła mnie do zrobienia pierwszych badań nad metodą. Badania fMRI, w których mogłabym zaobserwować neuroplastyczność mózgu, zostawię sobie na pracę doktorską, gdyż wymaga ona zdecydowanie większych nakładów finansowych i czasowych. Zdecydowałam się na zbadanie zapisu fal mózgowych podczas badania EEG-Biofeedback, aby potwierdzić moje empiryczne obserwacje z sesji. W badaniu, które przeprowadziła niezależna firma HPM



Medical, producent urządzenia Easy Biofeedback. Firma prowadzi także 3 stopniowe kursy trenerskie dla osób chcących korzystać z metody w swojej pracy. W badaniu wzięło udział 8 osób. Część z tych osób nie знаła metody, a inna grupa miała bezpośredni kontakt z metodą. Osoby do badania miały zgłosić się z trudnym dla nich zdarzeniem emocjonalnym, które mogło dotyczyć wydarzenia z dalekiej przeszłości, które po dziś dzień wpływa emocjonalnie na osobę, tak jak w przypadku Patrizi. Mogło też dotyczyć bardziej aktualnych wydarzeń z tzw. teraźniejszości, lub też wydarzenia hipotetycznego, które mogłoby wydarzyć się w najbliższej przyszłości, lecz pomimo, iż jeszcze nie nastąpiło, emocjonalnie klient odczuwa np. silny strach. Osoby były badane przed sesją podczas wywiadu, w trakcie samego procesu Embrace Therapy®, a także po sesji. Badanie przeprowadzono w dwa dni w Gliwicach, w jednym z biur szkoleniowych firmy HPM Medical. Wyniki badań zaskoczyły samych badających. W momentach, w których empirycznie podejrzewałam, obserwując uważnie klienta i jego mimikę, sposób oddychania, tembr głosu, że zachodzi tzw. *klik*, czyli kolokwialnie mówiąc „coś puszcza”, „coś się uwalnia”, badania potwierdziły, że w tym równoległe w zapisach fal mózgowych pojawiała się fala Gamma. Fala ta w środowisku naukowym nazywana jest „falą geniuszu” i przypisywana jest do stanów świadomości. Świadomości, nie tej pochodzącej z rozumu, ale tej która często wykracza poza naukowe rozumienie. Mówi się o tym obszernie badając SQ, czyli jedną z trzech odnóg inteligencji – inteligencję duchową. Jej główni przedstawiciele, Danah Zohar i Ian Marshall, a także autorzy książki „Inteligencja duchowa” (2001), uznali ją za najbardziej podstawową formę inteligencji ludzkiej. Badacze Ci poświęcili swoją pracę, skupiając się na naukowych dowodach przejawu SQ, łącząc ze sobą wiele dziedzin, w tym fizyki, antropologii, psychologii i neurologii. Według autorów inteligencja duchowa ma nierozzerwalny związek z hierarchią wartości i poczuciem sensu w życiu, pozwala nam marzyć, a także prowadzić ukierunkowane działania. Jej fundamentem jest to w co wierzymy, a także nasze przekonania i głębokie wartości, którymi kierujemy się w życiu. „Iloraz inteligencji duchowej wykracza poza umiejętności poznawcze i emocjonalne. Uznaje istnienie duchowości, czyli sfery potężniejszej niż świat pięciu zmysłów. Zakłada pokorę wobec ogromu wszechświata. Silnie rozwinięte SQ pomaga wieść szczęśliwe, spełnione i harmonijne życie, w którym istnieje równowaga między różnymi jego aspektami” (Agnieszka Maciąg, 2021). Wyniki badań nad Embrace Therapy®, które prowadziłam z użyciem metody EEG-Biofeedback, opublikowałam w 2023 roku w punktowanym czasopiśmie Edukacyjna Analiza Transakcyjna, zaskoczyły samych badających. Powiedzieli oni, iż wyniki jakie osiągają po 15 do 30 sesjach Biofeedback, są podobne do tych, jakie badane osoby osiągnęły zaledwie po jednej sesji Embrace Therapy®. Tak o samym badaniu pisze sama firma HPM



Medical: „To co działo się przez ostatnie dwa dni zaskoczyło cały zespół HPM. Zauważyliśmy znaczący spadek poziomu stresu (HiBeta i Beta 2), podwyższenie poziomu relaksacji (Alfa), a to co nas najbardziej zaskoczyło, to bardzo duży spadek fali Gamma (widać jak skumulowane emocje odpuszczały). Gamma była też wyraźnie widoczna podczas przysłowiowego *kliku*. W tym momencie był widoczny ważny potencjał fali Gamma. Po sesji Embrace Therapy® mózg zdecydowanie lepiej działa i funkcjonuje. Jest spokojny, wyciszony, odprężony, widoczny, zredukowany poziom stresu, a emocje są ujarzmione. Mózg pracuje prawidłowo” (Szymańska, 2023). Publikacja artykułu znalazła się obok takich nazwisk jak prof. Lidia Cierpiałkowska czy prof. Jarosław Jagieła i przeszła w pierwszej weryfikacji dwie, ślepo randomowe pozytywne recenzje, co spowodowało mój powrót na porzucone studia z Psychologii i dalsze zgłębianie tematu.

### 1.3 Powstanie metody EEG-Biofeedback

Zanim przejdę do omówienia powstania metody, zacznę od wyjaśnienia różnicy między Biofeedback, a EEG-Biofeedback, a także Neurofeedback. Dwa ostatnie terminy są synonimami, natomiast sam Biofeedback nieco się różni. Biofeedback (BFB), to bio-logiczne sprzężenie zwrotne (ang. feedback), dostarczający badanej osobie informacji o procesach fizjologicznych zachodzących w jej organizmie. Celem jest poprawa funkcjonowania, zwiększenie efektywności fizjologii osoby oraz eliminacja lub redukcja zaburzeń. Świadoma kontrola procesów fizjologicznych, jest możliwa dzięki powtarzanym specjalistycznym ćwiczeniom. W treningu BFB wykorzystuje się pomiary takich parametrów jak częstotliwość pracy serca (HR), oddechowa arytmia zatokowa (RSA), parametry oddechu, ciśnienie tętnicze krwi, przewodnictwo skórne zwane inaczej reakcją elektrodermalną (EDR), obwodowa temperatura ciała, jak również napięcie mięśni (EMG) i używa się do redukcji stresu, migren, nadciśnienia, czy w rehabilitacji. Natomiast EEG-Biofeedback, czyli Neurofeedback (NFB), jest bardziej zaawansowaną odmianą Biofeedbacku, gdyż pozwala na ocenę bioelektryczną aktywności mózgu. Rozwój EEG (badanie encefalogram) doprowadził do utworzenia terapii, w której pacjent uczy się regulowania aktywności mózgu, w celu zwiększenia wydajności jego pracy. Podczas sesji pacjent ma na głowie elektrody EEG, które mierzą fale mózgowo w czasie rzeczywistym. Na podstawie tych danych dokonywana jest analiza dostarczonych informacji zwrotnych, co w rezultacie w wyniku treningu pomaga pacjentowi nauczyć się regulować swoje stany mentalne, ale też chorobowe (Piotr Sobaniec i in., 2014, s. 43). Dziś Neurofeedback staje



się coraz bardziej dostępny i przebadany. Jest także popularną terapią stosowaną w psychiatrii, łączoną z innymi terapiami. Odnajduje zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji chorób takich jak ADHD, padaczka, autyzm i Zespół Aspergera, depresja, lęki, migrena, bóle napięciowe głowy, PTSD, poprawa koncentracji, zaburzenia snu, anoraksja, urazy głowy, nerwica, schizofrenia, choroba Parkinsona, dysgrafia, dysleksja, agresja (Sobaniec i in., 2014). Uznaje się, że podstawy EEG stworzył niemiecki psychiatra Hans Berger. W 1929 roku ukazała się jego praca, w której wyodrębnił i opisał główne fale mózgowe oraz nadał im nazwy liter alfabetu greckiego, a co w konsekwencji umożliwiło dalsze prace nad rytmemi mózgowymi. Jednak jeszcze przed Bergerem, w 1875, brytyjski lekarz Richard Caton jako pierwszy zarejestrował aktywność elektryczną mózgu, ale u zwierząt, co stanowiło fundament dla przyszłych badań nad elektroencefalografią (EEG). W 1958 roku dr Joe Kamiya z Uniwersytetu w Chicago, w badaniach eksperymentalnych dowiódł, że pacjenci są w stanie rozpoznać, kiedy ich mózg produkuje fale alfa, co przyczyniło się do rozwoju Neurofeedbacku. W 1972 roku dr Barry Sterman z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles prowadził w tym czasie słynne badania na kotach, które dowiodły wpływ warunkowania instrumentalnego na zmianę fal mózgowych. Sterman odkrył, że trening neurofeedback może redukować częstość napadów padaczkowych, co stanowiło przełom w zastosowaniach klinicznych tej metody. W latach 60-tych XX w. Margaret Shouse i Joel Lubar rozpoczęli prace nad wykorzystaniem NFB w leczeniu dzieci z ADHD. Ich pierwsza publikacja na ten temat została wydana w 1976 roku. W Polsce pierwsze wzmianki o NFB pochodzą z końca lat 90-tych ubiegłego wieku i dotyczą dwóch ośrodków m.in. EEG Instytut w Warszawie oraz Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (Renata Markiewicz, 2017). Te przełomowe odkrycia i badania przyczyniły się do rozwoju metod biofeedback i neurofeedback, które są obecnie stosowane w terapii różnych zaburzeń psychiatrycznych, neurologicznych, psychologicznych i pedagogicznych.

#### **1.4 Zastosowanie metody EEG-Biofeedback**

Obecnie Neurofeedback staje się coraz bardziej dostępny i przebadany. Jest także popularną terapią stosowaną w psychiatrii, łączoną z innymi terapiami. Odnajduje zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji chorób takich jak ADHD, padaczka, autyzm i Zespół Aspergera, depresja, lęki, migrena, bóle napięciowe głowy, PTSD, poprawa koncentracji, zaburzenia snu,



anoraksja, urazy głowy, nerwica, schizofrenia, choroba Parkinsona, dysgrafia, dysleksja, agresja (Sobaniec i in., 2014). Metoda EEG-biofeedback znajduje szerokie zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny i terapii. Poniżej w Tabeli 1, przedstawiam przegląd wybranych publikacji naukowych, znalezionych w sieci, dotyczących zastosowania tej metody:

Tabela 1.

*Wybrane publikacje naukowe dotyczące zastosowania EEG-Biofeedback w różnych dziedzinach medycyny i terapii*

Dziedzina medycyny/terapii	Streszczenie	Publikacja naukowa
Rehabilitacja neurologiczna	W artykule omówiono zastosowanie biofeedbacku w rehabilitacji pacjentów neurologicznych, wskazując na jego efektywność w poprawie funkcji motorycznych i poznawczych.	Kwolek, A., Podgórska, J., Rykała, J., & Leszczak, J. (2016).
Leczenie ADHD	Metaanaliza badań nad skutecznością neurofeedbacku w leczeniu ADHD, wskazująca na istotne zmniejszenie objawów impulsywności oraz poprawę uwagi u pacjentów.	Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009)
Zaburzenia lękowe i depresja	Badanie przedstawia zastosowanie neurofeedbacku w leczeniu depresji i stanów lękowych, podkreślając pozytywne wyniki terapii.	Hammond, D. C. (2005).
Nietrzymanie stolca	Przegląd systematyczny oceniający skuteczność biofeedbacku i ćwiczeń zwieraczy w leczeniu nietrzymania stolca u dorosłych, wskazując na pozytywne efekty terapii.	Norton, C., & Cody, J. D. (2012).
Zaburzenia snu	Badanie eksploracyjne dotyczące wpływu neurofeedbacku i biofeedbacku na jakość snu u pacjentów z bezsennością pierwotną, wskazujące na poprawę parametrów snu.	Cortoo, A., De Valck, E., Arns, M., Breteler, M. H., & Cluydts, R. (2010).

Powyższe publikacje podkreślają różnorodne zastosowania biofeedbacku w terapii i rehabilitacji, wskazując na jego potencjał w leczeniu wielu schorzeń.



Metoda EEG-Biofeedback, znana również jako neurofeedback, jest techniką terapeutyczną polegającą na monitorowaniu i modyfikacji aktywności elektrycznej mózgu w celu poprawy funkcji neurologicznych i psychicznych. Poniżej w Tabeli 2, przedstawiam przegląd wybranych publikacji naukowych dotyczących zastosowania tej metody:

Tabela 2.

*Wybrane publikacje naukowe dotyczące zastosowania metody EEG-Biofeedback w poprawie funkcji neurologicznych i psychicznych*

Dziedzina medycyny/terapii	Streszczenie	Publikacja naukowa
Rehabilitacja psychiatryczna	W artykule omówiono zastosowanie EEG-Biofeedback w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych, takich jak depresja, schizofrenia czy uzależnienia, podkreślając jego potencjał w poprawie funkcji poznawczych i emocjonalnych.	Kropotov, J. D., & Ponomarev, V. A. (2009).
Leczenie ADHD	Badanie porównuje skuteczność neurofeedbacku z farmakoterapią (metylofenidatem) w leczeniu dzieci z ADHD, wskazując na porównywalne efekty obu metod w redukcji objawów zaburzenia.	Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003).
Rehabilitacja funkcji poznawczych	Artykuł analizuje wpływ treningu EEG-Biofeedback na poprawę funkcji poznawczych, takich jak uwaga i pamięć, u pacjentów z uszkodzeniami mózgu.	Kropotov, J. D. (2009).
Leczenie depresji	W badaniu oceniano skuteczność jednoczesnego stosowania fMRI i EEG neurofeedbacku w treningu samoregulacji emocji u pacjentów z depresją, wskazując na pozytywne efekty terapeutyczne.	Zotев, V., Mayeli, A., Misaki, M., & Bodurka, J. (2019).
Regulacja emocji	Badanie przedstawia zastosowanie neurofeedbacku opartego na łączności EEG w połączeniu z fMRI w celu poprawy regulacji emocji, sugerując potencjał tej metody w terapii zaburzeń emocjonalnych.	Dehghani, A., Soltanian-Zadeh, H., & Hossein-Zadeh, G.-A. (2022).



Leczenie padaczki

Artykuł omawia podstawy teoretyczne i praktyczne zastosowanie neurofeedbacku w leczeniu padaczki, podkreślając jego skuteczność w redukcji częstości napadów.

---

Serman, M. B., & Egner, T. (2006).

Powyższe publikacje podkreślają szerokie zastosowanie metody EEG-Biofeedback/ Neurofeedback w terapii różnych zaburzeń neurologicznych i psychicznych, wskazując na jej potencjał jako narzędzia wspomagającego tradycyjne metody leczenia. Dziś Neurofeedback staje się coraz bardziej dostępny i przebadany. Jest także popularną terapią stosowaną w psychiatrii, łączoną z innymi terapiami. Odnajduje zastosowanie w leczeniu i rehabilitacji chorób takich jak ADHD, padaczka, autyzm i Zespół Aspergera, depresja, lęki, migrena, bóle napięciowe głowy, PTSD, poprawa koncentracji, zaburzenia snu, anoraksja, urazy głowy, nerwica, schizofrenia, choroba Parkinsona, dysgrafia, dysleksja, agresja (Sobaniec i in., 2014).



## ROZDZIAŁ II

### OD STRESU DO AKCEPTACJI

#### 2.1 Zagadnienie stresu w literaturze przedmiotu

O stresie napisano już tak wiele i tak wiele badań przeprowadzono, że wszystko co dodam od siebie, znajdzie odzwierciedlenia w istniejących już badaniach. Gdybym miała określić własnymi słowami czym jest stres, to pierwsze co zwraca moją uwagę jest fakt, iż nie jest on jednoznaczny, bo na przykład u kogoś jakaś sytuacja czy osoba może wywoływać stres, a u kogoś innego wcale nie. Wyróżniłabym także stres, który przejawia się fizjologicznie w ciele (przyspieszone bicie serca, potliwość, ścisk w żołądku, szybki oddech) oraz stres psychiczny, który zaprzątuje myśli i nie pozwala się odprężyć. W niniejszej pracy, skupię się na stresie w ujęciu psychologicznym. W mojej opinii psychologia stresu zyskuje na coraz większej popularności ze względu na świat, który przyspieszył i dodał ludzkości nowe wyzwania. Dodatkowo sztuczna inteligencja, która staje się coraz bardziej realnym zagrożeniem ekonomicznym dla wielu zawodów, coraz wciąż rosnąca inflacja, zapowiadane wydatki związane z wdrożeniami europejskich planów ekonomicznych, sprawiają, że stres kolektywny oraz indywidualny narasta z roku na rok. Rzecz jasna psychologowie i medycy wciąż prowadzą badania i obserwacje badając stres, a także szukają rozwiązań w metodach radzenia sobie z nim. Biorąc pod lupę metodę Embrace Therapy®, z którą na co dzień pracuję z klientami, zauważam, klienci, którzy zgłaszają się na sesje, mają zagubioną percepcję czasu i duży problem z wpływem zdarzeń przeszłych lub hipotetycznie przyszłych na ich emocjonalny stan obecny w tu i teraz. Śmiem wyciągnąć nawet szerszy wniosek, iż jest to problem większości ludzki na świecie. Oznacza to, że przeszłe wydarzenia lub hipotetycznie przyszłe łączą się z emocjami i warunkują nasz naturalny stan homeostazy, czyli równowagi i wynikającej z niego spokoju. Stres jak wiadomo jest mocno powiązany z osią HPA, czyli z osią podwzgórze - przysadka – nadnercza. Kiedyś pracowałam dla jednej z firm farmaceutycznych, produkujących leki na nadciśnienie tętnicze, stąd dobrze rozumiem ten temat z medycznej perspektywy. Jednak początkiem aktywowania tej osi, jest stres psychologiczny, czyli mam na myśli na przykład jakieś zdarzenie, osobę, czy trigger wywołujący stres w mechanizmie



przeniesienia. Wysnuwam zatem wniosek, że jeśli osoba doświadczyła tak jak w przypadku uczestniczek badania do tej pracy, trudnych emocjonalnie wydarzeń, które nie zostały w niej domknięte, w pełni uznane i zaakceptowane, to jest duża szansa, iż takie osoby znajdują się w grupie ryzyka osób, które żyją w tak zwanym stresie chronicznym, czyli przewlekłym. Pracując terapeutycznie od 2010 roku, z moich obserwacji wynika także, że osoby, które wciąż noszą w sobie zranienie z okresu dzieciństwa, poczucie bycia odrzuconymi, niekochanymi dziećmi, czy też nie dość wystarczającymi, noszą w sobie właśnie ten rodzaj stresu. Ten chroniczny stres jest czymś w rodzaju utajonej *trucizny*, która bardzo konsekwentnie torpeduje ich jestestwo od środka. Ten drugi rozdział zakończę na *akceptacji*, ale nie tej racjonalnej, kapitulacyjnej, z braku innych możliwości, ale na tej transcendentalnej, z wyboru, z miłości do samego siebie. Jednak zanim to, odniosę się jeszcze do kilku źródeł traktujących o stresie. Zagadnienie stresu łączy przedstawiciele kilku dyscyplin zajmujących się osobą ludzką, w szczególności: socjologii i psychologii, a także medycyny. W ostatnich latach badania w psychologii nad stresem i radzeniem sobie ze stresującymi warunkami były jedną z najbardziej aktywnych dyscyplin. Tematy te stanowią obszar interakcji psychologów akademickich i psychologów praktyków. Psycholog akademicki tworzy naukowe podstawy pomocy psychologicznej, podczas gdy psycholog praktyczny pomaga jednostkom w wielu trudnych sytuacjach. Odpowiednią podstawą teoretyczną dla wielu tematów w psychologii stosowanej jest koncepcja stresu psychologicznego i radzenia sobie z nim ze względu na jego ogólny charakter. Termin „stres”, podobnie jak wiele innych pojęć w psychologii, nie ma znaczenia, które jest powszechnie rozpoznawane przez wszystkich. Charakteryzując stres psychologiczny, można zidentyfikować trzy biegi, stosując pewne uproszczenia:

1. jako zewnętrzny bodziec, stan lub zdarzenie, które ma pewne cechy;
2. jako wewnętrzne relacje jednostki, w szczególności reakcje emocjonalno-uczuciowe, które są postrzegane wewnętrznie w postaci określonego doświadczenia;
3. jako związek między wydarzeniami zewnętrznymi a cechami danej osoby (Marta Anczewska, 2006)

W języku potocznym słowo „stres” nie jest zwykle używane do opisu czegoś pozytywnego. Zamiast tego jest najczęściej używane w odniesieniu do stanu umysłu i ciała, który jest zdecydowanie nieprzyjemny. Często kojarzy się z trudnymi sytuacjami, nadmiernymi wyzwaniem, zwiększonym wysiłkiem, wyczerpaniem, a czasem nawet cierpieniem, bólem i poczuciem beznadziejności. Uważa się również, że stres jest mechanizmem regulacyjnym, w



którym organizm przygotowuje się do wyższej aktywności. „Stres definiuje się jako interakcje, które powodują zmiany w stanie organizmu, a także stan napięcia spowodowany tymi interakcjami. Stres jest bardzo zróżnicowanym doświadczeniem: trudno określić, jakie stresory go wywołują, każdy odczuwa go inaczej, inaczej na niego reaguje i inaczej nad nim panuje. Dlatego nie jest możliwe przedstawienie jednego ogólnego podejścia do stresu”. Stres to stan psychologiczny, który pojawia się, gdy dana osoba staje w obliczu zagrożenia, przeszkody lub niezdolności do realizacji celów, zadań lub wartości, które są dla niej istotne. Stres psychologiczny był początkowo definiowany w kategoriach czynników wewnętrznych lub zewnętrznych, najlepiej tych, które można było zmierzyć obiektywnie. Definiowanie stresu jest związane z jego potocznym traktowaniem jako trudnej sytuacji (Irvin Janis & Leon Mann, 1977). Jego charakterystyka jest jednym z najwcześniejszych przykładów w literaturze. Według niej, to jak przeciętnemu człowiekowi - stres psychologiczny przypomina zmianę w otoczeniu, utrudnia normalny tok reagowania i wskazuje na wysoki stopień napięcia emocjonalnego. Nawiązaniem do tego podejścia jest znana koncepcja zmian życiowych, w której wymienia się dziesiątki zmian, które mogą wystąpić w życiu jednostki i wymagają wysiłku adaptacyjnego, takich jak śmierć współmałżonka, rozwód, narodziny nowego członka rodziny, choroba, nowa praca, drobne wykroczenia przeciwko prawu, urlop (Anczewska, 2006). Głównym argumentem przeciwko temu aspektowi jest to, że jest on niejednoznaczny. Dzieje się tak, ponieważ różni ludzie mają różne doświadczenia; to, co jest stresujące dla jednej osoby, może nie być stresujące dla innej. Frustracja z powodu tej niejednoznaczności doprowadziła do włączenia kolejnych badań, które definiują stres jako specyficzną reakcję jednostki. Jednak warunki zewnętrzne, które powodują stres, znane jako stresory, są nadal ważnym tematem w psychologicznej teorii stresu, nawet jeśli nie są już traktowane jako stres. Nauki medyczne jako pierwsze uznały stres za reakcję i to rozumienie jest nadal szeroko akceptowane w tych dziedzinach. Jednym z najwcześniejszych przykładów jest podejście Davida Mechanica, który definiuje stres jako echo dyskomfortu. Mechanic wskazuje, że stres występuje u osób, które znajdują się w określonych sytuacjach. Podejście to nadal można znaleźć we współczesnych pracach psychologicznych, a także w potocznym rozumieniu stresu jako poczucia zagrożenia, niepokoju lub napięcia. Większość autorów uważa jednak te definicje za jednostronne i niewystarczające. Wewnętrzne relacje, które są podobne do tych opisywanych jako stres psychologiczny, mogą występować w odpowiedzi na szkodliwe bodźce biologiczne, takie jak wysoka lub niska temperatura. W rezultacie wydaje się, że wysiłki zmierzające do zobiektywizowania zjawiska stresu psychologicznego i wyjaśnienia go poprzez skupienie się na jednej kategorii czynników nie zakończyły się sukcesem. Jak wskazuje



Reykowski, już wcześniejsze definicje stresu psychologicznego uwzględniały fakt, że jest on w istocie zdarzeniem dwuczęściowym, obejmującym zarówno czynniki zewnętrzne, jak i procesy wewnętrzne. Richard Lazarus, pracujący na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley, jest najczęściej cytowanym ekspertem w dziedzinie stresu psychologicznego na świecie. Swoją pierwszą obszerną monografię, *Psychological Stress and the Coping Process*, opublikował w 1996 roku. Od tego czasu wyjaśnił, rozwinął i częściowo zrewidował swoją koncepcję stresu i radzenia sobie (Dominika Dudek i in., 2015). R. Lazarus wskazał, że istotą występowania stresu psychologicznego u ludzi, w przeciwieństwie do charakterystycznych stresorów u zwierząt, jest zdolność przewidywania. Problem stresu psychologicznego dotyczy następujących kwestii:

1. Jakie kryteria i procedury decydują o tym, czy reakcje stresowe są produktywne w jednym momencie, a nieproduktywne w innym?
2. Co takiego jest w określonym bodźcu, że wywołuje on stres?
3. Jakie są przykłady dobrych reakcji na stres?

Stwierdzeniem R. Lazarusa jest to, że relacja między jednostką a jej środowiskiem jest ważna dla wszystkich form ludzkiej odporności. Autor podkreśla również, że ważny jest kontekst sytuacji, a nie tylko stresujące wydarzenia, które mają miejsce. Autor wprowadza termin „transakcja”, aby podkreślić znaczenie interakcji w tym systemie. Termin „transakcja” podkreśla, że jednostka i jej obecny kontekst sytuacyjny tworzą całość, która ma właściwości, których nie można zredukować do sumy jej części. R. Lazarus stwierdza, że transakcja z otoczeniem podlega opinii poznawczej podmiotu, która jest naturą całego procesu. Proces opiniowania dotyczy przede wszystkim tych elementów informacji ze środowiskiem, które są ważne dla dobrostanu jednostki. Z tej perspektywy informacje mogą być oceniane jako nieistotne, korzystne-pozytywne lub stresujące. Susan Folkman i Richard Lazarus (1984) definiują stres psychologiczny jako pewien rodzaj reakcji między jednostką a środowiskiem, które jednostka ocenia jako obciążające lub przekraczające jej zasoby i zagrażające jej „dobrostanowi”. Należy zauważyć, że w nowszych pracach R. Lazarus, w miejsce „interakcji”, wprowadza pojęcie „transakcji”, podkreślając, że nie tylko osoba jest pod wpływem środowiska, jak w relacji S-R (bodziec-reakcja), ale także osoba wchodzi w interakcję ze środowiskiem. Koncepcja „transakcji” zawiera jeszcze jeden ważny sens odróżniający ją od koncepcji „interakcji”, a mianowicie sens jakościowy. W przypadku interakcji komponenty nadal zachowują swoją odrębność, podczas gdy w przypadku transakcji zmienne środowiska i jednostki tworzą nowe istnienie. Ze względu na nacisk na „transakcję” w najnowszych



definicjach stresu, teoria Lazarusa jest również znana jako „transakcyjna teoria stresu Lazarusa”. R. Lazarus koncentrował się głównie na różnicach między jednostkami w sposobie radzenia sobie ze stresem i różnymi rodzajami zagrożeń, przed którymi stają. Zdefiniował on stres psychologiczny jako specyficzny stan wewnętrzny, który jest prawdopodobnie systemem procesów psychologicznych, który jest spowodowany wpływem czynników zewnętrznych. Poznawcza nuta zagrożenia jest podstawowym mechanizmem psychologicznym odpowiedzialnym za różnice indywidualne. Jest on rozumiany jako mechanizm oceny, realizacji i interpretacji zdarzeń (Dudek, 2015) R. Lazarus wyróżnia dwa rodzaje „oceny poznawczej”, wtórną i pierwotną, zakładając, że emocje są wynikiem aktywności poznawczej. Uwaga pierwotna to proces, w którym ocenia się, czy bodziec docierający do mózgu jest stresorem, czy nie. Bodźce oceniane jako obojętne, pozytywne lub nieszkodliwe nie są kategoryzowane jako stresory, a ocena ta aktywuje odpowiednie zasoby organizmu. Jeśli bodziec został oceniony jako stresor, pojawia się stan napięcia, powodując ich emocjonalne korelaty specyficznych procesów psychofizjologicznych. Istnieją trzy kategorie stresorów: strata lub krzywda, wyzwania i zagrożenia. Pierwsza kategoria - strata lub krzywda - odnosi się do traumy lub straty, która już wystąpiła. Druga kategoria - religia - wskazuje na własną zdolność do opanowania stresujących sytuacji. Trzecia kategoria - zagrożenie - odnosi się do tych samych szkód, ale w przypadku, gdy jeszcze nie wystąpiły, a jedynie są przewidywane. Według R. Lazarusa rozróżnienie między stratą, wyzwaniem i zagrożeniem odgrywa ważną rolę w analizie procesu radzenia sobie ze stresem. Stres psychologiczny odnosi się przede wszystkim do wymagań, które według oceny konkretnej osoby wyczerpują lub przekraczają jej możliwości. To właśnie uwzględnienie noty poznawczej podmiotu sprawia, że termin stres R. Lazarusa jest definicją stresu psychologicznego, którego istotą jest świadome lub nieświadome poczucie zagrożenia danej osoby. Tak więc pierwotna ocena określa rodzaj i intensywność reakcji emocjonalnej na każdą transakcję. Tak więc reakcja emocjonalna ze znakiem pozytywnym jest prowadzona przez notatkę w kategoriach korzystnych-pozytywnych, podczas gdy uwaga w stresie powoduje poruszenie ze znakiem negatywnym. Może również wystąpić wpływ zmian w relacjach człowiek-środowisko na pierwotną nutę lub osobistą refleksję występującą podczas transakcji (Beata Jurkiewicz, 2015). Ta aktywność poznawcza została nazwana przez R. Lazarusa „przeciwstawną wyceną” lub „wtórną oceną poznawczą”. W przeciwieństwie do pierwotnej notatki poznawczej, w przypadku wtórnej notatki poznawczej cenione są same zasoby i zdolność radzenia sobie ze stresem. Jedyna różnica między nimi polega na treści, do której się odnoszą. Tak więc, na przykład, jeśli ktoś podejmuje działanie, które daje mu prawdopodobieństwo sukcesu w przypadku zagrożenia, to tak naprawdę



przekształcana jest pierwotna ocena zagrożenia. Stres psychologiczny jest redukowany przez samą świadomość opanowania zagrożenia. Jednak pomimo wysiłków mających na celu zaradzenie zagrożeniu, nadal ono istnieje, w którym to przypadku zagrożenie subiektywnie znacznie wzrasta, a wtórna ocena możliwych sposobów radzenia sobie ze stresem odpowiednio się zmienia. R. Lazarus i S. Folkmand definiują radzenie sobie ze stresem jako: „stałe zmieniający się wysiłek poznawczy i behawioralny w celu zarządzania tym, co dana osoba identyfikuje jako stresujące lub przekraczające jej zasoby”. Umiejętność radzenia sobie ze stresem może przybierać dwie formy aktywności: działania mające na celu zwalczanie stresu oraz działania o charakterze obronnym. Ich wspólną cechą jest skuteczność, tj. to, że za ich radą wcześniejsze plany lub ich odpowiedniki są osiągnięte pomimo stresu. Taką samą cechą reakcji obronnych przed stresem jest ich niska skuteczność, gdyż zwykle prowadzą one w warunkach stresu do porzucenia celów. Istnieją różne formy reakcji obronnych, począwszy od wycofania się i ucieczki z sytuacji stresowej, poprzez wrogie działania, aż po wielokrotne symboliczne dymienie, które polega na nadawaniu rzeczywistości nowego, niezagrażającego znaczenia.

## 2.2 Zjawisko emocji

Studiując Psychobiologię u dr n. med. Marzanny Radziszewskiej - Konopki, otrzymałam sporo naukowej wiedzy na temat funkcjonowania umysłu i potwierdziłam informację o tym, że z każdą emocją skojarzona jest odpowiednia substancja chemiczna. Są to tzw. Molekuły Emocji, a cały proces przebiega mniej więcej w taki oto sposób. W całym ciele rozsiane są receptory, które są przystosowane do tego, by łączyły się z określonymi neuroprzekaznikami. Receptor jest pojedynczą molekułą, to oznacza, że składa się z pewnej kombinacji atomów, takich jak na przykład węgiel, wodór, azot, połączonych ze sobą w pewnej charakterystycznej dla każdego receptora (molekuły) konfiguracji. Receptory są jednymi najbardziej złożonych istniejących molekuł. Molekuły receptorów zbudowane są z białek. Na powierzchni każdej komórki znajduje się co najmniej 70 rodzajów receptorów. Np. neuron może mieć w sumie wiele milionów różnych receptorów na swojej powierzchni. Receptory są białkami czekającymi na odpowiednie chemiczne klucze, które przyłyną do nich w płynie międzykomórkowym i osadzą się na nich, wpasowując się w ich dziurkę do klucza. Proces ten nazywa się wiązaniem. Mówi także o tym Bruce Lipton (2014) zajmujący się odkryciami z zakresu Epigenetyki. Aby zrozumieć dalej proces wyjaśnię sam proces wiązania. Ligand, czyli z łac. *Ligare*, oznacza „to, co wiąże”. Jest to dowolna substancja naturalna lub wytworzona przez człowieka, która wiąże



się wybiórczo z własnym, konkretnym receptorem na powierzchni komórki. Zatem ligandy to neuroprzekazniki takie jak acetylocholina, histamina, serotonina. To także steroidy np. testosteron, estrogen lub peptydy, które stanowią aż 90% ligandów, np. insulina, peptydy jelitowe, cytokiny. Ligand dzięki swoim właściwościom molekularnym przekazuje receptorowi wiadomość. Po otrzymaniu wiadomości receptor przekazuje ją głęboko do wnętrza komórki, gdzie może drastycznie zmienić jej stan. Zmiana ta może być zarówno pozytywna jak i negatywna. Co oznacza, że emocje, które odczuwamy w bezpośredni sposób wpływają na zdrowie i kondycję naszego ciała. Jak mówi stare porzekadło: *w zdrowym ciele, zdrowy duch*. Ja dodałabym, że działa to w obie strony, bo system jest sprzężony i zwrotny. Amerykański Psychoterapeuta Ernest L. Rossi (2002, s. 22) uważa, iż 90% genów współpracuje z sygnałami ze środowiska zewnętrznego. „Tę nową perspektywę na rolę genów jako aktywnych graczy w procesie psychologicznego doświadczenia nazywam psychospołeczną genomiką. Psychospołeczna genomika skupia się na tym, w jaki sposób wysoce osobiste i subiektywne stany ludzkiej świadomości modulują ekspresję genów w ciele i w mózgu podczas procesów zdrowienia i choroby”. Natomiast Miles Herkenhamem (1991) mówi, że około 98% informacji jest w mózgu przesyłana nie za pomocą połączeń synaptycznych, ale przez substancje chemiczne wiążące się ze swoistymi receptorami na powierzchni komórek, nawet miejscach odległych od tego, w którym powstały te cząsteczki chemiczne. A w 1984 r., Francis Schmitt wprowadza termin „substancje przenoszące informacje”. Kiedy receptor zalewany jest ligandami, zmienia błonę komórki w taki sposób, że prawdopodobieństwo przeskoczenia impulsu elektrycznego przez błonę, na której znajduje się receptor wzrasta lub maleje, wpływając tym samym na wybór obwodów elektrycznych, które zostają użyte (Radziszewska-Konopka, 2018). Genialna w swoich odkryciach Candace Pert (2002) nieżyjąca już neuro-naukowiec, farmakolożka i biologka powiedziała, że ciało jest nieświadomym umysłem. Stłumione traumy wywołane przetłaczającymi emocjami mogą być przechowywane w jakichś częściach ciała, wpływając następnie na naszą zdolność odczuwania, a nawet poruszania tą częścią. Pert (2002) mówiła również, że błędne jest myślenie o mózgu emocjonalnym, iż ten ogranicza się do tradycyjnych obszarów ciała migdałowatego, hipokampa i podwzgórza. Candace Pert (2002) uważała także, że jeśli informacja istnieje poza ograniczeniami czasu i przestrzeni, materii, energii, to musi należeć do zdecydowanie innej sfery niż ta konkretna, namacalna sfera, którą uważamy za „rzeczywistość”. Pert (2002) uważała, że skoro informacja pod postacią związków biologicznych emocji kieruje każdym układem organizmu, nasze emocje muszą również pochodzić z jakiejś innej sfery poza fizyczną. Naukowiec uważała, że fizyczność jest projekcją świadomości. Układ nerwowy nie jest zdolny do przyjęcia



wszystkich bodźców, a jedynie skanuje świat zewnętrzny w poszukiwaniu treści, jakich odnalezienie umożliwiają mu jego własne neuronowe połączenia, jego własne wewnętrzne wzorce oraz jego przeszłe doświadczenia. Decyzja o tym jakie informacje sensoryczne docierają do mózgu a jakie zostają odrzucone zależy od tego, jakie sygnały od peptydów otrzymały receptory. To, dlatego ciało migdałowate wyłącza w pewnych momentach naszą korę nową, jakby „porywała” naszą świadomość, przełączając się na automatyczne działania w sytuacji zagrożenia. Dodam, że zagrożenie w tym przypadku może być rzeczywiste, ale także wyobrażone i najczęściej nieadekwatne do sytuacji. Jednak, ...oparte o doświadczenia zinterpretowane w stadium dziecka na bazie nie racjonalnego umysłu, ale właśnie emocji, gdyż fale mózgowe Beta, do 12 roku życia nie są jeszcze w pełni rozwinięte, stąd też zdolność do postrzegania realnych zagrożeń jest interpretowana na bazie emocji z doświadczeń i obserwacji. Nasz mózg wyposażony jest w tzw. Punkty węzłowe. We wszystkich miejscach, w których informacje pochodzące od pięciu zmysłów docierają do układu nerwowego, znajduje się wysokie zagęszczenie receptorów neuropeptydów. W punkcie węzłowym może zostać podjęta decyzja o reakcji na dane emocje – mogą zostać zepchnięte do nieświadomości lub wyniesione na szczyt listy priorytetów. Candace Pert (2002) twierdziła także, że „umysł to przepływ informacji poruszających się pośród komórek, narządów i układów ciała. Sieć psycho-immuno-endokrynną to psychosomatyczna sieć informacyjna, łącząca *psyche*, która obejmuje wszystko, co ma pozornie niematerialną naturę, jak umysł, emocje i dusza, z *somą*, która jest materialnym światem molekuł, komórek i narządów. Umysł nie dominuje nad ciałem, on staje się ciałem – ciało i umysł są jednością. Ciało jest nieodłączne o umysłu. Kiedy zgłębimy rolę, jaką emocje odgrywają w ciele jako wyrażone przez molekuly neuropeptydów, jasne stanie się, w jaki sposób emocje mogą być postrzegane jako klucz do rozumienia choroby. Uczucia są zachowywane nie tylko w mózgu, ale też na poziomie komórkowym. Wspomnienia niektórych traum zapisane są głęboko we wnętrzu komórki, przy samych korzeniach receptorów”. Reprodukacja, tak samo jak walka czy ucieczka to jeden z mechanizmów służących przetrwaniu. To biologiczny sens każdego istnienia. Dla istoty umysłu, na który po tym krótkim biologicznym wstępie należy spojrzeć szerzej niż na mózg jako narząd, reprodukacja zapewnia umysłowi jego „nieśmiertelność” do której dąży. Dziecko dla umysłu jest czymś w rodzaju „przedłużacza” życia, czytaj - programów służącym przetrwaniu. Na przestrzeni lat pracy z umysłem odkryłam, że on sam w sobie jest bardzo prosty. Działa opierając swoje wydawać by się mogło nieskończone historie, na kilku i tych samych programach. Tworzą się one jak już wcześniej wspomniałam w istniejących polach energetycznych i umysłach kolektywnych przyszyłych rodziców, w łonie matki oraz w samym środowisku, w którym przyjdzie



wychowywać się i dorastać dziecku. Umysł dziecka jest kompletnie i w 100% zależny od rodziców, których postrzega jak „Bogów z Olimpu”. Podświadomy umysł rodziców, skrzętnie dba o to, by ono nie przeskoczyło ich rozwojem swojej świadomości, ale by utrzymywało odpowiedni status quo. Chodzi o status quo przekonań, jakie nieświadomie rodzice przekazują dziecku, będąc kierowani podświadomym autopilotem. Umysł w ten sposób realizuje swój biologiczny cel, służący zapewnieniu przetrwania. Umysł myśli w prosty sposób: „skoro to co do tej pory zagwarantowało mi przetrwanie, nie ma znaczenia czy jest to dla mnie szkodliwe, destrukcyjne, czy też dobre. *Najważniejsze jest, że żyję!*. Odtwarzając pewne schematy, które aktywują w nas określone wzorce zachowań i myśli, na poziomie biologii uzależniają nasze ciało. Ciało będąc „projekcją” umysłu, jest na swój sposób magazynem, dzięki któremu odtwarza własne programy i projekcje. Wracając do biologii emocji należy pamiętać, że ciągłe nadużywanie substancji chemicznych, potrzebnych do wytworzenia np. gniewu sprawia, że aby dostosować organizm do nadmiaru neuropeptydów gniewu, tworzą się całe obszary receptorów o obniżonej wrażliwości. Uzależnione komórki potrzebują go coraz więcej. Każda próba zmiany nawyków emocjonalnych, a każdy nawyk jest związany z emocjami, powoduje zespół odstawienia, odczuwany na takim samym poziomie jak odstawienie papierosów czy alkoholu. Informacja o nowym, „niefizjologicznym”, niekomfortowym stanie jest wysyłana z komórek ciała i podwzgorza do świadomego mózgu. Wówczas pojawiają się tzw. Wymówki, czyli myśli, które próbują nas skutecznie odsunąć od realizacji danej zmiany. Może pojawić się często poczucie zmęczenia, senności, ale także poczucie winy, wątpliwości. Dlatego aby cokolwiek zmienić w naszym życiu, potrzebna jest praca nie na tzw. powierzchni. A czym jest zatem praca na powierzchni? Często uważa się, że to praca z przekonaniami. Że wystarczy afirmować nowe konstruktywne przekonania. Że wystarczy trzymać na wodzy i kontrolować emocje. Ze wystarczy samo uświadomienie sobie tego co dla nas destrukcyjne. Otóż nie, nie wystarczy. Emocje są kluczem do podtrzymywania starych lub przycinania i wytwarzania nowych połączeń neuronalnych, co potwierdza choćby Prawo Hebba z 1949 roku „Jeśli akson komórki A znajduje się wystarczająco blisko, aby pobudzić komórkę B, i wielokrotnie lub trwale uczestniczy w jej aktywacji, to w jednej lub obu komórkach zachodzi proces wzrostu lub zmiana metaboliczna, która zwiększa efektywność A jako jednej z komórek aktywujących B.” (Donald Olding Hebb, 1949, s.62). Innymi słowy: jednoczesne pobudzenie neuronów to mocniejsze połączenie. Jeśli ciągle aktywujemy te same komórki nerwowe, to przy każdym kolejnym pobudzeniu, łatwiej jest im działać jednomyślnie. Dlatego gdy mówimy choćby o Neurogenezie, mamy na myśli Dr Petera Erikssona (1998), który odkrył, że wewnątrz naszych mózgów istnieje populacja macierzystych komórek nerwowych, które są systematycznie



uzupełniane i mogą różnicować się w neurony mózgowe. A neuroplastyczność mówi o możliwości zmieniania połączeń między neuronami, usuwania starych i tworzenia nowych. Wspomnienia z dzieciństwa, choć zapisane, jak każde inne, zostają zarejestrowane przy pomocy poziomu rozumowania dziecka i na takim poziomie rozumowania są odtwarzane w późniejszym życiu. To dlatego mówi się o Wewnętrznym Dziecku, o tym, że nasz umysł, pomimo iż w dorosłym ciele, jest nadal maksymalnie 7 letnim dzieciakiem. Dla umysłu podświadomego wszystko dzieje się tu i teraz. Przeszłość i przyszłość nie istnieją. Gdy odnawia się ból, nie mamy do czynienia z czymś, co stało się dziesięć czy dwadzieścia lat temu – jest to sytuacja awaryjna, która ma miejsce właśnie w tej chwili. To właśnie teraz doświadczamy naszych emocji. Emocji zapamiętanych i przechowywanych z przeszłości, jednak ból związany z daną emocją odczuwany jest *teraz*. „Odczute doświadczenia” rodziców stają się matrycą dla automatycznych zachowań dziecka. W swojej książce „Psychogenealogia w praktyce” Anne Ancelin Schützenberger (2017) mówi o Przekazie intergeneracyjny – między dwoma pokoleniami, których członkowie się znają oraz o Przekazie transgeneracyjny – przekazywany przez wiele pokoleń, często odległych od siebie w czasie. „To, co nie zostało przepracowane i przetrawione, a jedynie wyrażone w postaci niejasnych odczuć czy dolegliwości, bez udziału naszej woli przechodzi do następnego pokolenia jako nieoswojona, niewidoczna część góry lodowej, która ma nad nami władzę. (...) Poprzez choroby wyraża się to, co nie zostało wyrażone słowami.” (Schützenberger, 2017, s. 62). Ta francuska psychoterapeutka i psycholożka mówi także o tym, że: „Tajemnice rodzinne parzą jak przysłowiowe „gorące kartofle”, których chcemy się jak najszybciej pozbyć, dlatego przerzucamy je z rąk do rąk, a każda para rąk po drodze zostaje poparzona, i tak z pokolenia na pokolenie” (Schützenberger, 2017, s. 85). Inny węgiersko-amerykański psychoterapeuta Ivan Böszörmény-Nagy (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984, s. 53), mówi o tzw. ukrytej rachunkowości rodzinnej: „Wszystkie psychologiczne reakcje związane z relacjami uformowane są przez dwie struktury: zewnętrzną strukturę zachowania i ukrytą strukturę zobowiązań. Koncepcja lojalności implikuje istnienie struktury oczekiwań, obejmujących wszystkich członków systemu. Lojalność rodzinna jest ponad prostym pojęciem zachowań zgodnych z prawem, porządku i tradycji. To, co zostało wniesione do systemu rodzinnego jako zasób oraz to, co zostało z niego pobrane w postaci wsparcia, odmowy lub wykorzystania innych osób, pozostaje zapisane w ukrytym rachunku zobowiązań i zasług. Lojalność w danej rodzinie zależy od jej historii, od tego, co jest uznawane tam za sprawiedliwe oraz od mitów rodzinnych. Nakłada to zobowiązania na każdego członka rodziny, z jednej strony wedle pozycji danej osoby i jej roli w grupie, a z drugiej zgodnie z jej osobisty, zgodnie z jej osobistym postrzeganiem zobowiązań



i zasług, jej podejściem i sposobem dopasowywania się”. Wszystko to ma wpływ na to, dlaczego jako dorośli mamy ogromny problem z byciem cały czas podporządkowanymi naszym rodzicom i przodkom. Lojalność ta przejawia się w byciu posłusznym dzieckiem, pomimo dorosłego wieku. W poczuciu gorszości, w poczuciu niezasługiwania. W setkach przekonań o nas samych, które torują nam drogę do szczęścia, spełnienia, lekkości i radości. Lojalność rodowa sprawia, że nie możemy niejednokrotnie być szczęśliwsi, bardziej wykształceni czy bogatsi od naszych rodziców. Pomimo iż oni często deklarują, że „chcą dla nas jak najlepiej” to jednak podświadomie o czym pisałam na początku, gdy pisałam o „tzw. przedłużaczu” oni wiążą nas emocjonalnie ze sobą, często stosując szantaże emocjonalne czy też pozornie dając „wszystko” byśmy czuli się w poczuciu ciągłego spłacania jakiegoś nienazwanego „zobowiązania”. W psychologii wyróżnia się trzy rodzaje inteligencji: racjonalną (IQ), emocjonalną (EQ) oraz duchową (SQ). Inteligencja Emocjonalna, czyli w szczególności umiejętność rozpoznawania własnych emocji, a także emocji innych ludzi, motywowania się, a także kierowania i kontrolowania własnych emocji oraz emocji innych osób, z którymi ma się określone kontakty. Inteligencja emocjonalna odnosi się również do kompetencji społecznych, tj. tworzenia więzi interpersonalnych, rozwiązywania problemów, umiejętności pracy w zespole czy wywierania wpływu na innych. Inteligencja emocjonalna składa się z samoświadomości i samoregulacji, tj. rozpoznawania własnych stanów emocjonalnych, dostosowywania swoich uczuć do konkretnej sytuacji, znajomości swoich możliwości i trudności, a także kontrolowania ich i niedziałania impulsywnie. Motywacja jako dyspozycja emocjonalna, określa nowe intencje i umożliwia dążenie do osiągnięć poprzez zaangażowanie, inicjatywę, optymizm i zdolność do stosowania uczuć do konkretnych intencji, a także empatię, tj. uświadomienie sobie nauk i wymagań innych ludzi, lepsze zrozumienie i empatię z innymi (Jurkiewicz, 2015). Inteligencja emocjonalna to zdolność do oceny, postrzegania i wyrażania uczuć w sposób odpowiedni do konkretnej sytuacji. Obejmuje również zrozumienie uczuć i umiejętność kontrolowania ich u siebie lub innych ludzi. Ponadto jest to zdolność do wzbudzania uczuć, które pomagają w procesach poznawczych. Osoby z inteligencją emocjonalną nie ograniczają swojej zdolności do postrzegania uczuć tylko do tych istotnych; potrafią odróżnić uczucia fałszywe od prawdziwych i wiedzą, jak wyrażać swoje stany emocjonalne w sposób zrozumiały dla innych. Wiedzą, jak dostarczać lub odbierać swoje uczucia w wyższy sposób komunikacji, co można zrobić poprzez różne formy sztuki, takie jak literatura, muzyka lub taniec. Inteligencja emocjonalna składa się z różnych talentów, umiejętności i kompetencji, które pomagają danej osobie radzić sobie z wyzwaniami i oczekiwaniami społecznymi. Inteligencja emocjonalna nie jest czymś stałym i niezmiennym;



jest raczej czymś, co rozwija się w ciągu naszego życia. Najważniejszym czynnikiem w rozwoju inteligencji emocjonalnej jest doświadczenie danej osoby w relacjach społecznych i wykonywaniu poleceń. Temperament jest również ważnym czynnikiem w rozwoju inteligencji emocjonalnej, ale środowisko rodzinne i celowy trening w kształtowaniu umiejętności emocjonalnych są najważniejszymi czynnikami. Poziom inteligencji emocjonalnej wzrasta wraz z wiekiem, a najszybszy rozwój następuje w dzieciństwie, okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. Inteligencja emocjonalna jest ważna w dziedzinie kreatywności, ponieważ pozwala ludziom radzić sobie z uczuciami nieodłącznie związanymi z procesami twórczymi, takimi jak strach przed porażką, krytyka i podejmowanie różnych ryzykownych pomysłów twórczych. Inteligencja emocjonalna osłabia funkcjonowanie takich uczuć i pozwala na bardziej korzystne zastosowanie pozytywnych emocji w radzeniu sobie z negatywnymi uczuciami. Osoby o wysokiej inteligencji emocjonalnej mają minimalne obniżenie nastroju, gdy zaczynają odczuwać negatywne emocje i szybciej wracają do wyjściowego nastroju niż osoby o niskiej inteligencji emocjonalnej. Badania wykazały, że inteligencja emocjonalna jest dodatnio skorelowana ze zdolnościami twórczymi, podczas gdy jest ujemnie skorelowana z aleksytymią. Wskazuje to, że uczucia odgrywają istotną rolę w procesie twórczym. (Marta Makara-Studzińska, 2020). Na koniec tego podrozdziału nasuwa mi się jednak pewne pytanie, czy trudne wydarzenia w dzieciństwie wpływają na rozwój inteligencji emocjonalnej? Czy może jednak trudne wydarzenia w dzieciństwie sprawiają, że w procesie dojrzewania stanu ja-dorosły, który wyodrębnia E. Berne (2004) w Analizie Transakcyjnej, a dzięki inteligencji emocjonalnej, człowiek staje do dojrzałej odpowiedzialności za swoje emocje i perspektywę postrzegania doświadczonych zdarzeń? Na te pytania postaram się odpowiedzieć w części z wnioskami w niniejszej pracy.

### **2.3 Zjawisko depresji**

Depresja to zaburzenie nastroju, które może wpływać na ludzi na wiele różnych sposobów. Istnieje wiele różnych rodzajów depresji, a definicja depresji może wpływać na rodzaj leczenia, które powinna otrzymać konkretna osoba. Dwie główne kategorie depresji to ciężkie zaburzenie depresyjne i dystymia, ale istnieje również wiele innych, mniej powszechnych rodzajów depresji. Ponadto istnieje wiele innych zaburzeń nastroju, które mogą powodować objawy depresji. Nowa klasyfikacja ICD -11 wyróżnia:



- 6A60 - Choroba afektywna dwubiegunowa
- 6A70 - Epizod depresyjny
- 6A71 - Zaburzenia depresyjne nawracające
- 6A73.0 - Dystymia
- 6A73.1 - Cyklotymia
- QE21.Y - Depresja poporodowa

Wymienione odmiany depresji dzieli się na kategorie w zależności od tego, czy skupiamy się na objawach depresji, czy na przyczynach jej rozwoju:

Depresja wywołana czynnikami wewnętrznymi (Ewa Tołkacz, 2019). Uważa się, że depresje endogenne są spowodowane nieprawidłowościami biochemicznymi w funkcjonowaniu mózgu i układu nerwowego, w tym prawdopodobnie nieprawidłowościami hormonalnymi. Charakteryzują się one zmniejszeniem napędu psychoruchowego, zahamowaniem procesów umysłowych i nerwowych oraz zaburzeniem rytmów biologicznych, w szczególności rytmu snu i czuwania. Smutkowi często towarzyszy dysforyczny nastrój, który może objawiać się drażliwością, zniecierpliwieniem, a niekiedy konfliktami z otoczeniem. Depresja endogenna charakteryzuje się znaczną zmiennością, zarówno pomiędzy poszczególnymi osobami, jak i u tego samego pacjenta podczas kolejnych nawrotów. Pomędzy nawrotami występują okresy wolne od zaburzeń nastroju. Zaburzenia te u niektórych osób wykazują powtarzalny, uporządkowany rytm nawrotów, niekiedy związany z porą roku. U niektórych depresja występuje późną jesienią i zimą. U większości osób nawroty depresji występują bez uchwytnej przyczyny, u niektórych są poprzedzone różnymi wydarzeniami życiowymi. Osobowość, wiek i płeć przed wystąpieniem choroby, a także warunki życia i zmiany organiczne w ośrodkowym układzie nerwowym są czynnikami, które przyczyniają się do tej sytuacji. Depresja często maskuje dolegliwości somatyczne, takie jak objawy żołądkowo-jelitowe, sercowo-naczyniowe lub ze strony innych narządów, a także nieprawidłowości, takie jak bóle pleców, bóle głowy, bezsenność, przewlekły lęk, anoreksja lub natręctwa. Depresje nastroju, zwłaszcza depresja, mają tendencję do zanikania w tle. Choroba afektywna dwubiegunowa to choroba psychiczna, która charakteryzuje się naprzemiennymi epizodami depresji i manii, a także stanem pozornego zdrowia psychicznego. Przyczyny choroby afektywnej dwubiegunowej nie są znane, ale najczęstszą teorią jest to, że dotyka ona w równym stopniu mężczyzn i kobiety. Diagnoza jest zwykle jasna i nieoczekiwana, ponieważ pierwszy epizod jest zwykle podobny do manii. Po



postawieniu diagnozy rodzina lub bliscy pacjenta często zauważają wcześniej pozornie nieistotne wydarzenia lub zachowania, które były traktowane jako „dziwactwa”, dziecięca wyobraźnia lub problemy wieku młodzieńczego jako wcześniejsze objawy pojawiającej się choroby (Tołkacz, 2019). Pierwsze zachorowanie na tę chorobę występuje najczęściej między 20. a 30. rokiem życia. Epizod trwa zwykle od kilku dni do kilku miesięcy, ale epizod depresji zwykle trwa dłużej. Choroba afektywna dwubiegunowa jest niezwykle wyniszczająca dla pacjenta, często uniemożliwiając kontynuowanie pracy lub utrzymywanie znaczących relacji. Często towarzyszy jej nadużywanie alkoholu. Wśród osób cierpiących na zaburzenia maniakalno-depresyjne występuje również bardzo wysoki wskaźnik prób samobójczych i samobójstw. Faza maniakalna charakteryzuje się intensywną bezsennością, aktywnością psychoruchową, twórczym szaleństwem, gonitwą myśli, zawyżoną samooceną, urojeniami i ogólnym przekonaniem o własnym zdrowiu psychicznym. Komponent depresyjny choroby afektywnej dwubiegunowej przypomina jej wariant jednobiegunowy, ale jego przebieg jest zwykle cięższy. Dystymia, znana również jako depresja neurotyczna, to rodzaj depresji, który charakteryzuje się przewlekłym obniżeniem nastroju, które jest mniej dotkliwe niż depresja endogenna. Objawy dystymii mają tendencję do nasilania się w godzinach popołudniowych. Prawdopodobieństwo wystąpienia dystymii jest wyższe wśród kobiet i krewnych pierwszego stopnia osób z depresją endogenną. Dystymia dotyka kobiety około dwa razy częściej niż mężczyzn. Zwykle zaczyna się we wczesnym okresie życia i może być prekursorem poważniejszego epizodu depresyjnego. Dystymia może również występować wraz z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi i zaburzeniami osobowości. Kobiety są narażone na zwiększone ryzyko wystąpienia depresji w okresie ciąży oraz w następnym roku po urodzeniu dziecka. Możesz również spotkać się z terminem depresji okołoporodowej i poporodowej, która opisuje czas ciąży, a także pierwszy rok po urodzeniu dziecka. Przyczyny depresji poporodowej są złożone i często wynikają z kombinacji różnych czynników. W dniach, które następują bezpośrednio po porodzie, wiele kobiet doświadcza depresji poporodowej, czyli „baby blues”. Jest to łagodne zaburzenie afektywne związane ze zmianami hormonalnymi, czasami traktowane jako zakończenie stresującej sytuacji związanej z ciążą i porodem. Szacuje się, że dotyka od 40 do 80% kobiet. Czasami depresja poporodowa może utrzymywać się do 3 miesięcy. Nieustający i intensywny smutek może przerodzić się w depresję poporodową. Informacje na temat częstości występowania depresji poporodowej nie są korzystne - od 10 do 20% kobiet doświadczy depresji poporodowej (Irena Heszen, 2007). Możliwe jest również, że kobieta nie uważa początku macierzyństwa za trudny. Może nie doświadczać „baby blues”, a po kilku miesiącach może czuć się w pełni kontrolować sytuację i czuć się komfortowo w



swojej roli. Choć jej obowiązki mogą być przytłaczające, nie stanowią dla niej problemu. Wtedy jednak objawy mogą zacząć niepokoić zarówno matkę, jak i osoby z jej otoczenia i mogą wskazywać na wystąpienie depresji poporodowej. Innym rodzajem depresji jest depresja sezonowa, znana również jako SAD. Należy ją odróżnić od depresji klinicznej, związanej z zaburzeniami emocjonalnymi na głębszym poziomie psychicznym. Główną cechą depresji sezonowej jest to, że pojawia się ona, zwykle regularnie, zimą lub jesienią, a ustępuje latem lub wiosną. Przyczyny choroby nie są jasne. Przepuszczalnie jest ona związana ze zmiennością ekspozycji na światło w różnych porach roku. Charakteryzuje się zaburzeniami nastroju, które rozpoczynają się i kończą w określonej porze roku. Ten rodzaj depresji powoduje, że osoba, która jej doświadcza, czuje się przygnębiona, smutna i beznadziejna. Objawy obejmują nadmierną senność, wzmożony apetyt, odczuwalny brak energii, apatię, niepokój, drażliwość, problemy z koncentracją, brak motywacji do działania, wahania nastroju, utratę zainteresowań, osłabienie popędu seksualnego, zubożenie, a u kobiet nasilenie objawów zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Niewątpliwie do określenia rodzaju depresji niezbędne jest badanie lekarskie. Depresja psychotyczna czasami powoduje, że osoby cierpiące na ciężką depresję doświadczają psychozy i tracą kontakt z rzeczywistością. Może to obejmować halucynacje lub urojenia. Osoby mogą być również przekonane, że są złe lub obserwowane. Mogą pojawić się zaburzenia paranoidalne, tj. pacjent czuje się tak, jakby wszyscy byli przeciwko niemu lub ma przekonanie, że osoby wokół niego znają jego myśli, przyczyniają się do jego choroby lub złych wydarzeń. Osoby z depresją psychotyczną mogą wpadać w złość bez wyraźnego powodu. Mogą spędzać dużo czasu w łóżku lub samotnie i często spać w ciągu dnia. Pacjent może zaniedbywać swój wygląd, nie zmieniać ubrań lub nie myć się. Czasami jest tak, że trudno jest nawiązać kontakt z pacjentem - może on ledwo mówić lub mówi rzeczy, które nie mają sensu. Ten rodzaj depresji jest trudny do zdiagnozowania, ponieważ osoby z depresją psychotyczną mogą wstydzić się swoich myśli i starać się je ukryć (Heszen, 2007). Depresja katatoniczna charakteryzuje się tym, że pacjent jest niemy, niezdolny do normalnego poruszania się i pozostaje w bezruchu przez dłuższy czas. Jednym z objawów jest skrajny negatywizm, co oznacza, że pacjent opiera się wykonywaniu jakichkolwiek poleceń lub ewentualnie wykonuje polecenia przeciwne. Osoby cierpiące na ciężką katatonie mają problemy z wykonywaniem najprostszych czynności. Przez wiele godzin po prostu siedzą na łóżku i wpatrują się w jeden punkt. Inne osobliwości to nietypowe ruchy, naśladowanie ruchów lub mowy innej osoby, problemy z mówieniem, tzw. giętkość woskowa. Czasami zdarza się, że pacjent odmawia picia i/lub jedzenia. Ten typ depresji nie jest traktowany jako odrębna jednostka chorobowa. Obecnie uważa się, że ten typ depresji może być powiązany z zespołem stresu pourazowego PTSD,



chorobą afektywną dwubiegunową, schizofrenią i niewątpliwie depresją. Depresja powoduje znaczne wahania nastroju i spowalnia funkcje mózgowo i motoryczne. Osoby cierpiące na depresję tracą swoją zwykłą energię i odczuwają smutek. Są to najczęstsze objawy, ale mogą również występować różne inne objawy, w tym objawy fizyczne, a zwłaszcza przewlekły ból, który im towarzyszy. Osoba z depresją często nie ma chęci do życia i ma mało energii. Może stracić zainteresowanie życiem, zostać pochłonięta przez obsesyjne myśli, płakać i widzieć wszystko w czarno-białych barwach. Może również rozwinąć zaburzenia odżywiania i zaburzenia snu. Ponadto może mieć niską samoocenę i czuć się winna za wszystko. Osoba z depresją nie ma szacunku do siebie i poczucia własnej wartości. W codziennym życiu jej koncentracja i zdolność podejmowania decyzji są często znacznie mniejsze niż normalnie. Z biegiem czasu i przy braku leczenia objawy depresji nasilają się. Zaburzenia snu nasilają się i są przyczyną zmniejszonej aktywności w ciągu dnia. Cierpiąca osoba czuje się jeszcze gorzej w swojej skórze. Czasami życie wydaje jej się tak trudne, a doświadczenia tak nie do pokonania, że mogą pojawić się próby i myśli samobójcze. Mogą również pojawić się objawy fizyczne, takie jak utrata masy ciała lub przewlekły ból. Depresja wymaga poważnego i skutecznego leczenia, ponieważ bardzo wiele osób popełnia samobójstwo, a często okazuje się, że cierpiały one na niezdiagnozowaną depresję lub były źle leczone (Nina Ogińska-Bulik, 2006). Bycie zatrudnionym i odczuwanie smutku są częścią bycia człowiekiem. To normalne, że czujemy się przygnębieni po doświadczeniu czegoś tak trudnego jak śmierć lub utrata bliskiej osoby. Czasami jednak uczucie smutku utrzymuje się w nieskończoność, aż do momentu, w którym wydaje się, że nigdy nie zniknie. Prawdopodobnie jest to oznaka depresji, którą można leczyć tylko przy odpowiedniej opiece. Tak więc, jeśli nawet cierpienie jest częścią życia, depresja sprawia, że życie staje się cierpieniem bez końca. Jak więc odróżnić to chwilowe załamanie od prawdziwej, przerażającej choroby, z której można wyzdrowieć tylko dzięki odpowiedniemu leczeniu? Pierwszą oznaką depresji jest głęboki smutek, poczucie, że wszystko idzie źle, że wszystko jest czarne i że nic pozytywnego już się nie wydarzy. Należy jednak pamiętać, że smutek jest normalną częścią życia i nierzadko zdarza się, że ludzie czują się smutni więcej niż jeden raz. Zły nastrój w końcu mija, ale nie dzieje się tak w przypadku osób cierpiących na depresję, ponieważ mają one tendencję do zamykania się w swoim cierpieniu. Nawet po strasznym wydarzeniu, takim jak śmierć bliskiej osoby, możliwe jest przezwyciężenie smutku w ciągu sześciu miesięcy, ale nie depresji. Smutek ten ma tę cechę, że jest stały. Każdy dzień jest tak samo ciemny jak poprzedni, a więc każdy dzień jest taki sam, bez końca. Ogólnie rzecz biorąc, mogą występować smutne poranki, ewentualnie poranki wypełnione mrocznymi myślami. Nie ma jednak sposobu, aby dowiedzieć się, w jakim nastroju będzie osoba jedząca



śniadanie następnego dnia. Osoba cierpiąca na depresję wie, że każdego ranka będzie budzić się w okropnym nastroju. Osoba cierpiąca na depresję czuje się zmęczona, nie ma odwagi robić rzeczy, które kiedyś robiła, nie rozmawia, boi się radzić sobie z pracą i boi się angażować w związki. Mają wrażenie, że czas się zmienił: jakby wszyscy żyli w innym tempie niż oni, jakby nie nadawali na tych samych falach. Stanowi temu zwykle towarzyszy uczucie wyczerpania i utrata energii. Osoba cierpiąca na depresję doświadcza również zmęczenia intelektualnego, które obejmuje brak koncentracji i trudności z zapamiętywaniem. Czują się tak, jakby ich myśli spowolniły do tego stopnia, że czasami zastanawiają się, czy nie cierpią na chorobę Alzheimera. Jednak te „fałszywe dziury w pamięci” są w rzeczywistości oznaką rzeczywistych problemów związanych z depresją (Ogińska-Bulik, 2006). Kluczową cechą depresji jest brak pożądania. Na przykład, osoba może czuć się smutna lub nieszczęśliwa w swojej pracy, ale może wmawiać sobie, że wkrótce znajdzie nową pracę lub że wytrzyma do wakacji. Nawet jeśli ktoś boryka się z problemami, nadal odczuwa pewnego rodzaju pragnienie zmiany. W przeciwieństwie do tego, osoba cierpiąca na depresję nie ma już żadnych pragnień. Ten brak chęci można odczuć nawet w codziennych rozrywkach i czynnościach, ponieważ osoba cierpiąca na depresję nie cieszy się już rzeczami, które kiedyś sprawiały jej przyjemność i nie czerpie z nich szczęścia. Ten brak zainteresowania wpływa na wszystkie obszary życia. Osoba cierpiąca na depresję straciła szacunek do samej siebie i uważa, że nie jest w stanie nic zrobić. Poczucie porażki jest zawsze obecne. Może najpierw pojawić się w życiu zawodowym, a następnie wpłynąć na życie rodzinne. Osoba cierpiąca na depresję uważa, że nie jest godna swojej rodziny, a miłość, którą otrzymuje, jest niezасłużona. Kolejną osobliwością depresji jest to, że nie można jej wyleczyć uczuciami bliskich osób i zwykłym pocieszeniem. Dzieje się tak, ponieważ zwykły smutek jest „wrażliwy” na pocieszenie innych i z czasem mija, jeśli ktoś otrzyma „miłe słowo”. Depresja natomiast jest tak silna, że bliscy nie mają na nią żadnego wpływu. Jedynym sposobem na powrót do normalności jest odpowiednie leczenie, które obejmuje psychoterapię i leki. Depresji często towarzyszą objawy fizyczne. Niektóre z tych objawów obejmują brak jedzenia, niespójne wzorce snu i dyskomfort, szczególnie w plecach. Zmęczenie jest również częstym objawem i często nie ustępuje po odpoczynku, ponieważ osoba czuje się zmęczona przez cały czas. Depresja jest spowodowana kombinacją czynników, w tym społecznych, biochemicznych i dziedzicznych. Stresujące wydarzenia życiowe i środowisko również mogą przyczyniać się do depresji. Poważne doświadczenia, takie jak poważna choroba, wczesna utrata rodzica lub konflikty z rodziną lub w pracy, mogą prowadzić do poczucia wyobcowania i samotności, co również może być przyczyną depresji. Niektórzy ludzie mają również genetyczne predyspozycje do tego stanu. Osoby, których krewni prawdopodobnie cierpieli na depresję, są



bardziej narażone na jej wystąpienie. Badania wykazały, że depresja może być wywołana brakiem równowagi chemicznej w mózgu, w szczególności zmniejszeniem produkcji niektórych neuroprzekaźników, takich jak dopamina lub serotonina. Ich niedobory są przyczyną zmniejszonego apetytu, nieregularnego snu, braku uczucia przyjemności i utraty energii. Badania nad neuroprzekaźnikami mogą umożliwić odkrycie innych przyczyn tej choroby (Helena Sęk, 2010). Należy również wziąć pod uwagę czynniki sezonowe. Poziom depresji jest wyższy w miesiącach zimowych, kiedy jest mniej słońca. Podział objawów depresji na kategorie psychiczne i somatyczne jest w większości sztuczny, arbitralny i oparty na nawykach językowych lub koncepcjach teoretycznych, a nie na rzeczywistości, ponieważ nie ma objawu depresji, który nie byłby ściśle związany z cielesnością. Gdyby dokonać takiego podziału, granica między objawami psychicznymi i somatycznymi musiałaby zostać wyznaczona inaczej niż zwykle. Somatyczne objawy depresji powinny obejmować nie tylko objawy takie jak ból, utrata masy ciała czy zaparcia, ale także zmianę podstawowej reaktywności emocjonalnej, depresyjną zmianę podstawowego nastroju, związany z depresją wzrost ogólnego poziomu lęku i inne objawy, które czasami są błędnie klasyfikowane jako „psychiczne”. Z drugiej strony, psychiczne objawy depresji są najbardziej zasłużone: problemy z myśleniem typu depresyjnego połączone z utratą poczucia działania i słabym podejmowaniem decyzji. Jednak ich związek z fizycznością, somatyzacją i ciałem jest niezaprzeczalny. Dopiero po tych uwagach i ostrzeżeniach można próbować kategoryzować objawy depresji na dwie grupy: objawy niesomatyczne i objawy somatyczne. Większość objawów depresji można sklasyfikować jako objawy somatyczne. Wśród objawów, które można sklasyfikować jako somatyczne, można zidentyfikować kilka unikalnych objawów, które razem tworzą tak zwany „zespół somatyczny”. Klasyfikacja ta jest arbitralna, ale uzasadniona faktem, że objawy składające się na zespół somatyczny są szczególnie przydatne w diagnozowaniu choroby depresyjnej, a ponadto stanowią bardzo silną przesłankę do zastosowania leczenia farmakologicznego u konkretnej osoby. Dlatego też zespół somatyczny depresji nie jest tożsamy z objawami somatycznymi depresji (Sęk, 2010).

Mając w swoim dorobku kilkunastoletnie doświadczenie terapeutyczne i coachingowe zauważam, że to nie smutek, a brak poczucia sensu są najczęstszą przyczyną depresji. Smutek jest jego konsekwencją tak samo jak współlistniejąca bezsilność, bezradność, niemoc. Poczucie braku sensu jest tym co totalnie kastruje motywację do działania, do wstania z łóżka, do wyjścia z domu. Jednak również zauważam, że słowo *depresja*, jest słowem nadużywanym, służącym wielu osobom jako zasłona do pielęgnowania w sobie nieuświadomionej roli ofiary, z której



podświadomy umysł czerpie jakąś nierozpoznaną *korzyść*. Dziecko, Dorosły i Rodzic jest w każdym z nas, bo jak mówi Eric Berne (2004) każdy był dzieckiem, każdy miał rodziców (opiekunów) i każdy jest dorosły i potrafi racjonalnie myśleć. Niedomknięte dzieciństwo, czyli dorosłość zbudowana na dziecięcych pragnieniach miłości, uwagi, uznania, akceptacji i poczucia bezpieczeństwa tzw. *głasków*, sprawia, że gramy różne role w różnorodnych konfiguracjach. Gramy i manipulujemy najczęściej nieświadomie dla zaspokojenia tych wciąż wołających o domknięcie dziecięcych potrzeb. Gramy, jak w teatrze i wchodzimy w wiele ról, żeby być zauważeni, żeby poczuć się ważnymi, żeby w końcu poczuć się bezpiecznie i spokojnie. Żeby poczuć się kochanymi. Żeby odpocząć w sercu. Często ludzie mówią: „Zejdź do swojego Wewnętrznego Dziecka, powiedz mu, że go kochasz. Przytul go do serca. Wewnętrzne Dziecko to Ty, dlatego trzeba się nim zaopiekować”. Nic bardziej mylnego, bo takie postrzeganie siebie, zatrzymuje nas w pułapce ego. Bo Kto Kogo tak naprawdę miałby przytulić? Znamy przecież to co zarejestrowaliśmy jako „miłość” od naszych rodziców, więc tak samo siebie traktujemy. Berne (2004), gdy opisuje Rodzica, mówi o tym, iż ujawnia się on w dwóch formach: bezpośredniej i pośredniej, jako aktywny stan ego i jako czynnik wywierający wpływ. Kiedy działa wprost, człowiek reaguje tak, jak faktycznie reagował jego własny ojciec (albo matka). Kiedy jest czynnikiem wywierającym wpływ, reaguje tak, jak życzyli sobie tego rodzice. Kochanie siebie to pełna akceptacja dla niedojrzałego umysłu, zrozumienie jego podstawowych dziecięcych potrzeb i staniecie po stronie naszego *boskiego aspektu*, czyli zintegrowanie Dziecka, domknięcie dziecięcych traum w Ja-Dorosłym. Akceptacja dla dziecka, to akceptacja dla tego wszystkiego czego nie akceptujemy w sobie i w innych. Jeśli będziemy próbowali kochać z poziomu umysłu, to ta miłość zawsze będzie oparta o zależności i o wzór rodzicielski jaki doświadczyliśmy, o to co się nam opłaca, o to czy coś jest dla nas dobre czy złe. Gdy zaś przekierujemy tożsamość na bycie Miłością i przyjmiemy fakt *bycia boską energią*, energią wszystkiego, całego wszechświata, to jesteśmy w stanie doświadczyć i poczuć wewnętrzny *klik*, dzięki któremu po prostu wiemy i czujemy, że kochanie siebie nie ma nic wspólnego z mówieniem do siebie czułych słówek. (Szymańska, 2020). „Z mojego doświadczenia wynika jednak, że moje dziecko nie potrzebuje uzdrowienia. Potrzebuje tego natomiast mój związek z nim, zaufanie i wiara w jego mądrość, przewodzenie i ukierunkowanie mnie. Wielu z nas ukryło swoje dziecko, a także inne części swojej osobowości, bez których nie może wyrażać się w nas równowaga siły i wrażliwości” (Luvaas, 1995, s. 13). W ET® również nie chodzi o uzdrowienie WD, i nawet nie chodzi o uzdrowienie relacji z nim, ale bardziej o przypomnienie sobie Kim Jesteśmy w Istocie i o wejście w pełni w tą tożsamość. W tożsamość Dziecka Boga. A to sprawia, że wszelkie dziecięce potrzeby



znikają, dojrzewają, bo nie potrzebujemy w tej świadomości ani kochać, ani być kochani. W pamiętaniu o tym Kim Jesteśmy, stajemy się Miłością, co sprawia kolosalną różnicę (Szymańska, 2023).

## 2.4 Akceptacja

Pojęcie samoakceptacji często pojawia się w literaturze, jednak trudno o ścisłe definicje tego terminu, ze względu na fakt, że różni autorzy rozpatrują samoakceptację, kładąc nacisk na różne jej aspekty. W sensie ogólnym samoakceptacja odnosi się do relacji, jaka zachodzi pomiędzy jednostką a środowiskiem, w którym żyje. Próbując usystematyzować zakres przedmiotu samoakceptacji, można oprzeć się na podziale na grupy definicji, które rozpatrują samoakceptację w kategoriach: zaspokajania potrzeb, adaptacji organizmu i podejmowania aktywności. Definicje z grupy adaptacji organizmów podkreślają związek procesów samoakceptacji z przystosowaniem i adaptacją. Według Pauliny Tomaszewskiej pojęcie samoakceptacji zaczerpnięte jest z nauk biologicznych i oznacza dokonywanie zmian przez organizm w celu przystosowania się do środowiska. Pojęcie samoakceptacji można również odnieść do regulowania przez człowieka wzajemnych relacji z otoczeniem społecznym. Inna grupa definicji podkreśla rolę aktywności człowieka w zaspokajaniu potrzeb. W takim kontekście jednostka przystosowana to taka, która posiada zdolność do pełnego zaspokajania potrzeb w określonym środowisku, zarówno poprzez bierne przystosowanie się do niego, jak i poprzez organizowanie, kształtowanie i wpływanie na otoczenie. Takie zachowanie jest warunkiem rozwoju osobowości jednostki i prawidłowego funkcjonowania w grupie społecznej. Osoba przystosowana nabywa orientacji w swoich dyspozycjach i w otaczających ją warunkach środowiska społecznego, a zdobyta wiedza ułatwia jej podejmowanie działań w kierunku zaspokajania swoich potrzeb. Osiągnięcie równowagi między potrzebami osoby a wymaganiami środowiska jest zdeterminowane przez samoakceptację. Trzecia grupa definiująca zjawisko samoakceptacji koncentruje się na wyznaczniku samoakceptacji, jakim jest funkcjonowanie w danej grupie społecznej. Samoakceptacja w tym nurcie to przestrzeganie norm przyjętych w danej społeczności. Aktywność człowieka zależy od jego uczestnictwa w grupach społecznych, organizacjach społecznych itp. Wpływ tych środowisk jest pozytywny lub negatywny i może przyczyniać się do dobrej lub złej samoakceptacji. Dobrze dostosowana osoba do swojego środowiska wnosi inicjatywę, umożliwiając uczestnictwo w działaniach innych ludzi i optymalny rozwój własnej osobowości. Podejściem łączącym elementy definiujące drugą i trzecią grupę koncepcji jest koncepcja Harrisona Gougha (1996), w której



samoakceptacja opiera się na analizie zachowań społecznych danej osoby. Autor postrzega samoakceptację jako charakterystykę kontaktów interpersonalnych, jakie jednostka nawiązuje i jest w stanie nawiązać ze swoim otoczeniem. O prawidłowo przystosowanej jednostce można mówić wówczas, gdy reprezentuje ona zachowania, które zapewniają jej zaspokojenie potrzeb na optymalnym poziomie, a jednocześnie pozwalają na utrzymywanie pozytywnych, satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi (Dorota Kubacka-Jasiecka, 1997). Właściwe interakcje interpersonalne pozwalają na odpowiednie zaspokojenie potrzeb danej osoby i mają korzystny wpływ na jej zdrowie i funkcjonowanie. Istnieją cztery kategorie atrybutów, które są niezbędne do oceny samoakceptacji społecznej danej osoby. Te kategorie to:

- miara równowagi, zaangażowania w relacje z innymi i pewności siebie
- sposób oceny socjalizacji, dojrzałości i odpowiedzialności,
- sposób na ocenę osiągnięć i sprawności umysłowej,
- sposób oceny własnej postawy i zainteresowań.

Samoakceptacja zależy od tego, jak dobrze dana osoba jest w stanie zaspokoić swoje potrzeby psychospołeczne poprzez uczestnictwo w zajęciach grupowych. Osoba dobrze przystosowana to taka, której zainteresowania nie są wyraźnie sprzeczne z celami grupy, a jednocześnie działania grupy pomagają jednostce osiągnąć własne cele. Istnieją cztery główne grupy przejawów samoakceptacji:

- realistyczne spojrzenie na życie, które obejmuje bycie świadomym własnych słabości i radzenie sobie z nimi w realistyczny sposób, a także rozpoznawanie nieuniknionych wyzwań pojawiających się w sytuacjach osobistych i społecznych;
- dojrzałość emocjonalna, która oznacza zdolność do obiektywnego spojrzenia na swoje trudności, akceptowania częściowych niepowodzeń i utrzymywania równowagi emocjonalnej;
- dojrzałość społeczna;
- zachowanie, które jest zarówno skuteczne, jak i społecznie akceptowalne (Kubacka-Jasiecka, 1997)

Osobiście o akceptacji piszę głębiej, gdyż postrzegam ją przez pryzmat transcendencji, czyli takiej świadomości, która przewyższa typowe postrzeganie w materii. Biorąc pod uwagę choćby fakty z mechaniki kwantowej (dział fizyki), wiemy doskonale, że materia nie istnieje. Nasze ciało nie istnieje. Wewnątrz każdej komórki, patrząc głębiej coraz bardziej potężnymi



mikroskopami, zobaczymy, że są tam molekuły, a dalej atomy. Nie możemy przejść obojętnie obok odkryć nauk ścisłych i tak zaawansowanych, aby postrzegać życie w materii jako zero-jedynkowe. Gdy uzmysłowimy sobie, że nasza istota nie sprowadza się jedynie do ciała czy osobowego konstruktu ja, ale jest energią, która przybiera formę, możemy dwutorowo i równolegle postrzegać nasze ludzkie istnienie. Wówczas akceptacja dla tymczasowych, pozornie trudnych zdarzeń, staje się czymś zupełnie naturalnym. Do takiej właśnie transcendencji na poziomie podświadomym, ale i uświadomionym dochodzi podczas sesji Embrace Therapy®.



## Rozdział III

### FORMY PRZEMOCY SEKSUALNEJ

#### 3.1 Zjawisko nadużycia jako formy przemocy

Nadużycie seksualne to jedna z najbardziej niejednoznacznych, a jednocześnie najgłębiej ingerujących form przemocy seksualnej. W przeciwieństwie do jawnej agresji, jaką niesie gwałt, nadużycie często odbywa się w cieniu pozornej czułości, opieki, „wyjątkowej więzi” i relacji zależności. Dotyczy zwłaszcza sytuacji, w których sprawca wykorzystuje przewagę emocjonalną, wiekową, społeczną lub relacyjną – niekoniecznie sięgając po bezpośredni kontakt fizyczny, lecz przekraczając granice psychiczne i seksualizując relację z osobą niezdolną do świadomej zgody. Nadużycie seksualne może przyjmować formy subtelne, które nie są od razu identyfikowane jako przemoc – np. nieadekwatne żarty o podtekście seksualnym, „niewinne” komentarze dotyczące ciała, naruszenia intymności emocjonalnej czy traktowanie dziecka jako partnera dorosłego w tematach przekraczających jego rozwój emocjonalny. Do nadużycia należy również takie tworzenie relacji, w której dziecko czuje się odpowiedzialne za emocjonalny stan dorosłego, zostaje uwikłane w zależność i otrzymuje „intymność” zamiast bezpiecznego przywiązania. Z psychologicznego punktu widzenia nadużycie to forma przemocy relacyjnej, która narusza fundamentalne potrzeby bezpieczeństwa, granic i niewinności dziecka. Jak zauważa Danya Glaser (2002), relacja oparta na uwodzeniu emocjonalnym, komplementach o zabarwieniu seksualnym i stopniowym przesuwaniu granic, może pozostawić równie głębokie ślady jak akty fizycznego wykorzystania. Dziecko nie rozumie kontekstu seksualnego, ale jego system nerwowy i psychika reagują – często poprzez zamrożenie, wyparcie, dezorientację i długofalowe zaburzenia w budowaniu własnej tożsamości emocjonalnej oraz seksualnej. Nadużycie seksualne bywa szczególnie niszczące, gdy dzieje się w rodzinie lub relacji zaufania – np. między rodzicem a dzieckiem, nauczycielem a uczniem, terapeutą a pacjentem. W takich przypadkach nie dochodzi tylko do naruszenia granicy cielesnej – dochodzi do rozszczępienia całego układu przywiazaniowego. Dziecko zostaje postawione w roli „powiernika” lub „partnera”, co prowadzi do zaburzenia jego obrazu siebie, pomieszania ról i tożsamości. Jak zauważa Christine Courtois (1999), osoby, które doświadczyły przemocy seksualnej, często zmagają się z głębokim wewnętrznym zamętem – trudno im rozpoznać, czym naprawdę było to doświadczenie. Niejednokrotnie nie są w stanie



odróżnić, czy miało ono charakter bliskości, manipulacji czy przemocy, co wpływa na ich zdolność do interpretowania relacji międzyludzkich.

W odróżnieniu od gwałtu, ofiary nadużycia często nie potrafią nazwać tego, co się wydarzyło jako przemocy. Uczucie „bycia wyróżnioną”, „bliską”, a nawet „kochanką” sprawcy może powodować ambiwalencję emocjonalną – a tym samym uniemożliwiać opowiedzenie o tym doświadczeniu w kategoriach traumy. Jedna z uczestniczek badania w tej pracy przyznała, że przez wiele lat rywalizowała z matką o względy ojca i dopiero jako dorosła zrozumiała, że była uwikłana w relację seksualizującą, która podważyła jej zdolność do tworzenia zdrowych związków partnerskich. Inna uczestniczka badania twierdzi, że nie rywalizowała z matką, ale dzięki seksualnej relacji z ojcem, czuła się wyróżniona i doceniona. W kontekście długofalowych skutków nadużycia badacze wskazują na częste występowanie: zaburzeń więzi, trudności w rozpoznawaniu granic własnych i cudzych, kompulsywnych zachowań seksualnych lub całkowitej blokady seksualności, chronicznego wstydu oraz „obcości wobec ciała” (Pat Ogden, Kekuni Minton i Clare Pain, 2006). Pojawiają się również schematy samopoznawcze typu: „moje ciało nie należy do mnie”, „muszę być dla kogoś ważna poprzez swoją seksualność”, „nie mogę ufać swojej intuicji”. W praktyce terapeutycznej Embrace Therapy® szczególnie ważne jest uznanie bólu tam, gdzie przez lata nie było uznania żadnego. Praca z poziomem Ja Dziecko i Ja Ciało pozwala odtworzyć brakujące granice i uszanować emocje, które były ignorowane lub zaprzeczane. Czwarty stan Ja (w odniesieniu do trzech stanów Ja w Analizie Transakcyjnej), stan *Ja-Bóg* – umożliwia spojrzenie na siebie z poziomu czystości, wartości i godności, co często staje się pierwszym krokiem ku głębokiemu uzdrowieniu. Embrace Therapy® nie wymaga rekonstruowania faktów – pozwala ciału i świadomości wyrazić i przetransformować to, co przez lata pozostawało nienazwane, ale realnie raniło.

### **3.2. Molestowanie jako forma przemocy seksualnej**

Molestowanie seksualne, mimo że często utożsamiane z wykorzystaniem seksualnym, stanowi węższy termin i w ujęciu psychologicznym oraz prawnym koncentruje się na niepożądanych, naruszających granice zachowań o podtekście seksualnym, które niekoniecznie muszą prowadzić do pełnego aktu seksualnego. W literaturze przedmiotu molestowanie seksualne opisuje się jako uporczywe, niepożądane zachowania werbalne lub fizyczne, które wywołują u ofiary poczucie upokorzenia, zastraszenia lub dezorientacji (Marzena Ożarowska, 2006; Maria



Beisert, 2004). Termin ten stosowany jest zarówno w odniesieniu do dzieci, jak i dorosłych, jednak w kontekście dzieci molestowanie jest szczególnie niszczące ze względu na ich rozwijającą się tożsamość, brak dojrzałości emocjonalnej i nierównowagę sił w relacji z dorosłym.

W przypadku dzieci molestowanie seksualne może przybierać formę niejednoznacznych dotyków, komentarzy o zabarwieniu seksualnym, prezentowania treści pornograficznych, przymuszania do oglądania aktów seksualnych bądź uczestnictwa w nich bez fizycznego kontaktu. Kluczowym elementem odróżniającym molestowanie od innych form przemocy seksualnej jest jego często pozornie „niewinna” forma, która nie wzbudza od razu podejrzeń otoczenia, a u dziecka może wywoływać dezorientację i trudność w nazwaniu krzywdy. Z badań wynika, że dzieci poddawane molestowaniu doświadczają szeregu objawów psychologicznych i somatycznych. Beisert (2004) oraz Judith Lewis Herman (1999) opisują reakcje takie jak chroniczne poczucie wstydu, ambiwalencję emocjonalną, lęk, wycofanie społeczne, trudności w koncentracji oraz zaburzenia tożsamości seksualnej. Charakterystycznym elementem traumy molestowania jest jej „cicha obecność” – nie zawsze związana z przemocą fizyczną, lecz niemal zawsze z naruszeniem granic psychicznych i emocjonalnych. Dziecko niejednokrotnie pozostaje w wewnętrznym konflikcie, szczególnie jeśli molestujący jest osobą bliską – rodzicem, wujkiem czy nauczycielem – a zachowanie oprawcy przybiera formę „wyróżnienia”, „nagrody” lub „tajemnicy”. Magdalena Harasim (1999) oraz Herman (1999) wskazują, że molestowanie często wiąże się z psychicznym uwikłaniem ofiary – dziecko może odczuwać lojalność wobec sprawcy, nie rozumiejąc, że jest krzywdzone. Przeżycia te prowadzą w dorosłości do trudności w budowaniu granic, związków intymnych i do powtarzania schematów przemocy. W badaniach własnych autorki pracy, część kobiet przyznała, że jako dziewczynki odczuwały przywiązanie do sprawcy – jedne mówiły o rywalizacji z matką o względy ojca, inne o tym, że czuły się przez niego „wyróżnione”. Te doświadczenia nie niwelują krzywdy, lecz świadczą o głębokim pomieszeniu emocjonalnym, które z czasem przybiera postać wewnętrznego rozdarcia i trwałego cierpienia. W artykule autorstwa Anny Kotlarskiej - Michalskiej (2020) ukazano problem molestowania seksualnego w dzieciństwie z perspektywy jego wpływu na rozwój psychiczny dorosłych kobiet. Autorka wskazuje, że przemoc seksualna w dzieciństwie pozostawia trwałe ślady w psychice ofiary, niezależnie od tego, czy była to forma bezpośredniego kontaktu cielesnego, czy też nadużycie symboliczne, werbalne bądź emocjonalne. Podkreślono, że molestowanie seksualne – choć często nie pozostawia widocznych śladów fizycznych – prowadzi do długofalowych zmian w



strukturze osobowości i schematach poznawczych. Jednym z najczęstszych skutków takich doświadczeń jest utrata zaufania do dorosłych i instytucji, co przekłada się na trudności w budowaniu relacji partnerskich i społecznych. U kobiet, które doznały molestowania w dzieciństwie, obserwuje się znaczące obniżenie samooceny, występowanie objawów depresyjnych, lękowych oraz chronicznego poczucia winy i wstydu. Doświadczenie nadużycia prowadzi również do deregulacji emocjonalnej, nadmiernej czujności, a także tendencji do samoponiżania i autoagresji. Autorka zwraca uwagę, że trauma molestowania seksualnego może skutkować dezorganizacją tożsamości i trudnościami w integracji przeszłych doświadczeń z aktualnym obrazem siebie. W artykule podkreślono także fakt, iż wiele kobiet doświadcza tzw. „wtórnej wiktyimizacji” – nie tylko poprzez brak wsparcia po ujawnieniu przemocy, ale także przez umniejszanie doznanego cierpienia przez otoczenie. Kotlarska – Michalska (2020) wskazuje, że proces leczenia wymaga nie tylko terapii traumy, ale również pracy z głęboko zakorzenionymi przekonaniem o sobie i świecie, które zostały ukształtowane przez doświadczenia molestowania. Autorka postuluje potrzebę stworzenia długofalowych programów psychoterapeutycznych, uwzględniających indywidualną drogę każdej kobiety ku odzyskaniu autonomii i poczucia godności. Molestowanie seksualne w dorosłości, mimo że często niesie mniejsze ryzyko bezpośredniego uszczerbku fizycznego niż gwałt, stanowi poważne naruszenie integralności psychicznej i cielesnej kobiety. W badaniach Kotlarskiej - Michalskiej (2020) ukazano, że ofiary molestowania seksualnego często doświadczają chronicznego napięcia, zaburzeń koncentracji, problemów ze snem, a także trwałych zmian w zakresie postrzegania siebie i relacji z innymi. W artykule Żuławskiej i Bartosza (2019) autorzy wskazują, że molestowanie w miejscu pracy prowadzi do wzrostu objawów depresyjnych, spadku motywacji i silnego lęku społecznego. Dodatkowo, pojawia się zjawisko tzw. „mikrotraum” – czyli nawarstwiających się epizodów nadużyć, które niekiedy nie są rozpoznawane jako przemoc, ale mają kumulatywny wpływ na psychikę. Wpływ molestowania na sferę seksualną i emocjonalną ujawnia się również w długofalowej nieufności wobec mężczyzn, trudności w budowaniu relacji oraz w auto-obwinianiu i wstydu. Molestowanie seksualne wywołuje również poczucie bezradności i braku kontroli, co skutkuje objawami podobnymi do tych obserwowanych przy PTSD. Skuteczna interwencja terapeutyczna powinna więc opierać się na uznaniu cierpienia ofiary, wsparciu emocjonalnym i stworzeniu przestrzeni do odzyskania wewnętrznej sprawczości. Embrace Therapy® podchodzi do tego zjawiska nie jako do ciągu faktów wymagających logicznego rozliczenia, ale jako do zapisu emocjonalnego w ciele i podświadomości. Terapia uwzględnia mechanizmy wyparcia, rozszczepienia oraz lojalności wewnętrznego dziecka wobec sprawcy. Proces uzdrowienia następuje nie tylko przez



integrację traumy, ale także przez przywrócenie sobie prawa do czucia, nazwania krzywdy i odnalezienia własnych granic. To, co nie zostało wypowiedziane, lecz zostało zapisane w ciele – może zostać uzdrowione poprzez spotkanie z *Ja-Świadomość*.

### 3.3 Gwałt jako forma przemocy seksualnej

Gwałt jest jedną z najbardziej traumatyzujących form przemocy seksualnej, stanowiąc brutalne naruszenie cielesności, wolności i godności człowieka. W ujęciu prawnym definiuje się go jako doprowadzenie drugiej osoby do obcowania płciowego za pomocą przemocy fizycznej, groźby bezprawnej lub podstępny (Kodeks karny, art. 197). Gwałt nie dotyczy wyłącznie kobiet – choć to one stanowią większość ofiar – i może wystąpić w relacjach hetero- i homoseksualnych, także w związkach formalnych. Istotą tej formy przemocy jest pozbawienie ofiary kontroli i woli, co prowadzi do głębokich uszkodzeń psychicznych, przekraczających ramy urazu jedynie cielesnego. Z danych prezentowanych przez Nawrocką i współautorów (2011) wynika, że sprawcą gwałtu w ogromnej większości przypadków jest osoba znana ofierze – partner, członek rodziny, przyjaciel, nauczyciel lub współpracownik. Zjawisko to jest szczególnie bolesne psychicznie, ponieważ łamie podstawowe poczucie bezpieczeństwa i zaufania. Tak zwany „gwałt relacyjny” pozostawia trwały ślad w obrazie siebie, relacjach interpersonalnych oraz tożsamości emocjonalnej. Doświadczenie przemocy seksualnej wywołuje szereg reakcji pourazowych – od objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD), przez depresję, lęk, dysocjację i poczucie winy, aż po somatyzację i próby samobójcze (Bessel van der Kolk, 2014; Joseph LeDoux, 1998). Zjawisko wtórnej wiktyimizacji – czyli obwiniania ofiary, bagatelizowania jej doświadczeń lub ich kwestionowania – stanowi jeden z najboleśniejszych aspektów życia po gwałcie. Jak zauważa Agnieszka Kowalska (2017), społeczne narracje często koncentrują się wokół zachowania ofiary, a nie sprawcy, pytając „co miała na sobie?”, „czy się nie prowokowała?” lub „czy próbowała się bronić?”. To prowadzi do pogłębienia traumy oraz izolacji ofiary, a także do unikania zgłoszenia przestępstwa na policję czy skorzystania z pomocy psychologicznej. Gwałt stanowi nie tylko akt przemocy fizycznej, ale również przemoc psychiczną i duchową. W refleksji autobiograficznej Joanna Szczęsna (2022) opisuje doświadczenie gwałtu jako zniszczenie spójności tożsamości i utratę kontaktu z „sobą dawną”. Bogusław Tracz (2020) w swoim historycznym opracowaniu ukazuje gwałt jako element terroru wojennego – systemowego narzędzia dehumanizacji i upokorzenia kobiet. W artykule Anny Borkowskiej (2018) koncentruje się na psychologicznych konsekwencjach



doświadczenia gwałtu u kobiet, przedstawiając zarówno bezpośrednie reakcje pourazowe, jak i długoterminowe skutki tego doświadczenia. Autorka zwraca uwagę, że gwałt to jedno z najbardziej inwazyjnych naruszeń cielesnych i psychicznych, prowadzące do zerwania poczucia bezpieczeństwa, integralności i kontroli nad własnym ciałem. W pierwszej fazie po doświadczeniu przemocy seksualnej u kobiet dominują reakcje takie jak szok, odrętwienie, dezorientacja, a następnie objawy lękowe, natrętne wspomnienia, unikanie bodźców przypominających o wydarzeniu oraz podwyższony poziom pobudzenia psychofizycznego. Autorka omawia mechanizmy powstawania zespołu stresu pourazowego (PTSD), który może utrzymywać się latami, prowadząc do chronicznego cierpienia psychicznego. Oprócz objawów PTSD, u wielu kobiet obserwuje się również depresję, zaburzenia snu, zaburzenia odżywiania, myśli samobójcze, a także trudności w nawiązywaniu relacji intymnych i seksualnych. Często pojawia się także zjawisko dysocjacji – częściowego odłączenia od emocji i ciała – jako mechanizmu obronnego wobec traumy. Borkowska (2018) wskazuje, że doświadczenie gwałtu może skutkować utratą poczucia sprawczości i zakwestionowaniem własnej wartości. Szczególnie niebezpieczne są sytuacje, w których ofiara nie otrzymuje odpowiedniego wsparcia – zarówno od bliskich, jak i od instytucji, co prowadzi do wtórnej wiktymizacji i pogłębienia psychicznych urazów. Autorka podkreśla znaczenie terapii ukierunkowanej na przywrócenie poczucia kontroli, integrację doświadczeń oraz odbudowę relacji z ciałem i emocjami. W artykule postulowana jest potrzeba tworzenia specjalistycznych programów wsparcia psychologicznego i społecznego, które będą dostosowane do indywidualnych potrzeb kobiet po gwałcie. Psychotraumatolodzy, tacy jak Daniel Siegel (2010), podkreślają konieczność pracy z całym systemem nerwowym – nie tylko z narracją słowną, ale również z emocjami, ciałem i tożsamością. W tym kontekście podejście Embrace Therapy® wnosi dodatkową wartość, łącząc elementy neuroregulacji, pracy z *wewnętrznym dzieckiem* oraz poziomem duchowego (czwartego Ja – *Ja Bóg*). Embrace Therapy® pozwala nie tyle „rozmawiać o gwałcie”, co uwolnić zamrożony w ciele i podświadomości ładunek emocjonalny – strach, wstyd, ból i przerażenie – bez konieczności rekonstruowania każdego szczegółu wydarzenia. Proces terapeutyczny w tej metodzie przywraca nie tylko kontakt ze sobą i swoimi emocjami, ale również godność i możliwość odbudowania wewnętrznego bezpieczeństwa. Uzdrowienie nie polega na zapomnieniu, ale na zintegrowaniu – z poziomu głębokiego współczucia i obecności. Jak pokazuje praktyka terapeutyczna, możliwe jest odzyskanie wewnętrznego spokoju, a nawet siły i sensu – nie pomimo gwałtu, ale przez uzdrowienie tego, co zostało złamane.



### 3.4 Nadużycie seksualne dzieci i jego konsekwencje w życiu

Wykorzystywanie seksualne dzieci to jedno z najcięższych naruszeń ich integralności psychicznej, fizycznej i emocjonalnej, niosące ze sobą długotrwałe konsekwencje rozwojowe. W literaturze przedmiotu istnieje wiele terminów określających to zjawisko: molestowanie seksualne, nadużycie seksualne, przemoc seksualna czy krzywdzenie seksualne (Ożarowska, 2006). Kathleen Coulborn Faller (1988) definiuje wykorzystywanie seksualne jako każdy akt pomiędzy osobami o różnym stopniu rozwoju, którego celem jest seksualna gratyfikacja osoby bardziej rozwiniętej. Z badań Lwa Starowicza (1992) wynika, że w Polsce 14,4% dziewcząt i 3,9% chłopców doświadczyło wykorzystywania seksualnego. Dane ze Stanów Zjednoczonych wskazują, że już w latach 80. skala nadużyć osiągała poziom około 10% rocznie (David Finkelhor, 1991). Wskazuje się również, że w około 75% przypadków sprawca jest znany dziecku – może nim być ojciec, ojczym, brat, dziadek, sąsiad, wychowawca lub trener (WHO, 2002; Ożarowska, 2006). Beisert (2004) opisuje wykorzystanie seksualne jako proces obejmujący nie tylko akt, ale także manipulację psychiczną, budowanie relacji zależności i złudnego zaufania. Skutki wykorzystywania są zróżnicowane: od zespołu stresu pourazowego (PTSD), przez zaburzenia lękowe i depresyjne, aż po problemy z tożsamością i relacjami interpersonalnymi w dorosłości (Russell, 1983; B. A. van der Kolk et al., 1991). Herman (1999) podkreśla, że dziecko uwikłane w środowisko przemocy staje przed „przerażającym zadaniem adaptacji”, co może prowadzić do głębokiego rozszczępienia psychicznego. Niektóre ofiary mogą przejawiać ambiwalentne uczucia wobec sprawcy – poczucie lojalności, więzi, a nawet miłości (Harasim, 1999), co może komplikować proces terapeutyczny. Zjawisko to potwierdzają także badania własne autorki niniejszej pracy, w których uczestniczki opowiadały o rywalizacji z matką lub dumie z bycia „wyróżnioną” przez ojca. W literaturze psychologicznej od lat podkreśla się złożony charakter skutków przemocy seksualnej, której ofiarami są dzieci. Paulina Tomaszewska i Beata Wójcik (2021), dokonując systematycznego przeglądu czterdziestu badań empirycznych i meta-analiz z lat 2000–2020, ukazały wielowymiarowość konsekwencji tego rodzaju doświadczeń. Wskazano, że przemoc seksualna wobec dzieci obejmuje nie tylko kontakt fizyczny, ale także przymuszanie do udziału w czynnościach seksualnych, ekspozycję na treści pornograficzne, werbalne komentarze o charakterze seksualnym oraz manipulację emocjonalną. Wspólnym mianownikiem tych form nadużycia jest brak adekwatnej zgody dziecka, wynikający z jego niedojrzałości emocjonalnej, poznawczej i społecznej, a także nierównowaga sił pomiędzy dzieckiem a sprawcą. Skutki



przemocy seksualnej są wielopłaszczyznowe i zależą m.in. od długości trwania nadużycia, relacji sprawcy z ofiarą, reakcji otoczenia po ujawnieniu doświadczenia, a także wieku i płci dziecka. Wśród najczęstszych konsekwencji psychologicznych autorzy wymieniają zaburzenia lękowe, depresyjne, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia dysocjacyjne, trudności w regulacji emocji oraz negatywny obraz siebie. Wskazuje się także na wyższe ryzyko rozwoju zaburzeń osobowości oraz uzależnień w dorosłym życiu. Wielu badaczy opisuje również wpływ traumatycznych doświadczeń na sferę seksualności: niektóre ofiary wykazują awersję do bliskości i kontaktów seksualnych, inne wykazują zachowania hiperseksualne o charakterze kompulsywnym. Badania cytowane przez Tomaszewską i Wójcik (2021) pokazują, że brak reakcji ze strony dorosłych, a zwłaszcza unieważnianie doświadczenia przez najbliższe osoby, prowadzi do pogłębienia skutków traumy i znacząco utrudnia proces zdrowienia. Z punktu widzenia praktyki klinicznej szczególnie istotne jest to, że symptomy przemocy seksualnej mogą być odroczone w czasie i ujawniać się dopiero w okresie dorosłości. Autorzy wskazują na konieczność stosowania kompleksowej terapii, która obejmuje pracę z traumą zarówno na poziomie poznawczym, jak i emocjonalnym oraz cielesnym. Interwencja terapeutyczna powinna wspierać proces odzyskiwania poczucia bezpieczeństwa, odbudowy granic i tożsamości, a także umożliwiać przetworzenie trudnych wspomnień w warunkach relacji terapeutycznej opartej na zaufaniu i empatii. Przegląd literatury przeprowadzony przez Tomaszewską i Wójcik (2021) potwierdza, że przemoc seksualna ma destrukcyjny wpływ na psychikę dziecka i wymaga długoterminowego, zintegrowanego wsparcia psychoterapeutycznego. W artykule poświęconym problematyce wykorzystywania seksualnego dzieci Ożarowska (2011) analizuje to zjawisko w kontekście definicji, objawów oraz długofalowych skutków, zwracając szczególną uwagę na psychologiczne mechanizmy, które je podtrzymują. Autorka wskazuje, że wykorzystywanie seksualne to nie tylko akt fizycznego naruszenia granic dziecka, ale szeroki wachlarz zachowań, które wiążą się z nadużyciem władzy, zaufania i zależności. Może ono przybierać formę dotykania, pieszczot, stosunku płciowego, ale również nagości w obecności dziecka, eksponowania materiałów pornograficznych, komentowania jego ciała lub zachęcania do seksualnych gier. Ożarowska zwraca uwagę, że dzieci bardzo często nie rozumieją charakteru nadużycia, nie potrafią go nazwać, a nawet mają poczucie winy lub lojalności wobec sprawcy. To właśnie te mechanizmy – poczucie wstydu, strachu oraz brak języka do opisu doświadczenia – sprawiają, że przemoc seksualna często pozostaje niewidoczna. Autorka szeroko omawia symptomy wykorzystywania seksualnego, które mogą manifestować się zarówno w sferze emocjonalnej, jak i somatycznej oraz behawioralnej. Wśród objawów pojawiają się m.in. nagłe zmiany nastroju, fobie, nocne



koszmary, moczenie się, samookaleczenia, zachowania seksualizowane nieadekwatne do wieku, a także trudności w nawiązywaniu relacji. Dzieci, które doświadczyły nadużycia, często przejawiają wycofanie, depresyjność, zaburzenia koncentracji i osiągnięć szkolnych. Skutki długoterminowe wykorzystywania seksualnego mogą się ujawniać w dorosłości w postaci chronicznego poczucia winy, zaniżonego poczucia wartości, trudności w nawiązywaniu relacji emocjonalnych i seksualnych, a także w postaci objawów charakterystycznych dla PTSD. Autorka podkreśla również znaczenie relacji rodzinnych – zarówno jako potencjalnego źródła przemocy, jak i przestrzeni, która mogłaby stanowić ochronę, ale często zawodzi. Szczególnie silne skutki obserwuje się u dzieci, które nie zostały wysłuchane lub których doświadczenia zostały zakwestionowane. W kontekście diagnozy i terapii Ożarowska zaznacza konieczność podejścia zintegrowanego, uwzględniającego specyfikę wieku rozwojowego dziecka, jego system rodzinny oraz kontekst społeczno-kulturowy. Artykuł ten stanowi cenne źródło wiedzy teoretycznej i klinicznej na temat form przemocy seksualnej oraz ich destrukcyjnego wpływu na psychikę dziecka i jego dalszy rozwój.



## Rozdział IV

### METODOLOGIA BADAŃ

#### 4.1 Cel badawczy, problem i hipotezy badawcze

Celem badawczym w niniejszej pracy jest określenie wpływu zastosowania metody Embrace Therapy®, mierzonego za pomocą EEG-Biofeedback, na zmniejszenie poczucia stresu i obniżonego nastroju, oraz zwiększenie poczucia samooceny u kobiet, które w dzieciństwie doświadczyły molestowania.

Badanie ma na celu sprawdzenie hipotezy czy zmiany emocjonalne są odzwierciedlone w zmianach aktywności fal mózgowych oraz jak praca z emocjonalnymi zapisami dzieciństwa wpływa na poziom poczucia wartości i samoakceptacji u uczestniczek badania na czterech poziomach.

W oparciu na powyższy problem badawczy sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Czy poziom odczuwanego stresu obniży się istotnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo?
2. Czy poziom nastroju ulegnie poprawie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo?
3. Czy poziom samooceny wzrośnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo?
4. Czy poziom zmian będzie widoczny również w wynikach uzyskanych za pomocą pomiaru EEG-Biofeedback?

W pracy sformułowano cztery hipotezy szczegółowe u kobiet uczestniczących w sesji Embrace Therapy®:

- H.1. Poziom odczuwanego stresu obniży się istotnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo
- H.2. Poziom nastroju ulegnie poprawie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo
- H.3. Poziom samooceny wzrośnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo



H.4. Poziom zmian będzie widoczny również w wynikach uzyskanych za pomocą pomiaru EEG-Biofeedback.

#### 4.2 Opis zastosowanych narzędzi badawczych

Narzędzia badawcze w niniejszej pracy podzieliłam na trzy główne części: wywiad i testy psychologiczne, pomiar neurofeedback (EEG-biofeedback), ankieta ewaluacyjna.

Do badania testami psychologicznymi użyłam pięciu testów:

- Skala IES – R Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń (Impact of Event Scale – Revised), autorstwa Daniela S. Weissa i Charlesa R. Marmara z 1997 roku. Polska Adaptacja Zygryda Juczyńskiego i Niny Ogińskiej-Bulik z 2009 roku. Kwestionariusz służący do oceny skutków psychologicznych doświadczonych traumatycznych wydarzeń. Miery trzy główne obszary: intruzję, unikanie oraz nadmierne pobudzenie. Zastosowano go w celu oceny nasilenia objawów pourazowych u uczestniczek.
- KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu, autorstwa Mieczysława Plopy i Ryszarda Makarowskiego z 2009 roku. To narzędzie diagnostyczne mierzące poziom poczucia sensu życia, spójności wewnętrznej oraz motywacji egzystencjalnej badanych osób.
- SES Skala Rosenberga (Rosenberg Self-Esteem Scale) autorstwa Morrisa Rosenberga z 1965 roku, służąca do pomiaru globalnej samooceny uczestniczek. Narzędzie stosowane do oceny postrzegania własnej wartości/samooceny.
- EPQ-R Kwestionariusz osobowości Eysenck'a (Eysenck Personality Questionnaire – Revised) autorstwa Hansa Jurgena Eysencka i Sybilii B. G. Eysenck z 1991 roku. Kwestionariusz mierzący trzy główne wymiary osobowości: ekstrawersję (E), neurotyczność (N) i psychotyczność (P) oraz skalę kontrolną kłamstwa.
- BDI Skala Depresji Becka (Beck Depression Inventory) autorstwa Aarona Becka, Roberta Steera i Margery Brown, druga wersja z 1996 roku. Skala ta jest użyta do oceny poziomu nasilenia objawów depresyjnych u uczestniczek przed rozpoczęciem i po zakończeniu procesu badawczego.

Pomiar neurofeedback (EEG Biofeedback) służył w badaniu do pomiaru aktywności mózgu przy użyciu EEG Biofeedback. Rejestrowano aktywność fal mózgowych w ośmiu zakresach:

- Delta (0,5-4 Hz) związana ze snem głębokim i regeneracją



- Theta (4-8 Hz) związana z głęboką relaksacją, stanami medytacyjnymi
- Alpha (8-12 Hz) związana ze stanem odprężenia i czuwania
- SMR (12-15 Hz) związana z koncentracją i stabilnością emocjonalną
- Beta1 (15-20 Hz) związana z aktywnością poznawczą i stanem czuwania
- Beta2 (20-30 Hz) związana z intensywną aktywnością poznawczą i stanem czuwania
- Hi-Beta (>22 Hz) związana z nadmiernym pobudzeniem, stresem, stanami lękowymi
- Gamma (30-40 Hz, a czasem aż do 70 Hz) odpowiadają za najwyższy poziom przetwarzania poznawczego i integracji informacji w mózgu. Są związane z momentami przebłykowej świadomości, wglądami tzw. klikami świadomościowymi, kreatywnością, integracją emocji i myśli, duchowymi doświadczeniami jedności (stany transcendencji).

Dwa miesiące po sesji Embrace Therapy® z użyciem EEG-Biofeedback, w ramach oceny trwałości efektów terapeutycznych zastosowano własną ankietę ewaluacyjną. Uczestniczki wypełniły ankietę ewaluacyjną dotyczącą trwałości efektów pracy badaną metodą. Ankieta obejmowała sześć pytań otwartych dotyczących. Odpowiedzi uzyskane w ankiecie ewaluacyjnej zostały poddane analizie jakościowej. Celem analizy było wyodrębnienie głównych kategorii zmian subiektywnych w obszarze emocji, postrzegania problemu oraz strategii radzenia sobie po sesji Embrace Therapy®. Ankieta z pytaniami znajduje się w załączniku pracy magisterskiej.

### 4.3 Charakterystyka grupy badawczej

Grupa badawcza składała się z 6 kobiet, które w dzieciństwie doświadczyły molestowania seksualnego. Uczestniczki zostały dobrane na podstawie kryterium doboru celowego. Średnia wieku kobiet wyniosła 44 lat w momencie badania. Uczestniczki posiadały wykształcenie podstawowe – 1 osoba, średnie – 2 osoby, wyższe – 3 osoby.

To co ważne, to także fakt, iż wszystkie uczestniczki badania były osobami aktywnie zaangażowanymi w rozwój osobisty i duchowy. Przed przystąpieniem do sesji Embrace Therapy® posiadały już wyższy niż przeciętny poziom świadomości własnych doświadczeń oraz wcześniejsze doświadczenia w pracy nad traumą. Uczestniczki pracowały wcześniej zarówno z psychologami, psychoterapeutami, terapeutami metod alternatywnych, nauczycielami duchowymi. W związku z tym wyniki testów psychologicznych (BDI, KPS,



SES, IES-R) wykazywały wstępnie przeciętne lub wysokie wartości, co należy uwzględnić w interpretacji danych. Celem interwencji metodą Embrace Therapy® było pogłębienie procesu uzdrawiania oraz osiągnięcie pełniejszej integracji emocjonalnej i trwałej zmiany subiektywnego funkcjonowania.

Przed udziałem w badaniu uczestniczki wyraziły świadomą zgodę na uczestnictwo oraz zostały poinformowane o rezygnacji na każdym etapie. Żadna z osób badanych nie jest ze mną spokrewniona ani zaprzyjaźniona.

Wszystkie badane uczestniczyły w sesji terapeutycznej Embrace Therapy® oraz w pomiarach EEG-Biofeedback przed i po interwencji.



## Rozdział V

# EMBRACE THERAPY® I EEG-BIOFEEDBACK W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ

### 5.1. Opis przypadków

W celu pogłębionej analizy uzyskanych wyników w niniejszej pracy, zdecydowałam się na przedstawienie indywidualnych opisów wybranych uczestniczek badania. Studium przypadków umożliwia uchwycenie złożoności procesów emocjonalnych podczas sesji Embrace Therapy®, których nie można w pełni oddać jedynie poprzez dane ilościowe. Przedstawione poniżej przypadki ukazują dynamikę przemian emocjonalnych, zmianę perspektywy wobec przeżytej traumy oraz natychmiastową reakcję neurofizjologiczną mierzoną za pomocą EEG-Biofeedback. Dodatkowo uwzględniono subiektywne odczucia uczestniczek wyrażone podczas sesji późniejszą oceną uzyskanych efektów emocjonalnych. Opisy przypadków mają na celu zilustrowanie, w jaki sposób metoda Embrace Therapy® umożliwia uczestniczkom proces uwalniania emocjonalnych zapisów z przeszłości oraz wspiera trwałą integrację doświadczeń.

Wywiad szczegółowy zawierał łącznie 45 pytań w sześciu obszarach: metryczka, relacje z rodziną, zdarzenie, intencje i emocje, wpływ zdarzenia na relacje partnerskie i intymność, przebyta terapia.

#### 5.1.1 Przypadek 1

##### ➤ Uczestniczka A - Opis przypadku

Imię: Alfa

Wiek: 43 lata (w momencie badania)

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: podstawowe

Miejsce zamieszkania: Anglia

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): brak



Sytuacja rodzinna: rodzice rozstali się, gdy Uczestniczka A miała 5-6 lat. Ojciec alkoholik, niespełniony artysta, bez środków do życia, który popełnił samobójstwo, gdy badana miała 22 lata. Matka badanej nieobecna, ciągle zestresowana, w „depresji”, w momencie badania nieżyjąca, zmarła kilka lat temu. Z wywiadu wynika, iż w odczuciach badanej dla matki badanej zawsze ważniejsi byli mężczyźni niż dzieci. Nie stosowała przemocy fizycznej, ale stosowała „terror psychiczny”. Badana ma brata starszego o dwa lata i to on był osobą, która molestowała Uczestniczkę A. Badana ma do dziś kontakt z bratem, choć zdystansowany. Nigdy jako dorośli nie podjęli rozmowy na ten temat. Brat mieszka w innym kraju europejskim, ale gdy czegoś potrzebują mogą na siebie liczyć. Rodzice po rozstaniu mieli innych partnerów. Oprócz rodzonego brata, badana ma jeszcze dwoje rodzeństwa z kolejnego związku taty, z którym ma kontakt. Dziś badana mówi, że czuje żal w stosunku do życia jakie przeżyli rodzice, bo było w nim dużo smutku. Ma wewnętrzne zrozumienie dla tego jacy byli i jak traktowali ją i brata.

Zdarzenie molestowania, którego doświadczyła Uczestniczka A zaczęło się w wieku 8 lat i trwało przez 3-4 kolejne lata. Sytuacją, nad którą pracowałam z badaną podczas sesji ET® był ten pierwszy raz, gdzie została stymulowana przez brata i zmuszona do odwzajemnienia dotyku. Zdarzeniu towarzyszył szok, strach, zagubienie, poczucie bycia zaatakowaną, bezbronną i opuszczoną. W rozpuszczanej w ET® „kanapce emocjonalnej” w tej konkretnej sytuacji, nad którą pracowałyśmy pojawiły się: strach, zamrożenie, konfuzja, bezsilność, smutek, żal, pretensje, wstyd i poczucie winy. Emocjonalnie pojawiła się złość na matkę, że była nieobecna, niezainteresowana i nie dawała ochrony i poczucia bezpieczeństwa.

O zdarzeniu nie poinformowała nikogo, gdyż bała się, że i tak nikt jej nie uwierzy, zwłaszcza, że matka oskarżała badaną w dzieciństwie o kradzież pieniędzy sąsiadce, które ukraść jej kuzyn. Matka jej wówczas nie uwierzyła. Po pierwszym zdarzeniu badana pomyślała o popełnieniu samobójstwa, ale ostatecznie tego nie zrobiła ze strachu. Badana mówi, że nie czuła poczucia winy w związku ze zdarzeniem oraz trwającym przez lata molestowaniem, ale czuła wstyd. Zdarzenie molestowania miało również miejsce w wieku 10-11 lat z kuzynem, który została zachęcony do nadużyć przez brata badanej. Epizody kontaktów seksualnych z kuzynem trwały do 16 roku życia. Kuzyn był dwa lata starszy podobnie jak brat.

W relacjach partnerskich i intymnych badana mówi, że czuje się fatalnie, jest nieśmiała, jeśli chodzi o zapoznavanie kogoś, jednak sam kontakt seksualny nie stanowi dla badanej problemu. Jeśli już zaczyna jakąkolwiek relację, często zaczyna ją od seksu właśnie, co jak sama mówi, nie wychodzi jej na dobre. Ma jednak trudności z osiągnięciem pełnej satysfakcji seksualnej. W relacji jest tą osobą, która się stara i daje z siebie więcej. Badana mówi, że z wiekiem coraz



bardziej boi się wchodzić w relacje. Jest nieufna i nie wierzy w ludzi, ale potrafi wyciągać dobre cechy z jakiegokolwiek zdarzeń. Ta sytuacja nauczyła ją zrozumienia dla innych.

W początkowym etapie próbowała sobie pomóc poprzez modlitwę, prosząc Boga o wybaczenie i zrozumienie. Ale nie o wybaczenie sobie, a mamie i bratu. Dużo czytała i szukała odpowiedzi, choć w trudniejszych momentach temat powracał w myślach. Pracowała z terapeutami alternatywnych metod i nad swoim rozwojem osobistym i duchowym.

Uczestniczka A zdecydowała się na wzięcie udziału w badaniu, ze względu na możliwość podzielenia się swoją historią oraz z ciekawości metody i tego, czy faktycznie może uwolnić się od trudnego przeżycia jakim jest pamięć o jej pierwszym dużo przedwczesnym kontakcie seksualnym.

### ➤ Wyniki testów psychologicznych przed sesją

#### **Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki A wskazują na:

- Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi wydarzeniami (średnia 1,87),
- Niski poziom pobudzenia (średnia 1,0),
- Bardzo niski poziom unikania (0,25)

Uzyskany profil sugeruje, że uczestniczka mimo wcześniejszej pracy rozwojowej wciąż odczuwała umiarkowane emocjonalne powroty do traumy w formie intruzji, natomiast wskazywała niską aktywację fizjologiczną (pobudzenie) i niemal brak strategii unikania. Może to świadczyć o wysokiej gotowości do świadomego kontaktu z własnymi przeżyciami i wysokim poziomie integracji doświadczenia traumatycznego

#### **KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują, że Uczestniczka A doświadcza średniego poziomu napięcia emocjonalnego (sten 3), co może oznaczać umiarkowaną



reaktywność emocjonalną wobec stresujących bodźców. Taki wynik sugeruje, że uczestniczka potrafi w większości sytuacji utrzymać emocje pod kontrolą, jednak może czasami doświadczać napięcia emocjonalnego, szczególnie w bardziej wymagających kontekstach interpersonalnych lub życiowych. Stres zewnętrzny został oceniony na poziomie niskim (sten 2), co oznacza niski poziom odczuwanego stresu ze strony otoczenia. Uczestniczka prawdopodobnie nie postrzega otoczenia jako źródła presji ani zagrożenia. Może to wskazywać na dobrą adaptację do wymagań środowiskowych oraz przekonanie o wpływie na sytuacje zewnętrzne. Stres intrapsychiczny (sten 2) świadczy o niskiej podatności na wewnętrzne napięcia, konflikty emocjonalne, czy trudności związane z samooceną. Wynik ten sugeruje, że Uczestniczka A posiada względnie stabilne poczucie wewnętrznej spójności, a w sytuacjach trudnych nie ma skłonności do nadmiernego samoobwiniania czy rozdźwięku wewnętrznego. Wynik w skali kłamstwa (sten 6) znajduje się powyżej średniej, co może sugerować pewną tendencję do prezentowania się w nieco korzystniejszym świetle. Uczestniczka mogła częściowo świadomie lub nieświadomie minimalizować swoje reakcje stresowe w odpowiedziach – co warto uwzględnić w dalszej analizie i interpretacji. Całkowity wynik ogólny wyniósł 45 punktów (sten 3), co plasuje się w niskim zakresie stresu w populacji normatywnej. Taki wynik wskazuje, że ogólny poziom doświadczanego stresu przez Uczestniczkę A jest stosunkowo niski, co może świadczyć o skutecznych strategiach radzenia sobie lub o aktualnym braku ekspozycji na trudne sytuacje. Profil Uczestniczki A ukazuje osobę, która w relatywnie małym stopniu doświadcza stresu – zarówno w kontekście emocjonalnym, zewnętrznym, jak i wewnętrznym. Wyniki te wskazują na dobrą równowagę emocjonalną i stabilność psychiczną, jednak nieco zawyżony wynik w skali kłamstwa może sugerować potrzebę utrzymania pozytywnego obrazu siebie lub unikanie trudnych treści emocjonalnych. Może to oznaczać częściowe wycofanie się z kontaktu z głębszymi emocjami, co również należy brać pod uwagę przy interpretacji całościowego obrazu funkcjonowania psychicznego.

### **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki A wskazują na średni do podwyższonego poziomu samooceny (6 sten). Wynik ten świadczy o pozytywnym obrazie siebie i dobrej integracji własnej wartości, co jest spójne z wcześniejszym zaangażowaniem uczestniczki w rozwój osobisty i duchowy.



## EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki A wskazują na przeciętny poziom neurotyczności (sten 5), przeciętny do lekko podwyższonego poziomu ekstrawersji (sten 6) oraz wysoki poziom psychotyczności (sten 8). Skala kłamstwa osiągnęła również wysoki wynik (sten 8), co może sugerować częściową tendencję do autoprezentacji lub ukrywania niektórych trudności emocjonalnych. Wyniki te mogą być interpretowane w kontekście wcześniejszych doświadczeń traumatycznych oraz wcześniejszej pracy ze sobą, która wpłynęła na stabilizację niektórych wymiarów osobowości.

## BDI Skala Depresji Beck'a

W Skali Depresji Beck'a Uczestniczka A uzyskała wynik 1 punkt, co kwalifikuje się do kategorii braku objawów depresyjnych. Wynik ten świadczy o stabilnym nastroju emocjonalnym i jest spójny z wcześniejszym zaangażowaniem uczestniczki w rozwój osobisty i duchowy.

Tabela 3. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki A

Test psychologiczny	Wynik	Interpretacja
IES-R: Intruzje	1,87 (średnia)	Przeciętny poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	1,0 (średnia)	Niski poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	0,25 (średnia)	Bardzo niski poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	21 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	15 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	18 pkt (4 sten)	Niski poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	35 pkt (6 sten)	Przeciętny poziom samooceny
BDI: Depresja	1 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	13 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	15 pkt (6 sten)	Przeciętny poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	13 pkt (7 sten)	Wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	12 pkt (8 sten)	Wysoka kontrola autoprezentacji



➤ **EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®**

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.

Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka A – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

*„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak znużenia, głębokiego niewyspania. W odprowadzeniach czołowych zauważamy podwyższone wartości. Może to oznaczać artefakty lub początkowe zmęczenie wysiłkiem umysłowym. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztargnieniem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Zaniżone wartości dotyczą wszystkich wartości. Taki wynik oznacza problem ze zmęczeniem, chęć odpoczynku. Amplituda fali SMR jest za niska (min. 1,5uV dla dorosłego). Oznacza to brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Większą podatność na stres. Amplituda fali Beta 1 jest za niska (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Zaniżona wartość występuje w 6 na 8 amplitud. Wskazuje to na zaburzenia koncentracji, skupienia, wykonywania skomplikowanych czynności. Amplituda fali Beta 2 jest w normie (max. 1uV). Podwyższone są tylko 2 z 8 amplitud choć reszta jest w górnej granicy normy. Oznacza to minimalny problem ze stresem "dnia codziennego". Fala HiBeta jest za wysoka we wszystkich 8 odprowadzeń (max 1uV). Będzie to oznaczać wysoki, przewlekły stres, napięcie umysłowe i wysokie "zużycie energii". Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)”.*





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka A

ID kontaktu: BF000103 Numer badania: E493  
Data urodzenia: 1981.04.08 Analizowany kanał: C3  
Wiek w dniu treningu: 43 lata Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 10:34:05

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.43 (58.2%)	1.55 (37.2%)	1.37 (32.9%)	1.01 (24.1%)	1.04 (24.9%)	1.07 (25.7%)	1.64 (39.3%)	1.14 (27.3%)	4.17
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.02 (51.6%)	1.54 (39.3%)	1.64 (41.8%)	1.00 (25.5%)	1.06 (27.1%)	1.00 (25.5%)	1.43 (36.4%)	1.02 (26.1%)	3.91
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.68 (44.5%)	1.37 (36.3%)	1.34 (35.5%)	1.09 (28.9%)	1.15 (30.6%)	1.12 (29.6%)	1.61 (42.7%)	1.17 (31.1%)	3.77
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.54 (41.4%)	1.44 (38.5%)	1.58 (42.5%)	1.14 (30.6%)	1.22 (32.8%)	1.03 (27.7%)	1.47 (39.5%)	0.95 (25.4%)	3.72
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	6.53 (80.1%)	2.85 (34.9%)	1.85 (22.6%)	1.34 (16.4%)	1.33 (16.3%)	1.38 (16.9%)	2.13 (26.1%)	1.52 (18.7%)	8.16
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.07 (72.3%)	2.97 (42.3%)	2.15 (30.7%)	1.30 (18.6%)	1.33 (18.9%)	1.20 (17.1%)	1.83 (26.1%)	1.35 (19.3%)	7.02
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.91 (76.4%)	2.62 (33.9%)	1.85 (23.9%)	1.36 (17.6%)	1.52 (19.7%)	1.55 (20.1%)	2.27 (29.4%)	1.70 (21.9%)	7.73
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.27 (76.6%)	2.52 (36.5%)	2.00 (29.1%)	1.31 (19.1%)	1.28 (18.6%)	1.14 (16.6%)	1.76 (25.6%)	1.20 (17.4%)	6.88

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 1. Raport z badania przed sesją – Przypadek 1. Wyniki początkowe

- Uczestniczka A – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace Therapy®. Wyniki końcowe.

„Porównując dwa raporty wykonane w odstępie około 40 minut wyraźnie widać różnice w zapisie amplitud fal mózgowych. Jednoznacznie można stwierdzić obniżenia amplitud poszczególnych fal Delta, Theta, Alfa (tylko w jednym punkcie F4 nastąpił wzrost o 0,02 mV), SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta, Gamma. Obniżenie amplitud nastąpiło we wszystkich punktach”.

- Znaczące obniżenie amplitud fal HiBeta (23–34 Hz) – m.in. w kanale F4 z 2,16  $\mu V$  do 1,42  $\mu V$ , a w C3 z 1,64  $\mu V$  do 1,14  $\mu V$ . Wskazuje to na wyraźne zmniejszenie napięcia emocjonalnego, stresu i pobudzenia układu współczulnego.
- Redukcja amplitud fal Theta (4–8 Hz) – np. w kanale F3 z 2,57  $\mu V$  do 1,70  $\mu V$  oraz w C4 z 1,94  $\mu V$  do 1,09  $\mu V$ . Zmiany te świadczą o spadku rozproszenia uwagi i pobudzenia emocjonalnego, typowego dla stanu przetwarzania treści podświadomych lub obniżonego poziomu czuwania.



- Wyraźny spadek aktywności Delta (1–4 Hz) – w kanale F3 z 3,63  $\mu\text{V}$  do 2,44  $\mu\text{V}$  oraz w F4 z 2,87  $\mu\text{V}$  do 2,48  $\mu\text{V}$ . To wskazuje na zmniejszenie przeciążenia emocjonalnego i wyjście ze stanu „odcienia” lub przytłoczenia.
- Utrzymanie lub lekki wzrost aktywności Alpha (8–12 Hz) – np. w F4 z 1,85  $\mu\text{V}$  do 2,02  $\mu\text{V}$ . Świadczy to o zwiększeniu wewnętrznej harmonii i zdolności do odprężenia przy zachowanej świadomości.
- Stabilność w zakresie SMR (12–15 Hz) – zmiany amplitud były minimalne, co oznacza utrzymanie zdolności do wewnętrznej regulacji i koncentracji.
- Spadek sumy amplitud EEG (np. w kanale F3: z 8,16  $\mu\text{V}$  do 4,73  $\mu\text{V}$ ) dowodzi ogólnego wyciszenia układu nerwowego i redukcji przeciążenia mózgowego.

# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka A



ID kontaktu:	BF000103	Numer badania:	E495
Data urodzenia:	1981.04.08	Analizowany kanał:	C3
Wiek w dniu treningu:	43 lata	Protokół:	Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 11:18:58

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.63 (56.7%)	1.12 (38.8%)	0.95 (33.1%)	0.68 (23.5%)	0.73 (25.4%)	0.71 (24.8%)	1.14 (39.6%)	0.82 (28.4%)	2.88
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.66 (54.2%)	1.18 (38.6%)	1.48 (48.6%)	0.76 (25.0%)	0.66 (21.6%)	0.71 (23.2%)	1.01 (33.1%)	0.68 (22.1%)	3.05
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.40 (48.1%)	1.02 (34.9%)	0.89 (30.4%)	0.76 (26.3%)	0.89 (30.5%)	0.92 (31.7%)	1.27 (43.6%)	0.93 (32.0%)	2.91
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.38 (45.6%)	1.05 (34.9%)	1.38 (45.5%)	0.86 (28.3%)	1.03 (34.1%)	0.92 (30.4%)	1.04 (34.4%)	0.72 (23.9%)	3.03
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.44 (61.1%)	1.56 (39.1%)	1.44 (36.1%)	0.95 (23.9%)	0.86 (21.6%)	0.93 (23.3%)	1.36 (34.2%)	1.04 (26.1%)	3.99
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.35 (67.8%)	1.86 (37.7%)	2.11 (42.8%)	1.03 (20.9%)	0.90 (18.2%)	0.93 (18.9%)	1.31 (26.5%)	0.89 (18.0%)	4.94
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.56 (53.0%)	1.72 (35.6%)	1.36 (28.1%)	1.09 (22.5%)	1.20 (25.0%)	1.49 (30.8%)	2.11 (43.8%)	1.63 (33.8%)	4.83
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.84 (60.6%)	1.77 (37.8%)	2.02 (43.1%)	1.07 (22.9%)	1.00 (21.4%)	1.05 (22.4%)	1.53 (32.8%)	1.01 (21.6%)	4.68

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 2. Raport z badania po sesji – Przypadek 1. Wyniki końcowe

#### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

W trakcie sesji Embrace Therapy® Uczestniczka A dotarła do głęboko zapisanych emocji związanych z poczuciem wstydu, winy, strachu, poczucia zamrożenia, konfuzji, ambiwalencji, bezsilności, smutku, żalu, pretensji. Emocji i stanów związanych z doświadczeniem molestowania. Praca umożliwiła jej pełniejsze przeżycie i uwolnienie tych emocji, co wyraźnie



przełożyło się na zmianę postrzegania samej siebie. Pod koniec sesji Uczestniczka A opisywała pojawienie się uczucia wewnętrznego spokoju, akceptacji i odpuszczenia przeszłości.

#### ➤ **Subiektywne odczucia po sesji**

Bezpośrednio po zakończeniu sesji Uczestniczka A opisywała głębokie poczucie ulgi, uczucie „zrzucenia ciężaru z serca” oraz większą wewnętrzną stabilność emocjonalną. Podkreślała, że zmieniło się jej wewnętrzne nastawienie do przeżytej traumy i że weszła w stan wolności i akceptacji siebie.

#### ➤ **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej**

Ankieta ewaluacyjna przeprowadzona dwa miesiące po sesji Embrace Therapy® wskazuje na znaczące i trwałe zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym Uczestniczki A.

Uczestniczka odnotowała wyraźną zmianę w podejściu do wydarzenia traumatycznego — przestała postrzegać je jako krzywdę definiującą całe życie. Nastąpiło wyjście z roli osoby pokrzywdzonej oraz rozwinięcie zdolności do radzenia sobie z sytuacjami przypominającymi traumę w terażniejszości.

W zakresie uwolnienia emocji uczestniczka wskazała na pełne odpuszczenie wstydu i poczucia odpowiedzialności za wydarzenie, brak potrzeby obwiniania siebie lub innych, a także intensywne, spontaniczne uwolnienie emocjonalne w trakcie sesji.

Pierwsze efekty zmiany pojawiły się bezpośrednio po sesji i utrzymały się w dłuższym okresie, co zostało potwierdzone w odpowiedziach ankietowych.

Perspektywa uczestniczki wobec przeżytej traumy uległa całkowitej transformacji — zdarzenie zostało zarejestrowane w pamięci jako fakt, ale bez związanych z nim ciężkich historii emocjonalnych.

Uczestniczka deklarowała również wzrost skuteczności w radzeniu sobie z trudnymi sytuacjami w przyszłości, opisując swoje nowe strategie jako oparte na miłości, spokoju i wewnętrznej pewności siebie. W analogicznych sytuacjach odnotowała większe poczucie zaufania do siebie, łatwość w wyrażaniu swoich potrzeb i zmniejszenie poziomu stresu.



## 5.1.2 Przypadek 2

### ➤ Uczestniczka B - Opis przypadku

Imię: Beta

Wiek: 48 lata

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: średnie

Miejsce zamieszkania: Polska

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): depresja - diagnoza 10 lat temu. Od 3 lat nie bierze już leków.

Sytuacja rodzinna: rodzice żyli razem, ale „obok siebie”. Mama była „przemocowa”, jak sobie z czymś nie radziła to wszystkie dzieci dostawały „lanie”. Mama też biła tatę. Ojciec był alkoholikiem, zdradzał mamę, spał gdziekolwiek było wolne łóżko do spania. Mama bała się rozwieść ze względu na strach przed oceną innych. Tata był piekarzem, uważał, że pracuje, więc nie ma powodu się go czepiać i miał prawo się napić. Badana czuła się odsunięta, cały czas „na boku”. Wszystko działo się jakby „obok niej”. Nikt z nią nie rozmawiał. Mama była tą „gorszą”, zmuszała do pilnowania pijanego taty, aby nie popełnił samobójstwa. Tata był miłszy, czasem nawet bronił jej i siostry przed przemocą fizyczną ze strony mamy. Badana pamięta, że tata nauczył ją jeździć na rowerze, zbierać grzyby. Jednak to właśnie tata stosował na Badanej przemoc seksualną z pełnym stosunkiem. Badana ma jednego starszego brata, jedną starszą od siebie siostrę i dwie młodsze siostry o 6 i 8 lat.

Zdarzenie molestowania, którego doświadczyła Uczestniczka B zaczęło się, gdy miała 5-6 lat. Do zdarzenia z tatą doszło kilka razy, gdy on był pijany i wrócił po pracy z piekarni kładąc się obok niej w łóżku. Ostatni raz, który zakończył serię zdarzeń miał miejsce, gdy weszła do pokoju mama badanej. Zarówno tata jak i badana zostali pobici przez mamę i zwyzywani. Wówczas Badana poczuła po raz pierwszy, że to jej wina. Mama nigdy więcej nie chciała rozmawiać o zaistniałej sytuacji i miała być ona przemilczana.

Badana jako dorosła próbowała rozmawiać o tym z rodzeństwem, pytając również siostry, czy miały podobne doświadczenia, jednak wszyscy tłumaczyli ojca, że był pijany. Badana podzieliła się swoim doświadczeniem z mężem i synem, który miał wówczas 16-17 lat, jednak rodzina powiedziała jej synowi, że „wymyśla”. Ta rozmowa odbyła się także w obecności taty, który jedynie milczał. Oboje chcieli się przytulic na koniec, a tata jedynie dodał, żeby Badana



„już nie pamiętała więcej”. Tata Badanej obecnie nie żyje. Mama żyje, Badana nie czuje już tak mocnego strachu przed matką jak wtedy, gdy była dzieckiem, jednak nie czuje potrzeby kontaktu.

Przeżyte doświadczenia bardzo wpływają na relację małżeńską Badanej. Pojawia się uczucie Kamienia, strach przed zbliżeniem seksualnym. Badana bała się odmówić i miała poczucie powinności, jednak od kilku lat będąc w rozwoju osobistym i duchowym, świadomie i wspólnie z mężem pracują w tym obszarze ich wspólnego życia.

Badana zaczynała od spotkań DDA, ale nie czuła poprawy. 10 lat temu szukała pomocy w kwestii seksu u terapeuty od uzależnień. Następnie pracowała z Panią seksuolog. Następnie psychoterapia, aż w końcu alternatywna metoda TRE (praca z ciałem), rozwój osobisty, Ustawienia Berta Hellingera i sesja Embrace Therapy®. Wówczas na sesji ET® pracowała nad emocjami dotyczącymi zbliżenia, które z poczucia „kamienia” zeszyły z żołądka (strach) i rozpuściły się do poczucia dyskomfortu bez poczucia ciężkości w żołądku.

Do badania na rzecz niniejszej pracy badana zgłosiła się dobrowolnie z tematem „nakrycia ją z tatą przez mamę”. Dominujące emocje w tym zdarzeniu dotyczą emocji przed aktem molestowania oraz po wejściu mamy. Emocje i stany przed: paraliż, blokada, niemy krzyk, strach, bezsilność, pustka, złość – „dlaczego ja?”. Emocje i stany po wejściu mamy: smutek, żal, wstyd, poczucie winy, niemoc, beznadzieja (bez szans na zmianę czegokolwiek).

### ➤ Wyniki testów psychologicznych przed sesją

#### **Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki B wskazują na:

- Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi traumami (średnia 2,37)
- Umiarkowany poziom pobudzenia (średnia 2,0),
- Niski poziom unikania (1,28)

Uzyskany profil sugeruje, że uczestniczka mimo wcześniejszej pracy rozwojowej nad sobą, nadal doświadcza emocjonalnych powrotów do traumatycznego doświadczenia w postaci intruzji i umiarkowanego pobudzenia, przy jednoczesnym niskim poziomie strategii unikania.



Może to świadczyć o częściowej integracji przeżytej traumy przy zachowanym wysokim poziomie świadomości własnych emocji.

### **KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują, że Uczestniczka B doświadcza umiarkowanego poziomu napięcia emocjonalnego (sten 5), który mieści się w zakresie normy. Oznacza to, że reakcje emocjonalne badanej w odpowiedzi na trudne sytuacje są zauważalne, jednak nie przybierają skrajnej postaci i zazwyczaj podlegają samoregulacji. Stres zewnętrzny osiągnął niską wartość (sten 2), co wskazuje na niski poziom podatności na stresory środowiskowe. Badana nie odczuwa silnej presji ze strony otoczenia, a relacje społeczne, obowiązki oraz sytuacje społeczne nie stanowią dla niej źródła znacznego napięcia. Może to oznaczać adekwatne mechanizmy radzenia sobie lub skuteczną separację emocjonalną od stresorów zewnętrznych. Stres intrapsychiczny wyniósł (sten 4), klasyfikuje się na dolnej granicy przeciętnego poziomu. Wskazuje to na stosunkowo niewielką tendencję do wewnętrznych konfliktów, napięcia psychicznego i samoobwiniania. Chociaż mogą pojawiać się epizody niepokoju czy refleksji obciążających psychicznie, nie mają one charakteru dominującego ani przewlekłego. Wynik w skali kłamstwa (sten 1) jednoznacznie wskazuje na wysoką szczerłość i autentyczność udzielonych odpowiedzi. Badana nie próbowała przedstawiać się w lepszym świetle ani unikać odpowiedzi ujawniających wewnętrzne przeżycia. Wynik ogólny wyniósł 54 punkty (sten 3), co klasyfikuje się w niskim zakresie stresu w populacji normatywnej. Profil Uczestniczki B sugeruje ogólnie niskie obciążenie stresem z niewielkimi trudnościami emocjonalnymi. Może doświadczać napięcia emocjonalnego, jednak nie przekłada się ono na istotne zaburzenia funkcjonowania. Wysoka szczerłość odpowiedzi pozwala uznać profil za wiarygodny. Wyniki mogą świadczyć o dobrej adaptacji psychicznej oraz o obecności efektywnych strategii radzenia sobie z trudnościami.

### **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki B wskazują na wysoki poziom samooceny (7 sten). Wynik ten świadczy o pozytywnym obrazie siebie oraz wysokim poziomie akceptacji własnej osoby. Wysoka samoocena jest spójna z wcześniejszym zaangażowaniem Uczestniczki B w rozwój osobisty i duchowy oraz zdolność do pozytywnego postrzegania siebie mimo przeszłych doświadczeń traumatycznych.



## EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki B wskazują na przeciętny poziom neurotyczności (sten 5), oraz poziomu ekstrawersji (sten 5) oraz bardzo wysoki poziom psychotyczności (sten 10) jak również kontroli autoprezentacji na skali kłamstwa (sten 10). Skala kłamstwa osiągnęła również wysoki wynik (sten 10). Wysoki wynik skali kłamstwa może świadczyć o tendencji do przedstawiania siebie w lepszym świetle lub o silnej kontroli nad ujawnieniem emocji. Profil osobowości sugeruje znaczne mechanizmy obronne i wyraźną potrzebę ochrony własnej integralności emocjonalnej.

## BDI Skala Depresji Beck'a

W Skali Depresji Beck'a Uczestniczka B uzyskała wynik 3 punktów, co kwalifikuje się do kategorii braku objawów depresyjnych. Wynik ten świadczy o stabilnym nastroju emocjonalnym i jest spójny z wcześniejszym zaangażowaniem uczestniczki w pracę nad własnym rozwojem osobistym i emocjonalnym.

Tabela 4. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki B

Test psychologiczny	Wynik	Interpretacja
IES-R: Intruzje	2,37 (średnia)	Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	2,0 (średnia)	Niski poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	1,28 (średnia)	Bardzo niski poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	20 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	15 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	18 pkt (4 sten)	Niski poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	32 pkt (7 sten)	Wysoki poziom samooceny
BDI: Depresja	3 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	15 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	15 pkt (4 sten)	Przeciętny poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	17 pkt (10 sten)	Wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	18 pkt (10 sten)	Wysoka kontrola autoprezentacji



### 3. EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.

Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka B – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji

Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

*„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak znużenia, głębokiego niewyspania. Widoczne duże artefaktu w F3 i F4 w pierwszej rundzie, wpływają one również na falę Theta. Proponuję w przyszłości zwrócić uwagę na mruganie oczu w trakcie testu Easy Biofeedback. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztargnieniem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Zaniżone wartości dotyczą wszystkich wartości. Taki wynik oznacza problem ze zmęczeniem, chęć odpoczynku. Amplituda fali SMR jest za niska w każdym odprowadzeniu (min. 1,5uV dla dorosłego). Oznacza to brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Większą podatność na stres. Amplituda fali Beta 1 jest za niska w każdym odprowadzeniu (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Zaniżona wartość występuje we wszystkich amplitudach. Wskazuje to na zaburzenia koncentracji, skupienia, wykonywania skomplikowanych czynności. Amplituda fali Beta 2 jest w normie (max. 1uV). Tylko w dwóch odprowadzeniach wartość amplitudy jest za wysoka. Oznacza to minimalny problem ze stresem "dnia codziennego". Fala HiBeta jest w normie (max 1uV). Tylko w dwie amplitudy są za wysokie. Oznacza to mały problem ze stresem przewlekłym, pomijalny. Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)”.*





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka B

ID kontaktu: BF000108 Numer badania: E509  
Data urodzenia: 1975.11.19 Analizowany kanał: C3  
Wiek w dniu treningu: 48 lat Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 14:15:17

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	3.67 (79.7%)	1.86 (40.4%)	1.14 (24.7%)	0.76 (16.5%)	0.80 (17.3%)	0.76 (16.5%)	0.93 (20.1%)	0.58 (12.6%)	4.61
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	3.35 (79.2%)	1.61 (38.2%)	1.16 (27.5%)	0.78 (18.3%)	0.81 (19.1%)	0.70 (16.5%)	0.85 (20.0%)	0.51 (12.0%)	4.23
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	4.82 (82.0%)	2.20 (37.4%)	1.35 (23.0%)	0.97 (16.5%)	1.02 (17.3%)	0.91 (15.4%)	1.13 (19.3%)	0.76 (12.9%)	5.87
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	3.70 (79.1%)	1.83 (39.3%)	1.20 (25.7%)	0.79 (16.9%)	0.97 (20.9%)	0.79 (17.0%)	0.90 (19.3%)	0.58 (12.4%)	4.67
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	7.40 (87.7%)	3.11 (36.9%)	1.60 (19.0%)	0.90 (10.7%)	0.87 (10.3%)	0.90 (10.7%)	1.13 (13.5%)	0.71 (8.4%)	8.43
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	3.10 (76.2%)	1.59 (39.1%)	1.26 (30.9%)	0.76 (18.7%)	0.79 (19.4%)	0.69 (17.1%)	0.91 (22.4%)	0.57 (14.0%)	4.07
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	10.04 (80.1%)	3.91 (31.2%)	2.19 (17.5%)	1.80 (14.4%)	2.03 (16.2%)	2.34 (18.6%)	3.96 (31.6%)	2.76 (22.0%)	12.53
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RHS}$	5.87 (81.3%)	2.57 (35.6%)	1.86 (25.7%)	1.30 (17.9%)	1.33 (18.5%)	1.12 (15.5%)	1.46 (20.2%)	0.92 (12.7%)	7.23

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 3. Raport z badania przed sesją – Przypadek 2. Wyniki początkowe

- Uczestniczka B – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace Therapy®.

Wyniki końcowe:

„Wszystkie wartości fal Delta, Theta, Alfa, SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta i Gamma zostały obniżone. Widocznie widać, że po 45 minutach nastąpiło obniżenie napięcia fal. Amplitudy poszczególnych fal zostały umiarkowanie obniżone”.

- Najbardziej znaczący spadek dotyczy fal HiBeta ( $-0,49 \mu V$ ), co sugeruje zauważalne obniżenie napięcia/stresu.
- W pasmach Delta i Theta (głębsze procesy podprogowe) również mamy umiarkowane obniżenie amplitud – co świadczy o wyjściu z trybu rozproszenia i większej stabilizacji neurofizjologicznej.
- W wyższych pasmach Alpha i SMR zmiany są raczej nieznaczne, co jest korzystne – utrzymanie aktywności Alpha przy wyciszeniu HiBeta to znak, że relaksacja zachodzi bez nadmiernego spowolnienia.



# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka B



ID kontaktu: BF000108 Numer badania: E511  
Data urodzenia: 1975.11.19 Analizowany kanał: C3  
Wiek w dniu treningu: 48 lat Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 15:00:58

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.05 (81.6%)	1.32 (35.3%)	0.91 (24.3%)	0.63 (16.8%)	0.75 (20.2%)	0.71 (18.9%)	0.69 (18.3%)	0.41 (10.9%)	3.74
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.75 (69.4%)	0.98 (39.0%)	0.75 (29.8%)	0.54 (21.4%)	0.67 (26.5%)	0.67 (26.5%)	0.66 (26.4%)	0.37 (14.8%)	2.52
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.93 (69.1%)	1.00 (35.8%)	0.82 (29.3%)	0.64 (22.7%)	0.80 (28.7%)	0.75 (26.7%)	0.76 (27.1%)	0.48 (17.2%)	2.80
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.61 (64.7%)	0.96 (38.8%)	0.82 (33.2%)	0.61 (24.4%)	0.73 (29.3%)	0.73 (29.5%)	0.64 (25.9%)	0.36 (14.6%)	2.48
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	10.25 (91.9%)	3.56 (31.9%)	1.70 (15.3%)	0.96 (8.6%)	0.92 (8.2%)	0.91 (8.1%)	0.96 (8.6%)	0.55 (4.9%)	11.16
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.69 (72.3%)	1.57 (42.1%)	1.18 (31.6%)	0.69 (18.6%)	0.74 (19.8%)	0.84 (22.4%)	0.90 (24.2%)	0.50 (13.3%)	3.73
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	10.35 (86.5%)	3.76 (31.4%)	2.09 (17.5%)	1.35 (11.3%)	1.60 (13.4%)	1.69 (14.1%)	2.57 (21.5%)	1.89 (15.8%)	11.96
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	4.28 (78.1%)	1.97 (35.9%)	1.50 (27.4%)	1.00 (18.2%)	1.09 (19.9%)	1.12 (20.4%)	1.27 (23.1%)	0.75 (13.8%)	5.48

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 4. Raport z badania po sesji – Przypadek 2. Wyniki końcowe

### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

Podczas sesji Embrace Therapy® uczestniczka B konfrontowała się z głęboko zakorzenionym lękiem, wstydem i emocjonalnym wycofaniem związanym z bliskością i seksualnością. W trakcie pracy emocjonalnej nastąpiło intensywne uwolnienie wcześniejszych emocji: strachu, niechęci, poczucia winy i poniżenia. Zmiana emocjonalna obejmowała przejście od automatycznych, obronnych reakcji do świadomego kontaktu ze sobą, swoim ciałem i własnymi emocjami. Po sesji uczestniczka odczuwała wyraźną zmianę perspektywy — z pozycji osoby zamkniętej i wycofanej do pozycji osoby otwartej, świadomej i obecnej w kontakcie z własnymi potrzebami.

### ➤ Subiektywne odczucia po sesji



Bezpośrednio po sesji uczestniczka B doświadczała intensywnego poczucia mocy, siły i energii życiowej. Towarzyszyło temu głębokie poczucie połączenia z własnym ciałem, wewnętrzna pełnia, spokój emocjonalny oraz wzrost witalności. Uczestniczka wskazywała na większą otwartość emocjonalną, zdolność do świadomego doświadczania bliskości bez wcześniejszych napięć i lęków oraz na odzyskanie poczucia kontroli nad własnymi emocjami i ciałem

### ➤ Ocena w ankiecie ewaluacyjnej

Ankieta ewaluacyjna przeprowadzona dwa miesiące po sesji Embrace Therapy® wskazuje na znaczące i trwałe zmiany w funkcjonowaniu emocjonalnym uczestniczki B.

Uczestniczka odnotowała wyraźną zmianę w podejściu do problemu, który wcześniej wiązał się z lękiem, wstydem i niechęcią w kontekście bliskości seksualnej. Po sesji zmniejszyło się napięcie emocjonalne, zniknęło poczucie przymusu, a w jego miejsce pojawiła się większa świadomość własnych potrzeb, otwartość na bliskość oraz poczucie spokoju i normalności.

Uczestniczka uwolniła emocje związane z wcześniejszym doświadczeniem — przestała czuć wstyd, strach i poniżenie związane z bliskością. Deklarowała, że efekty emocjonalne pojawiły się już podczas sesji i utrzymywały się stabilnie w czasie, wzmacniając poczucie swobody, lekkości i zdolności do czerpania przyjemności z relacji.

Zmiana perspektywy polegała na odejściu od automatycznych, schematycznych zachowań podczas bliskości na rzecz świadomego kontaktu z własnymi potrzebami emocjonalnymi i cielesnymi.

W wyniku pracy terapeutycznej uczestniczka nauczyła się skuteczniej radzić sobie z trudnymi emocjami, zyskała większe zaufanie do siebie i swojego ciała oraz rozwinęła nowe strategie budowania zdrowych granic emocjonalnych.

W analogicznych sytuacjach po sesji uczestniczka odczuwała mniejsze napięcie emocjonalne, zwiększoną akceptację siebie oraz większe poczucie bezpieczeństwa w relacjach z bliskimi. Deklarowała mniej dramatyzowania, większe zaufanie i akceptację emocji, oraz zdolność do świadomego przeżywania trudnych sytuacji bez poczucia wewnętrznej tragedii.



### 5.1.3 Przypadek 3

#### ➤ Uczestniczka C - Opis przypadku

Imię: Gamma

Wiek: 45 lata

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: wyższe

Miejsce zamieszkania: Polska

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): Łuszczycyca od 38 r.ż.

Sytuacja rodzinna: rodzice byli razem i są do tej pory. Tata nieobecny duchem, nie da się być z nim blisko. Mama całe życie w depresji i też nieobecna. Mama niepijąca, tata sporadycznie sięgający po alkohol, jednak po spotkaniach z kolegami, tata musiał spać w garażu. Badana ma dwóch młodszych od siebie braci o 2 i 4 lata. Oni trzymali się razem, a ona była odosobniona. Zmieniło się to jak wszyscy dorośli, lecz każdy poszedł w swoją stronę. Badana czuła się wspierana przez dziadków od strony taty i jak twierdzi: „chyba dlatego przetrwała to wszystko”. Dziadków nie znała, gdyż mama mamy zmarła, gdy mama miała 8 lat, a dziadek, gdy badana miała 2,5 roku. Badana ma ciepłą relację z tatą, choć jak mówi „on żyje w swoim świecie”. Badana uważa, że mama nadal jej nie widzi, a innych owszem tak. Podczas rozmów telefonicznych matka badanej pyta o innych, ale nie o to co u niej.

Zdarzenie molestowania miało miejsce dwa razy, gdy Uczestniczka C miała 6 lat. Osobą dopuszczającą się molestowania był jej kuzyn, który miał 11 lat. Badana została zmuszona do kontaktu oralnego i do dotyku miejsc intymnych. Badana podczas wywiadu mówi, że czuje jakby to było wczoraj, choć po tej rozmowie już czuje lekką ulgę.

O zdarzeniu nie powiedziała nikomu ze strachu, że pomyślała, iż to ona sprowokowała kuzyna. Jestem pierwszą osobą, której Badana się zwierza i ma pełną akceptację na to, że nasza wspólna praca znajdzie swoją cegiełkę w pracy nad metodą ET®. Badana bała się powiedzieć komukolwiek również dlatego, że rodzina, w której się wychowywała była bardzo religijna, a mama jak mówi badana, żyła jak zakonnica. Mówi, że została poczęta miesiąc przed ślubem, a jej mama czuła się jakby była zgwałcona i brudna. Seksualność w domu była wielkim tabu i opowiedzenie komukolwiek o tym zdarzeniu molestowania mogłoby przynieść w domu hańbę. W poczuciu badanej pojawia się także poczucie winy, gdyż podczas zdarzenia molestowania, jej ciało poczuło „dreszczyk podniecenia”, ale już dziś jako dorosła „ma na to zgodę”. Dziś znając losy dorosłego kuzyna, badana mu współczuje karmy/kary. Pojawia się silne poczucie



złości na rodziców, że jednak nie mogła mieć w nich oparcia i zaufania do siebie, żeby jednak im o tym powiedzieć.

Badana uważa, że wydarzenia te wpłynęły na jej relacje z mężczyznami. Pierwszy mąż był „przemocowy”, drugi mężczyzna był „narcyzem”, a z trzecim partnerem jest dobrze, choć ciężko jest badanej przyjąć od niego dobro, które jej daje. Mówi, że ma problemy z zaufaniem.

Badana od lat dba o swój rozwój osobisty. Najpierw, gdy miała 17 lat leczyła się na anoreksję i chodziła 3 x w tygodniu do psychoterapeuty, ale nie poruszyła nigdy molestowania, bo psychoterapeuta nigdy jej o to nie zapytał. Brała także udział w wielu wydarzeniach rozwojowych i kursach. Aktywnie się rozwija osobowościowo i duchowo.

#### ➤ Wyniki testów psychologicznych przed sesją

#### **Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki C wskazują na:

- Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi wydarzeniami (średnia 2,0)
- Umiarkowany poziom pobudzenia (średnia 2,14),
- Umiarkowany poziom unikania (1,57)

Uzyskany profil sugeruje, że uczestniczka doświadczyła emocjonalnych powrotów do przeżytej traumy w postaci umiarkowanego poziomu intruzji i pobudzenia, przy umiarkowanej tendencji do unikania myślenia o wydarzeniu. Wyniki mogą świadczyć o częściowym przepracowaniu doświadczenia traumatycznego przy zachowanym jednak pewnym poziomie emocjonalnego obciążenia.

#### **KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują, że Uczestniczka C doświadcza średniego poziomu napięcia emocjonalnego (sten 3), co może oznaczać umiarkowaną reaktywność emocjonalną wobec stresujących bodźców. Taki wynik sugeruje, że uczestniczka potrafi w większości sytuacji utrzymać emocje pod kontrolą, jednak może czasami doświadczać napięcia emocjonalnego, szczególnie w bardziej wymagających kontekstach interpersonalnych lub życiowych. Stres zewnętrzny został oceniony na niskim poziomie (sten 2), co oznacza niski



poziom odczuwanego stresu ze strony otoczenia. Uczestniczka prawdopodobnie nie postrzega otoczenia jako źródła presji ani zagrożenia. Może to wskazywać na dobrą adaptację do wymagań środowiskowych oraz przekonanie o wpływie na sytuacje zewnętrzne. Stres intrapsychiczny osiągnął również niską wartość (sten 2), co świadczy o niskiej podatności na wewnętrzne napięcia, konflikty emocjonalne, czy trudności związane z samooceną. Wynik ten sugeruje, że Uczestniczka C posiada względnie stabilne poczucie wewnętrznej spójności, a w sytuacjach trudnych nie ma skłonności do nadmiernego samoobwiniania czy rozdźwięku wewnętrznego. Wynik w skali kłamstwa (sten 6) znajduje się powyżej średniej, co może sugerować pewną tendencję do prezentowania się w nieco korzystniejszym świetle. Uczestniczka C mogła częściowo świadomie lub nieświadomie minimalizować swoje reakcje stresowe w odpowiedziach – co warto uwzględnić w dalszej analizie i interpretacji. Całkowity wynik ogólny wyniósł 45 punktów (sten 3), co plasuje się w niskim zakresie stresu w populacji normatywnej. Taki wynik wskazuje, że ogólny poziom doświadczanego stresu przez Uczestniczkę C jest stosunkowo niski, co może świadczyć o skutecznych strategiach radzenia sobie lub o aktualnym braku ekspozycji na trudne sytuacje. Profil stresowy Uczestniczki C ukazuje osobę, która w relatywnie małym stopniu doświadcza stresu – zarówno w kontekście emocjonalnym, zewnętrznym, jak i wewnętrznym. Wyniki te wskazują na dobrą równowagę emocjonalną i stabilność psychiczną, jednak nieco zawyżony wynik w skali kłamstwa może sugerować potrzebę utrzymania pozytywnego obrazu siebie lub unikanie trudnych treści emocjonalnych. Może to oznaczać częściowe wycofanie się z kontaktu z głębszymi emocjami, co również należy brać pod uwagę przy interpretacji całościowego obrazu funkcjonowania psychicznego.

### **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki C wskazują na przeciętny wynik samooceny (5 sten), czyli o umiarkowanym, normatywnym obrazie siebie, bez wyraźnych skrajności ani w kierunku niskiej, ani zawyżonej samooceny. Przeciętny wynik samooceny może oznaczać realistyczne postrzeganie własnej wartości, przy jednoczesnej otwartości na dalszy rozwój emocjonalny.

### **EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a**

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki C wskazują na bardzo niski poziom neurotyczności (sten 2), oraz przeciętny poziom ekstrawersji (sten 5) oraz na wysoki poziom psychotyczności (sten 8) jak również na przeciętny poziom kontroli autoprezentacji na skali



kłamstwa (sten 5). Skala kłamstwa osiągnęła również wysoki wynik (sten 10). Profil Uczestniczki C wskazuje na bardzo niską tendencję do przeżywania lęku, napięcia czy emocjonalnej niestabilności. Jednocześnie charakteryzuje się ona przeciętną towarzyskością i umiarkowaną otwartością w kontaktach społecznych. Wysoki wynik w skali psychotyczności sugeruje zwiększoną sztywność emocjonalną, niezależność oraz mniejszą podatność na podporządkowanie się normom społecznym. Przeciętny wynik w skali kłamstwa świadczy o szczerości i umiarkowanej kontroli w sposobie autoprezentacji.

### BDI Skala Depresji Beck'a

W Skali Depresji Beck'a Uczestniczka B uzyskała wynik 0 punktów, co kwalifikuje się do kategorii braku objawów depresyjnych. Uczestniczka C przed rozpoczęciem procesu badawczego nie przejawiała objawów depresji. Jej wynik świadczy o stabilnym stanie emocjonalnym, bez tendencji do obniżonego nastroju czy objawów depresyjnych.

*Tabela 5. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki C*

<b>Test psychologiczny</b>	<b>Wynik</b>	<b>Interpretacja</b>
IES-R: Intruzje	2,0 (średnia)	Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	2,14 (średnia)	Umiarkowany poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	1,57 (średnia)	Umiarkowany poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	15 pkt (3 sten)	Niski poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	15 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	15 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	29 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom samooceny
BDI: Depresja	0 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	4 pkt (2 sten)	Bardzo niski poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	13 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	12 pkt (8 sten)	Wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	9 pkt (15 sten)	Przeciętny poziom kontroli autoprezentacji



➤ **EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®**

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.

Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka C – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

*„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak znużenia, głębokiego niewyspania. W odprowadzeniach czołowych zauważamy podwyższone wartości. Może to oznaczać artefakty lub początkowe zmęczenie wysiłkiem umysłowym. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztargnieniem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Zaniżone wartości dotyczą 5 na 8 amplitud, czyli nie jest to dużym problemem. Taki wynik może oznaczać lekkie zmęczenie i niewyspanie. Amplituda fali SMR jest za niska (min. 1,5uV dla dorosłego). Możliwy brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Amplituda fali Beta 1 jest za niska (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Zaniżona wartość występuje w 4 na 8 amplitud. Wskazuje to na nieduże problemy z brakiem koncentracji, skupienia i pracy. Amplituda fali Beta 2 za wysoka we wszystkich odprowadzeniach (max. 1uV). Oznacza to zdecydowany stres, napięcie, problem z wykonywaniem pracy i nauki. Fala HiBeta jest za wysoka we wszystkich odprowadzeniach (max 1uV). Będzie to oznaczać napięcie, stres przewlekły, wysoko utrzymujący się poziom stresu przez długi czas. Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)”.*





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka C

ID kontaktu: BF000109 Numer badania: E513  
Data urodzenia: 1979.02.11 Analizowany kanał: C3  
Wiek w dniu treningu: 45 lat Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 15:44:44

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.57 (50.9%)	0.97 (31.5%)	1.30 (42.0%)	0.77 (24.8%)	0.82 (26.6%)	1.18 (38.2%)	1.22 (39.4%)	0.55 (17.9%)	3.09
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.58 (31.0%)	1.73 (33.8%)	3.35 (65.6%)	1.34 (26.2%)	1.74 (34.1%)	1.57 (30.8%)	1.34 (26.2%)	0.54 (10.6%)	5.10
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.76 (62.5%)	1.65 (37.2%)	1.49 (33.7%)	0.93 (21.0%)	1.05 (23.8%)	1.33 (30.2%)	1.61 (36.5%)	0.79 (17.8%)	4.42
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.45 (42.8%)	1.99 (34.8%)	3.34 (58.3%)	1.38 (24.1%)	1.74 (30.4%)	1.79 (31.3%)	1.71 (29.9%)	0.74 (13.0%)	5.72
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.89 (57.0%)	1.66 (32.7%)	1.79 (35.4%)	1.14 (22.4%)	1.25 (24.6%)	1.79 (35.3%)	2.02 (39.9%)	1.12 (22.1%)	5.07
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.71 (37.1%)	2.14 (29.4%)	4.85 (66.5%)	1.79 (24.5%)	2.41 (33.0%)	1.94 (26.7%)	1.99 (27.3%)	0.97 (13.4%)	7.29
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.49 (67.5%)	2.50 (30.8%)	2.14 (26.3%)	1.81 (22.3%)	2.08 (25.5%)	2.28 (28.1%)	2.83 (34.8%)	2.09 (25.7%)	8.13
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.30 (50.4%)	2.62 (30.8%)	5.23 (61.3%)	1.82 (21.3%)	2.41 (28.2%)	2.04 (23.9%)	2.31 (27.0%)	1.19 (14.0%)	8.53

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 5. Raport z badania przed sesją – Przypadek 3. Wyniki początkowe

- Uczestniczka C – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace Therapy®.

#### Wyniki wyjściowe:

„Wykonanie drugiego testu po 1 godzinie pokazuje obniżenie wartości amplitud w falach Delta, Theta, SMR, Beta 2, Hi Beta i Gamma to świadczy o wyciszeniu napięcia amplitud fal mózgowych. Natomiast w falach pozytywnych Alfa i Beta 1 głównie w płatach czołowych nastąpił wzrost amplitud powyższych fal co świadczy o większej koncentracji i relaksacji”.

- W paśmie Theta (4–8 Hz), typowo powiązany z rozproszeniem i przetwarzaniem podświadomym, zaobserwowano znaczącą redukcję amplitudy w kanale F3 (z 2,45  $\mu V$  do 1,73  $\mu V$ ;  $-0,72 \mu V$ ), a także umiarkowany spadek w kanałach C4 i F4 (odpowiednio  $-0,38 \mu V$  i  $-0,34 \mu V$ ). Wskazuje to na przejście z trybu rozproszenia do stanu czuwania i integracji.
- W zakresie fal Delta (1–4 Hz) odnotowano znaczący spadek w kanale F3 (z 2,87  $\mu V$  do 2,05  $\mu V$ ;  $-0,82 \mu V$ ), co świadczy o redukcji przeciążenia emocjonalnego oraz zmniejszeniu aktywności związanej z „odcięciem” lub biernym stanem przetwarzania.



- W paśmie HiBeta (23–34 Hz), powiązany z napięciem emocjonalnym i stresem, odnotowano znaczącą redukcję amplitudy w kanałach F3 (–0,53  $\mu\text{V}$ ) i F4 (–0,57  $\mu\text{V}$ ), a także umiarkowaną redukcję w kanale C4 (–0,39  $\mu\text{V}$ ). Oznacza to skuteczne wyciszenie układu współczulnego i przejście w stan równowagi autonomicznej.
- W paśmie Alpha (8–12 Hz) oraz SMR (12–15 Hz) amplitudy pozostały względnie stabilne. Brak spadków w tych zakresach może świadczyć o utrzymaniu stanu uważnego relaksu i zdolności do wewnętrznej samoregulacji.
- Suma amplitud EEG w kanałach czołowych (F3, F4) uległa widocznemu obniżeniu, co potwierdza globalne wyciszenie i regulację stanu emocjonalnego.

# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka C



ID kontaktu: BF000109      Numer badania: E515  
 Data urodzenia: 1979.02.11      Analizowany kanał: C3  
 Wiek w dniu treningu: 45 lat      Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 16:45:49

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.30 (41.9%)	0.89 (28.7%)	1.71 (55.1%)	0.89 (28.6%)	0.78 (25.1%)	1.14 (36.7%)	1.16 (37.3%)	0.43 (13.8%)	3.11
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.30 (27.3%)	1.60 (33.5%)	3.21 (67.2%)	1.34 (28.0%)	1.55 (32.3%)	1.40 (29.2%)	1.37 (28.6%)	0.50 (10.4%)	4.78
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.57 (49.5%)	0.99 (31.1%)	1.23 (38.7%)	0.84 (26.3%)	0.87 (27.3%)	1.19 (37.2%)	1.41 (44.4%)	0.54 (17.0%)	3.18
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.68 (36.1%)	1.64 (35.3%)	2.66 (57.3%)	1.29 (27.8%)	1.52 (32.7%)	1.55 (33.2%)	1.53 (32.8%)	0.56 (12.0%)	4.65
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.00 (58.3%)	1.79 (34.8%)	2.21 (42.9%)	1.22 (23.8%)	1.25 (24.4%)	1.56 (30.3%)	1.79 (34.9%)	0.81 (15.7%)	5.14
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.40 (36.6%)	2.03 (30.9%)	4.30 (65.8%)	1.70 (25.9%)	2.07 (31.7%)	1.71 (26.1%)	1.95 (29.8%)	0.74 (11.3%)	6.55
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.43 (61.4%)	1.95 (35.0%)	2.21 (39.6%)	1.31 (23.5%)	1.29 (23.1%)	1.55 (27.8%)	1.96 (35.1%)	1.04 (18.6%)	5.58
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.82 (41.4%)	2.18 (31.9%)	4.37 (64.2%)	1.70 (24.9%)	2.05 (30.1%)	1.72 (25.2%)	1.97 (29.0%)	0.83 (12.1%)	6.82

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 6. Raport z badania po sesji – Przypadek 3. Wyniki końcowe

#### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

Uczestniczka C rozpoczęła sesję z intensywnymi emocjami: strachem, lękiem, wstrętem, upokorzeniem, zaskoczeniem, wstydem oraz bezradnością na samo wspomnienie zdarzenia,



nad którym przebiegała sesja. Proces Embrace Terapy® umożliwił badanej głębokie uwolnienie od tych stanów emocjonalnych. W trakcie pracy badania stopniowo uwalniała napięcie emocjonalne, co pozwoliło jej na przejście od silnych emocji obciążających do stanu wewnętrznego spokoju i akceptacji. Podczas sesji nastąpiła również zmiana perspektywy: Uczestniczka C uzyskała większy dystans do wcześniejszych doświadczeń oraz zaczęła postrzegać sytuacje z poziomu większej siły wewnętrznej i zgody na przeszłość, bez poczucia krzywdy i bezradności.

➤ **Subiektywne odczucia po sesji**

Po zakończeniu sesji Uczestniczka C wskazywała na wyraźne odczucie spokoju, akceptacji siebie i przeszłości oraz większej wewnętrznej stabilności emocjonalnej.

➤ **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej**

W ankiecie ewaluacyjnej przeprowadzonej trzy miesiące po sesji Uczestniczka C potwierdziła utrzymanie trwałych zmian emocjonalnych i poznawczych.

Badana wskazała na większy spokój wewnętrzny oraz zdolność patrzenia z dystansem na trudne wydarzenia z przeszłości.

Badana podkreśliła, że emocje takie jak lęk, wstyd, upokorzenie czy bezradność, które towarzyszyły jej przy tym zdarzeniu i także przed sesją, zostały skutecznie uwolnione w trakcie tej jednej tylko sesji Embrace Terapy®.

Od tego czasu nie doświadczyła sytuacji analogicznych emocjonalnie, czyli wymagających interwencji emocjonalnej, ale zaznaczyła, że czuje się przygotowana do radzenia sobie z podobnymi wyzwaniami w przyszłości.

Uzyskane odpowiedzi wskazują na trwałą integrację zmiany emocjonalnej oraz na wzrost zdolności do samoświadomego i spokojnego reagowania na trudne wspomnienia.



## 5.1.4 Przypadek 4

### ➤ Uczestniczka D - Opis przypadku

Imię: Delta

Wiek: 42 lata

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: wyższe

Miejsce zamieszkania: Polska

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): Hashimoto w 2015 roku, ale już poziom hormonów wrócił do normy, mama – zdiagnozowana choroba psychiczna

Sytuacja rodzinna: Badana pochodzi z pełnego domu, w którym była jedyną córką. Tata mając trzech braci bardzo chciał mieć córkę i zapowiedział mamie, że nie poprzestanie na płodzeniu dzieci, dopóki nie pojawi się córka. Badana była pierwszą i ostatnią córką. Rodzina mieszkała w małej kawalerce. Badana wielokrotnie była świadkiem współżycia rodziców, wówczas myślała, że tata robi mamie „krzywdę”. Badana mówi, że temat seksualności dosyć wcześnie ją zaczął interesować. Gdy miała 7-8 lat oglądała po kryjomu kasety z filmami pornograficznymi. Nawet powiedziała do taty, żeby ją „zgwałcił”, ale tata odpowiedział „no co ty córeczko?”. Badana była spragniona matki, gdyż tata był blisko emocjonalnie i fizycznie.

Zdarzenie molestowania, którego doświadczyła Uczestniczka D zaczęło się w wieku, gdy badana miała 8 lat jak mówi „przekonała tatę” do „zabaw seksualnych” od dotyku, wzajemnego seksu oralnego czy pocierania się narządami płciowymi. Niejako jej dedukcja była następująca: tata mamie „robi krzywdę”, ale przecież „gwałt” ten z filmów porno = przyjemność, czyli będąc spragniona matki i jej akceptacji „podkładałam się”, żeby to ona „nie cierpiała”, a z drugiej strony chciałam być „taka jak mama”.

O zdarzeniu Badana nie poinformowała nikogo. W wywiadzie twierdzi, że na swój sposób ekscytował ją fakt, że mieli z ojcem „tajemnicę”, sekret, coś wspólnego i było to przeważające niż poczucie winy, że „uwiodła tatę”. Badana wyznaje, że była „zakochana w ojcu”, była jego oczkiem w głowie. Miała nawet pretensje do mamy, że nie może być żoną taty i żeby nie narzekała na tatę, bo ma cudownego męża. Badana mówi, że konkurowała z mamą. Była „grzecznym” dzieckiem zadawalającym oboje rodziców. Badana pragnęła akceptacji od matki i wciąż czuła się gorsza, odrzucona, porównywana do innych dzieci. Gdy dziś patrzy na sytuację z perspektywy czasu, uważa, że bardziej „robiła to” przez mamę/dla mamy niż dla



ojca. Zdarzenia molestowania trwały przez około 3 lata do 11-12 roku życia. Jak sama mówi „w pewnym momencie zaczęło mnie to już nudzić i czułam się jak typowa żona w obowiązku wobec męża”. W pewnym momencie „odrzuciła ojca”, na co on poczuł, że córka już go „nie kocha”. Badana mówi, że zorientowała się, że „coś jest nie tak”. Wtedy stała się bardziej „córeczką mamusi”. Dziś w chorobie mama badanej neguje seks, natomiast gdy badana wychodziła za mąż, matką ją dopytywała czy aby na pewno jej przyszły mąż ją zadowala. Choroba mamy powoduje wiele trudności w codziennym życiu. Rodzice mieszkają około 50 km od badanej. Widuje się z nimi raz w miesiącu.

Badana potwierdza, że zdarzenia te wpłynęły na relację z mężem, gdyż pod wieloma względami jak mówi badana, mąż przypomina jej tatę i postrzegała go jak ojca. Przekładało się to również na brak ochoty na zbliżenia seksualne. Jako nastolatka długo nie była zainteresowana współżyciem, ani zbliżeniami intymnymi, aż do czasu, gdy wszystkie koleżanki wyszły już za mąż. Badana uznała, że też musi wyjść za mąż. Mąż był i jest jedynym partnerem seksualnym badanej w jej dorosłym życiu. Zdarzenie, które zostanie poddane sesji Embrace Therapy® dotyczy „ostatniego razu”, gdy podczas spotkania rodzinnego w ogrodzie, tata zaproponował, aby poszli na spacer nad staw. Badana wiedziała po co tam idzie. Towarzyszące uczucia to strach, że ktoś ich nakryje, zobaczy, poczucie winy, wstyd, żal do siebie o słabość, bezsilność, bo starała się zadowolić tatę, ale to już było wbrew jej woli, złość na siebie, smutek, zniechęcenie, patos.

Jako dorosła badana pisała romans – książkę o sobie i o seksie. Było to dla Badanej autoterapeutyczne. Około 40 r.ż. zaczęła otwierać się na rozwój osobisty i duchowy, psychobiologię i inne alternatywne formy terapii.

#### ➤ Wyniki testów psychologicznych przed sesją

### **Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki D wskazują na:

- Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi wydarzeniami (średnia 1,62)
- Niski poziom pobudzenia (średnia 1,28),



- Bardzo niski poziom unikania (0,71)

Średni wynik ogólny 1,22 mieści się w niskim stopniu nasilenia objawów i może wskazywać na częściowe opracowanie emocjonalne doświadczenia. Interpretacja sugeruje, że Uczestniczka D wykazuje niewielką aktywację objawów stresu pourazowego, z umiarkowanym wpływem emocjonalnym intruzji, przy niskim poziomie napięcia fizjologicznego braku strategii unikania. Może to wskazywać na przetworzenie emocji w sposób świadomy, przy jednoczesnym utrzymaniu się pewnych śladów emocjonalnych w pamięci.

### **KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują, że Uczestniczka D doświadcza wysokiego poziomu napięcia emocjonalnego (sten 8), co oznacza, że trudne sytuacje wywołują u niej silne emocje, które mogą wpływać na funkcjonowanie codzienne i wymagają strategii zaradczych. Tak wysoki wynik świadczy o dużej wrażliwości emocjonalnej oraz prawdopodobnym przeżywaniu silnych, intensywnej reakcji afektywnych. Stres zewnętrzny (sten 6) wskazuje na wyższy niż przeciętny poziom odczuwania presji ze strony środowiska zewnętrznego. Osoba badana może odczuwać, że otoczenie stawia przed nią zbyt duże wymagania lub nie zapewnia wystarczającego wsparcia, co skutkuje nasilonym poczuciem stresu w relacjach społecznych lub zawodowych. Stres intrapsychiczny osiągnął wartość niską (sten 3), co oznacza niską podatność na konflikty wewnętrzne, napięcia psychiczne i samoobwinianie. Uczestniczka D nie ma tendencji do silnych rozterek wewnętrznych, co może wskazywać na dobrą integrację emocjonalną oraz umiejętność adaptacyjnego radzenia sobie z wewnętrznymi przeżyciami. Wynik w skali kłamstwa (sten 5) wskazuje na przeciętny poziom wiarygodności odpowiedzi. Nie ma podstaw do uznania odpowiedzi za nieszczerze, jednak wynik ten może sugerować nieznaczną tendencję do kontrolowania wizerunku lub udzielania odpowiedzi w zgodzie z oczekiwaniami społecznymi. Wynik ogólny wyniósł 62 punkty (sten 4), co plasuje się na granicy dolnej normy – wskazując na niewielki do umiarkowanego poziom stresu w porównaniu do populacji normatywnej. Profil stresu Uczestniczki D sugeruje wysoką emocjonalną reaktywność w połączeniu z umiarkowanym wpływem czynników zewnętrznych i niewielką tendencją do konfliktów wewnętrznych. Może to wskazywać na osobę głęboko przeżywającą emocje, ale z dobrze ugruntowaną tożsamością i poczuciem wewnętrznej



stabilności. Przeciętny wynik w skali kłamstwa świadczy o ogólnej autentyczności odpowiedzi, choć mogą pojawiać się drobne mechanizmy obronne w prezentacji siebie.

### **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki D mieści się w przeciętnym zakresie samooceny, co oznacza, że postrzega siebie w sposób realistyczny i umiarkowanie pozytywny. Nie występują skrajne przejawy niskiej samooceny ani przesadnego samouwielbienia. Taki wynik może sugerować stabilność obrazu siebie, choć niekoniecznie całkowitą pewność lub pełną akceptację własnej wartości. W kontekście badania można uznać, że Uczestniczka D prezentuje zdrową bazę do dalszej pracy emocjonalnej i rozwojowej.

### **EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a**

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki D wskazują na niski poziom neurotyczności (sten 4) wskazujący na relatywnie stabilne funkcjonowanie emocjonalne. Uczestniczka D nie przejawia nasilonej lęklivosti, napięcia ani skłonności do przeżywania emocjonalnej niestabilności. Może cechować ją odporność psychiczna i spokój wewnętrzny. W pomiarze dla ekstrawagancji Uczestniczka D wykazuje przeciętny wynik (sten 5), sugerujący zrównoważoną postawę wobec otoczenia. Uczestniczka może być otwarta społecznie w sprzyjających warunkach, jednak nie przejawia szczególnej potrzeby intensywnych kontaktów. Zachowuje równowagę pomiędzy potrzebą przebywania z innymi a potrzebą samotności. Uczestniczka D wykazuje wysoki poziom psychotyczności (sten 8), który może świadczyć o niekonwencjonalnym podejściu do norm i dystansie emocjonalnym. Wysoki wynik może również sugerować chłód interpersonalny, impulsywność lub trudność w przyjmowaniu norm społecznych, ale w kontekście tego badania warto interpretować go z ostrożnością jako cechę indywidualnego stylu funkcjonowania psychicznego. Na skali kłamstwa Badana uzyskała wynik powyżej przeciętnej – wysoki wynik (sten 7) co może wskazywać tendencję do kontrolowania odpowiedzi i prezentowania się w korzystnym świetle. W tym przypadku może wynikać to z wewnętrznej potrzeby spójności i samokontroli.

### **BDI Skala Depresji Beck'a**

W Skali Depresji Beck'a Uczestniczka D uzyskała wynik 2 punktów, co kwalifikuje się do kategorii braku objawów depresyjnych. Uczestniczka D nie przejawia obniżonego nastroju, pesymistycznych myśli, poczucia bezradności ani objawów somatycznych charakterystycznych dla depresji. Uzyskany rezultat świadczy o stabilnym stanie



emocjonalnym w chwili badania oraz o zdolności do pozytywnego funkcjonowania psychicznego mimo wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.

Tabela 6. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki D

Test psychologiczny	Wynik	Interpretacja
IES-R: Intruzje	1,62 (średnia)	Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	1,28 (średnia)	Niski poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	1,57 (średnia)	Umiarkowany poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	28 pkt (8 sten)	Wysoki poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	15 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	18 pkt (3 sten)	Niski poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	29 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom samooceny
BDI: Depresja	2 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	9 pkt (4 sten)	Niski poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	11 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	12 pkt (8 sten)	Wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	13 pkt (7 sten)	Wysoki poziom kontroli autoprezentacji

➤ **EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®**

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.

Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka D – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak zmęczenia, głębokiego niewyspania. W odprowadzeniach F3 i F4 w pierwszej rundzie, wartości



amplitud podwyższone w stosunku do pozostałych, są to artefakty mrugania oczami. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztargnieniem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Zaniżone wartości dotyczą wszystkich wartości. Taki wynik oznacza problem ze zmęczeniem, chęć odpoczynku. Uwagę zwracają podwyższone wartości fali Alpha w odprowadzeniach czołowych, zalecam poszerzony test, aby sprawdzić stosunek czoło - potylicy. Amplituda fali SMR jest za niska (min. 1,5uV dla dorosłego). Oznacza to brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Większą podatność na stres. Amplituda fali Beta 1 jest za niska (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Zaniżona wartość występuje we wszystkich amplitudach. Wskazuje to na zaburzenia koncentracji, skupienia, wykonywania skomplikowanych czynności. Amplituda fali Beta 2 jest za wysoka (max. 1uV). Podwyższonych jest o 5 z 8 amplitud reszta jest w górnej granicy normy. Oznacza to problem ze stresem "dnia codziennego". Fala HiBeta jest za wysoka (max 1uV). Będzie to oznaczać wysoki, przewlekły stres, napięcie umysłowe i wysokie "zużycie energii". Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)".

# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka D



ID kontaktu: BF000106 Numer badania: E504  
 Data urodzenia: 1982.06.06 Analizowany kanał: C3  
 Wiek w dniu treningu: 42 lata Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 11:05:16

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.14 (78.8%)	1.84 (35.0%)	1.42 (27.0%)	0.98 (18.6%)	0.98 (18.7%)	0.93 (17.7%)	1.26 (23.9%)	0.82 (15.7%)	5.25
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.34 (74.3%)	2.03 (34.7%)	2.13 (36.5%)	1.16 (19.8%)	1.19 (20.4%)	1.12 (19.3%)	1.34 (22.9%)	0.91 (15.6%)	5.84
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.76 (71.5%)	1.91 (36.3%)	1.50 (28.6%)	1.03 (19.7%)	1.14 (21.7%)	1.24 (23.6%)	1.56 (29.6%)	1.12 (21.4%)	5.26
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.59 (72.3%)	2.19 (34.5%)	2.11 (33.2%)	1.22 (19.2%)	1.34 (21.2%)	1.39 (22.0%)	1.77 (28.0%)	1.26 (19.8%)	6.34
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.17 (79.9%)	2.36 (36.4%)	1.75 (27.1%)	1.13 (17.4%)	1.07 (16.6%)	1.11 (17.1%)	1.42 (22.0%)	0.94 (14.5%)	6.47
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.84 (63.3%)	2.24 (36.9%)	3.03 (50.0%)	1.31 (21.6%)	1.28 (21.1%)	1.27 (20.9%)	1.42 (23.4%)	0.95 (15.7%)	6.07
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	5.11 (76.6%)	2.46 (36.8%)	1.92 (28.7%)	1.16 (17.3%)	1.21 (18.1%)	1.19 (17.9%)	1.79 (26.8%)	1.12 (16.8%)	6.67
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.12 (63.9%)	2.34 (36.3%)	3.11 (48.3%)	1.40 (21.8%)	1.40 (21.8%)	1.32 (20.4%)	1.63 (25.3%)	1.05 (16.3%)	6.45

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 7. Raport z badania przed sesją – Przypadek 4. Wyniki początkowe



- Uczestniczka D – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace Therapy®.

Wyniki końcowe:

*„Wykonanie testu nr 2 po 50 minutach pokazuje obniżenie fali Delta co stanowi pozytywną informację. Fala Theta została obniżona i tylko w punkcie F4 nastąpił wzrost o 0,03 mV. Alfa w większości została obniżona jedynie w punktach F3 i F4 przy oczach zamkniętych nastąpił delikatny wzrost tej fali. SMR spadek amplitudy w punktach C3 i C4 oraz ich wzrost w punktach F3 i F4. Beta1 spadek amplitud we wszystkich punktach. Beta2 wzrost amplitudy w punkcie F4, w pozostałych punktach widoczny spadek. HiBeta jedynie w punkcie F4 przy zamkniętych oczach nastąpił wzrost amplitudy o 0,09 mV w pozostałych punktach znaczący spadek. Gamma pokazuje obniżone amplitudy i jedynie w punktach C4 i F4 delikatny wzrost. W zapisie widać widoczny wzrost amplitud fal w płatach czołowych i spadek w pasie centralnym”.*

- W pasmach Delta i Theta odnotowano znaczące spadki amplitud, szczególnie w kanałach C3 (Delta:  $-1,43 \mu\text{V}$ ; Theta:  $-1,29 \mu\text{V}$ ), F3 (Delta:  $-1,12 \mu\text{V}$ ; Theta:  $-0,85 \mu\text{V}$ ) oraz F4 (Delta:  $-1,07 \mu\text{V}$ ). Zmiany te świadczą o przejściu ze stanu przeciążenia emocjonalnego i wewnętrznego chaosu ku większemu neurofizjologicznemu uporządkowaniu i czujności.
- W paśmie HiBeta zaobserwowano umiarkowaną redukcję amplitudy, np. w kanale F3 ( $-0,40 \mu\text{V}$ ) i C3 ( $-0,25 \mu\text{V}$ ), co wskazuje na obniżenie napięcia emocjonalnego oraz zmniejszenie pobudzenia układu współczulnego.
- W paśmie Alpha i SMR amplitudy pozostały stabilne, co może świadczyć o zachowanej zdolności do autoregulacji oraz równowagi emocjonalnej.
- Zmniejszenie sumy amplitud EEG w kanałach centralnych i czołowych potwierdza ogólne wyciszenie i regulację układu nerwowego po sesji





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka D

ID kontaktu:	BF000106	Numer badania:	E506
Data urodzenia:	1982.06.06	Analizowany kanał	C3
Wiek w dniu treningu:	42 lata	Protokół	Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.18 11:55:20

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.71 (70.5%)	1.42 (37.1%)	1.29 (33.6%)	0.89 (23.3%)	0.90 (23.4%)	0.81 (21.2%)	1.01 (26.3%)	0.66 (17.3%)	3.84
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.50 (62.7%)	1.47 (36.8%)	1.87 (47.0%)	1.01 (25.4%)	0.89 (22.3%)	0.88 (22.1%)	0.99 (24.9%)	0.64 (16.1%)	3.98
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.58 (60.1%)	1.45 (33.8%)	1.43 (33.3%)	1.00 (23.3%)	1.08 (25.2%)	1.18 (27.5%)	1.65 (38.4%)	1.16 (27.1%)	4.29
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.28 (54.7%)	1.36 (32.5%)	1.75 (41.9%)	1.01 (24.2%)	1.09 (26.1%)	1.25 (30.0%)	1.52 (36.4%)	1.11 (26.5%)	4.18
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.74 (78.0%)	2.28 (37.5%)	1.88 (30.9%)	1.19 (19.5%)	1.03 (16.9%)	0.97 (15.9%)	1.27 (20.9%)	0.86 (14.1%)	6.08
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.47 (63.5%)	1.88 (34.5%)	2.73 (50.1%)	1.33 (24.4%)	1.08 (19.8%)	1.11 (20.4%)	1.33 (24.3%)	0.90 (16.6%)	5.46
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.64 (73.0%)	2.49 (39.2%)	2.02 (31.7%)	1.30 (20.4%)	1.15 (18.0%)	1.24 (19.6%)	1.68 (26.5%)	1.11 (17.5%)	6.36
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.61 (62.0%)	1.99 (34.1%)	2.63 (45.2%)	1.41 (24.2%)	1.28 (22.0%)	1.34 (22.9%)	1.72 (29.5%)	1.28 (22.0%)	5.83

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 8. Raport z badania po sesji – Przypadek 4. Wyniki końcowe

### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

Sesja Embrace Therapy® przebiegła dynamicznie, a jej struktura pozwoliła uczestniczce na głębokie zanurzenie się w emocje, które Uczestniczka D czuła w kontekście wydarzenia „nad stawem” opisanym w opisie przypadku. Badana weszła w proces z intensywnymi emocjami – odczuwanym lękiem, smutkiem, napięciem i wewnętrzną niezgodą, które wcześniej towarzyszyły jej w kontekście trudnego wspomnienia. W trakcie sesji możliwe było ich rozpoznanie i przepracowanie. Nastąpiło wyraźne przesunięcie z perspektywy obciążającej emocjonalnie na pełniejszą akceptację sytuacji i siebie. Pojawiło się uczucie wewnętrznego ukojenia, uwolnienia oraz spójności z własnym ciałem i emocjami. Badana określiła stan po sesji jako „spokój i akceptacja”, co sugeruje zakończenie procesu zintegrowaniem emocjonalnym i odzyskaniem poczucia wpływu.

### ➤ Subiektywne odczucia po sesji

Bezpośrednio po zakończeniu sesji uczestniczka D relacjonowała wyraźną zmianę stanu emocjonalnego. Towarzyszyło jej poczucie spokoju, lekkości, głębokiej akceptacji oraz wewnętrznej wolności. Czuła się szczęśliwa, wolna i zintegrowana. W odczuciu badanej sesja



przyniosła ulgę, a także pozostawiła ją z poczuciem większego połączenia ze sobą – zarówno na poziomie psychicznym, jak i cielesnym. Była obecna w swoim ciele i świadoma własnych potrzeb emocjonalnych.

#### ➤ **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej**

W ankiecie ewaluacyjnej przeprowadzonej ponad dwa miesiące po sesji Uczestniczka D potwierdziła utrzymanie trwałych zmian emocjonalnych oraz perspektywicznych.

Badana wskazała na większy wewnętrzny spokój, poczucie pewności oraz doświadczenie zaopiekowania. Podkreśliła również, że wspomnienia wcześniejszych trudnych wydarzeń nie wywołują już w niej żadnych negatywnych emocji – „emocje są na 0”.

Z wypowiedzi uczestniczki wynika, że sesja doprowadziła do skutecznego uwolnienia emocji związanych z przeszłością oraz przyniosła trwałą zmianę – także w sposobie interpretowania zdarzeń. Uczestniczka deklaruje, że wspomnienie o pojednaniu z rodzicami pomaga jej w bieżącym radzeniu sobie z emocjami.

Choć badana nie miała okazji doświadczyć ponownie analogicznych emocjonalnie trudnych sytuacji, to stara się analizować wydarzenia z uniwersalnej perspektywy i poszukuje ich sensu, co wskazuje na rozwój w zakresie samoświadomości i zdolności autorefleksji.

Uzyskane odpowiedzi sugerują trwałą integrację zmiany emocjonalnej oraz umiejętność zachowania spokoju w kontakcie z wymagającymi wspomnieniami.

### **5.1.5 Przypadek 5**

#### ➤ **Uczestniczka E - Opis przypadku:**

Imię: Eta

Wiek: 47 lata

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: wyższe

Miejsce zamieszkania: Polska

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): brak



Sytuacja rodzinna: rodzice badanej nie byli po ślubie, ale przez pierwsze lata byli szczęśliwi i zakochani w sobie. Gdy badana miała 4 lata, tata wyleciał do USA. Mama chciała wraz z badaną polecieć za nim na jego prośbę, ale babcia – mama mamy na to nie pozwoliła. Badana czuła się bez żadnej ochrony. Z mamą w miarę dobry kontakt, ale nie badana nie ufała jej do końca, bo ta czasami ją biła ręką i wyzywała. Tata po latach wrócił do Polski, zamieszkał w innym mieście, ma żonę i dwie córki. Badana nie ma z nim kontaktu.

Zdarzenie molestowania, którego doświadczyła Uczestniczka E zaczęło się w wieku 8-9 lat. Osobą, która dopuściła się molestowania na badanej był jej ojciec chrzestny – przyjaciel domu. Był organistą, który miał około 30 lat i który uczył badaną grać na pianinie. Dopuścił się dotyku i masturbacji około pięciu razy. Badana czuła zamrożenie, skamienienie, wstyd, brak zrozumienia dla tego co się dzieje. Przez lata w badanej tkwiło poczucie „ściśniętego gardła” i strachu.

Badana bała się powiedzieć mamie, gdyż to właśnie badana już jako dziecko pełniła w swoim postrzeganiu rolę „opiekuna domu”. W odczuciu badanej, nie mogła ona pogorszyć domowej sytuacji swoją historią. Badana czuła odrazę, wstyd, dyskomfort, ale także poczucie winy, że robi coś złego. Pomyślała także o samobójstwie, ale nie chciała, aby jej kotek został sam. Przez wiele lat nie dała temu ujścia. Wszystko zamroziła w sobie, aż do 33 urodzin. Organista bywał na wszystkich świętach i urodzinach. To właśnie w 33 roku badana podczas rodzinnej uroczystości powiedziała o wszystkim swojej mamie. Mama stanęła za córką, wyzywała oprawcę od *pedofila* i urwała z nim kontakt na resztę życia. Gdy badana miała ok 20 lat, powiedziała o tym także swoim bliskim znajomym. Badana do tej pory mieszka z mamą.

Zdarzenie to mocno wpłynęło na wchodzenie w relacje z mężczyznami. Badana boi się relacji z mężczyznami, gdyż boi się odrzucenia tak jak zrobił to tata wylatując do USA. Do tej pory miała właśnie taką relację, która podobnie do czasu spędzonego z tatą (4 lata) mężczyzna nagle „zniknął”. W relacji tej zgadzała się na przekraczanie granic, np. na oglądanie pornografii. Po tej relacji jeszcze bardziej boi się mężczyzn, woli koleżanki. Od 12 lat jest sama.

W rozwoju osobistym i duchowym badana jest od 3 lat, dzięki czemu zaczęła pracę z tym tematem oraz pracą nad relacjami i zaufaniem do mężczyzn.



➤ **Wyniki testów psychologicznych przed sesją**

**Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki E wskazują na:

- Bardzo niski poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi wydarzeniami (średnia 0,5)
- Niski poziom pobudzenia (średnia 1,0),
- Niski poziom unikania (średnia 1,57)

Średni wynik ogólny 1,0 mieści się w najniższym niskim stopniu intensywności objawów pourazowych i wskazuje na brak klinicznego poziomu zespołu stresu pourazowego PTSD. Taki profil wyników wskazuje, że uczestniczka wykazuje bardzo niewielki wpływ przeżytego wydarzenia na aktualne funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze. Niskie wartości we wszystkich trzech skalach świadczą o tym, że nie odczuwa objawów z powracającymi wspomnieniami, napięciem fizjologicznym ani unikaniem tematu zdarzenia. Może to wskazywać na skuteczne przetworzenie emocji, pełne zintegrowanie doświadczenia lub efekt rozwoju osobistego i duchowego w ostatnich trzech latach.

**KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują dla Uczestniczki E wskazują przeciętny poziom napięcia emocjonalnego (sten 5). Oznacza to, że badana cechuje się umiarkowanym poziomem napięcia emocjonalnego, który nie przekracza typowych norm. Reakcje emocjonalne są adekwatne do sytuacji, a stres nie powoduje nadmiernego obciążenia psychicznego. Osoba jest w stanie regulować swoje emocje i radzić sobie z trudnościami, nie doświadczając przy tym silnych zaburzeń w funkcjonowaniu codziennym. Wynik poziom stresu zewnętrznego u Uczestniczki E plasuje się również na poziomie umiarkowanym/przeciętnym (sten 6). Taki wynik sugeruje, że badana odczuwa presję związaną z czynnikami środowiskowymi – mogą to być relacje interpersonalne, wymagania otoczenia, presja społeczna lub obowiązki zewnętrzne. Choć nie są one przytłaczające, mogą okresowo prowadzić do uczucia obciążenia i zmęczenia. Warto zwrócić uwagę, czy te czynniki nie nasilają się w momentach kryzysu. Stres intrapsychiczny utrzymywał się na poziomie niskim (sten 2). Taki poziom oznacza niewielką podatność na wewnętrzne konflikty, zaniżone



poczucie kontroli czy tendencje do samo-obwiniania. Uczestniczka wykazuje raczej dobrą równowagę emocjonalną i stabilność psychiczną, a stres nie przeradza się u niej w intensywne przeżycia intrapsychiczne. Można uznać, że ma wypracowane mechanizmy obronne lub poznawcze strategie, które pozwalają jej zachować dystans wobec problemów wewnętrznych. Wynik na skali kłamstwa (sten 4) mieści się w przeciętnej normie. Wskazuje na otwartość i szczerłość w udzielaniu odpowiedzi. Nie ma tendencji do zakłamywania wizerunku siebie ani przedstawiania się w lepszym świetle, co podnosi wiarygodność uzyskanych wyników. Całkowity wynik ogólny (59 pkt, sten 4) sugeruje, że Uczestniczka E funkcjonuje w stanie umiarkowanego obciążenia stresem, który nie przekracza normy klinicznej. Wysoka odporność na stres wewnętrzny oraz umiarkowana wrażliwość na stres zewnętrzny pozwalają na względnie stabilne funkcjonowanie emocjonalne i społeczne. Można przyjąć, że badana potrafi radzić sobie z codziennymi trudnościami i zachowuje adekwatne reakcje emocjonalne, choć presja z otoczenia może wymagać okresowego wsparcia.

### **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki E wskazuje na wysoki zakres samooceny, co świadczy o dobrym i stabilnym poczuciu własnej wartości. Uczestniczka E widzi siebie jako osobę wartościową, posiadającą pozytywne cechy i kompetencje. Wydaje się również, że ma satysfakcjonujący stosunek do siebie – potrafi odczuwać dumę ze swoich działań i osiągnięć, dostrzega swoje mocne strony oraz zachowuje wiarę we własne możliwości.

### **EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a**

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki E wskazują na niski poziom neurotyczności (sten 3) wskazujący na relatywnie stabilne funkcjonowanie emocjonalne. Wynik niski – wskazuje na osobowość raczej emocjonalnie stabilną, z niewielką skłonnością do lęku, niepokoju czy napięcia. Osoba o takim profilu zazwyczaj dobrze radzi sobie z trudnościami, nie reaguje impulsywnie i zachowuje równowagę emocjonalną. W pomiarze dla ekstrawagancji Uczestniczka E wykazuje wysoki wynik (sten 7), sugerujący cechy typowe dla osoby ekstrawertywnej: towarzyskość, otwartość, komunikatywność, łatwość w nawiązywaniu kontaktów i preferencję dla aktywności społecznych. Osoba może być energiczna i chętna do działania. Uczestniczka E wykazuje bardzo wysoki poziom psychotyczności (sten 10). Wynik ten może wskazywać na cechy takie jak impulsywność, niekonwencjonalność, trudność w dostosowywaniu się do norm społecznych, niska empatia lub buntowniczność. Wysokie wyniki w tej skali wymagają ostrożności w interpretacji – mogą, choć nie muszą, wiązać się z



trudnościami w relacjach interpersonalnych lub tendencją do zachowań opozycyjnych. Na skali kłamstwa Badana uzyskała wynik powyżej przeciętnej – wysoki wynik (sten 7) co może wskazywać tendencję do kontrolowania odpowiedzi i prezentowania się w korzystnym świetle. Może wpływać na wiarygodność niektórych odpowiedzi, jednak nie przekracza poziomu sugerującego całkowitą nieszczerłość.

### Skala Depresji Beck'a

W Skali Depresji Beck'a Uczestniczka E uzyskała wynik 0 punktów, co kwalifikuje się do kategorii braku objawów depresyjnych. Uczestniczka E nie przejawia obniżonego nastroju, pesymistycznych myśli, poczucia bezradności ani objawów somatycznych charakterystycznych dla depresji. Uzyskany rezultat świadczy o stabilnym stanie emocjonalnym w chwili badania oraz o zdolności do pozytywnego funkcjonowania psychicznego mimo wcześniejszych doświadczeń traumatycznych.

Tabela 7. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki E

Test psychologiczny	Wynik	Interpretacja
IES-R: Intruzje	0,5 (średnia)	Bardzo niski poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	1,0 (średnia)	Niski poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	1,57 (średnia)	Umiarkowany poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	21 pkt (5 sten)	Umiarkowany poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	25 pkt (6 sten)	Umiarkowany poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	14 pkt (2 sten)	Niski poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	34 pkt (7 sten)	Wysoki poziom samooceny
BDI: Depresja	0 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	7 pkt (3 sten)	Niski poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	14 pkt (5 sten)	Przeciętny poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	19 pkt (10 sten)	Bardzo wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	12 pkt (7 sten)	Wysoki poziom kontroli autoprezentacji

### ➤ EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.



Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka E – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji

Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

*„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak znużenia, głębokiego niewyspania. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztrągnięciem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Zaniżone wartości dotyczą wszystkich wartości. Taki wynik oznacza problem ze zmęczeniem, chęć odpoczynku. Amplituda fali SMR jest za niska w każdym odprowadzeniu (min. 1,5uV dla dorosłego). Oznacza to brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Większą podatność na stres. Amplituda fali Beta 1 jest za niska w każdym odprowadzeniu (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Zaniżona wartość występuje we wszystkich amplitudach. Wskazuje to na zaburzenia koncentracji, skupienia, wykonywania skomplikowanych czynności. Amplituda fali Beta 2 jest w normie (max. 1uV). Oznacza to minimalny problem ze stresem "dnia codziennego". Fala HiBeta jest za wysoka w odprowadzeniach czołowych (max 1uV). Będzie to oznaczać wysoki, przewlekły stres, napięcie umysłowe i wysokie "zużycie energii", uczucie niepokoju i zmęczenia. Podwyższone wartości w obrębie czoła sugerują napięcie mięśniowe w okolicy twarzy. Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)”.*





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka E

ID kontaktu: BF000104 Numer badania: E496  
Data urodzenia: 1977.04.06 Analizowany kanał: C3  
Wiek w dniu treningu: 47 lat Protokół: Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 11:29:27

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.22 (62.8%)	1.14 (32.2%)	1.24 (35.1%)	1.40 (39.7%)	0.74 (20.9%)	0.70 (19.8%)	1.10 (31.2%)	0.72 (20.4%)	3.54
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.15 (49.5%)	1.25 (28.7%)	2.38 (54.8%)	2.01 (46.4%)	0.82 (18.9%)	0.79 (18.3%)	1.09 (25.2%)	0.67 (15.5%)	4.34
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.67 (77.9%)	1.90 (31.7%)	1.81 (30.2%)	1.76 (29.5%)	0.93 (15.6%)	0.86 (14.3%)	1.30 (21.7%)	0.90 (14.9%)	5.99
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.61 (59.9%)	1.71 (28.3%)	3.21 (53.3%)	2.47 (41.1%)	0.97 (16.0%)	0.88 (14.6%)	1.26 (20.8%)	0.82 (13.6%)	6.02
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.09 (69.8%)	1.66 (37.6%)	1.46 (33.1%)	1.35 (30.6%)	0.82 (18.4%)	0.78 (17.6%)	1.24 (28.1%)	0.70 (15.8%)	4.42
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.50 (46.4%)	1.67 (31.0%)	3.18 (59.0%)	2.46 (45.5%)	0.93 (17.3%)	0.93 (17.3%)	1.26 (23.4%)	0.74 (13.7%)	5.40
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.09 (67.4%)	1.65 (36.1%)	1.44 (31.5%)	1.37 (29.8%)	0.98 (21.4%)	0.88 (19.3%)	1.46 (31.9%)	0.95 (20.8%)	4.58
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.72 (47.8%)	1.73 (30.5%)	3.28 (57.8%)	2.49 (43.7%)	1.05 (18.5%)	0.98 (17.3%)	1.43 (25.1%)	0.92 (16.3%)	5.69

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 9. Raport z badania przed sesją – Przypadek 5. Wyniki początkowe

- Uczestniczka E – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace

Therapy®. Wyniki końcowe:

„Wykonanie drugiego testu po 45 minutach pokazuje obniżenie wartości amplitud w falach Delta, Theta, Alfa, SMR, Beta 2, Hi Beta i Gamma to świadczy o wyciszeniu napięcia amplitud fal mózgowych. Nastąpił również nieznaczny wzrost wartości amplitud w punktach F3 fali Beta 1 co może świadczyć o wzmożonej koncentracji uwagi po sesji”.

- Bardzo wyraźna redukcja fal Theta w kanałach C3, C4, F3 i F4 (spadki od  $-0,57 \mu V$  do  $-0,81 \mu V$ ) wskazuje na zmniejszenie rozproszenia, wyciszenie wewnętrznego chaosu emocjonalnego i integrację emocjonalno-poznawczą.
- Znaczące i umiarkowane obniżenie fal Delta (najbardziej widoczne w F4:  $-0,90 \mu V$ ) sugeruje zmniejszenie przeciążenia psychicznego i przejście od stanu „przytłoczenia” ku uważnemu czuwaniu.



- HiBeta uległa jedynie nieznacznym zmianom – co może oznaczać, że napięcie emocjonalne zostało częściowo zredukowane, ale również że uczestniczka mogła być w stanie poznawczej aktywności i wewnętrznego skupienia.
- SMR i Alpha pozostały stabilne, co świadczy o utrzymaniu regulacji wewnętrznej, samokontroli i gotowości do działania.
- Suma amplitud EEG obniżyła się we wszystkich kanałach (np. C3 z 3,54  $\mu\text{V}$  do 3,22  $\mu\text{V}$ , F4 z 5,69  $\mu\text{V}$  do 5,16  $\mu\text{V}$ ), co potwierdza ogólne wyciszenie.



# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka E

ID kontaktu:	BF000104	Numer badania:	E498
Data urodzenia:	1977.04.06	Analizowany kanał:	C3
Wiek w dniu treningu:	47 lat	Protokół:	Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 12:14:28

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.14 (66.4%)	1.15 (35.6%)	1.05 (32.6%)	0.95 (29.4%)	0.76 (23.6%)	0.67 (20.9%)	0.98 (30.4%)	0.70 (21.8%)	3.22
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	1.97 (52.5%)	1.15 (30.7%)	1.87 (49.9%)	1.68 (44.8%)	0.80 (21.4%)	0.74 (19.6%)	0.98 (26.2%)	0.62 (16.6%)	3.75
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.06 (67.4%)	1.04 (34.2%)	1.05 (34.6%)	0.87 (28.6%)	0.73 (23.9%)	0.64 (20.9%)	0.91 (30.0%)	0.59 (19.2%)	3.05
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.07 (53.1%)	1.10 (28.3%)	2.24 (57.5%)	1.56 (39.9%)	0.80 (20.5%)	0.67 (17.2%)	0.91 (23.4%)	0.57 (14.6%)	3.90
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.99 (79.2%)	1.87 (37.1%)	1.37 (27.3%)	1.03 (20.5%)	0.88 (17.6%)	0.74 (14.6%)	1.11 (22.0%)	0.66 (13.1%)	5.03
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	2.90 (59.1%)	1.56 (31.8%)	2.55 (51.9%)	1.83 (37.4%)	0.94 (19.2%)	0.83 (16.9%)	1.16 (23.7%)	0.67 (13.6%)	4.91
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.41 (75.0%)	1.65 (36.2%)	1.30 (28.6%)	1.00 (21.9%)	0.92 (20.1%)	0.82 (18.0%)	1.27 (27.9%)	0.74 (16.2%)	4.55
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu\text{V}_{\text{RMS}}$	3.12 (60.4%)	1.57 (30.5%)	2.64 (51.2%)	1.89 (36.6%)	0.97 (18.8%)	0.88 (17.0%)	1.27 (24.6%)	0.74 (14.3%)	5.16

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 10. Raport z badania po sesji – Przypadek 5. Wyniki końcowe

### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

Podczas sesji Embrace Therapy uczestniczka doświadczyła silnych emocji, które wcześniej blokowały jej oddech i wywoływały duży stres związany z konkretną sytuacją. W trakcie procesu nastąpiło stopniowe uwalnianie tych emocji, co przyniosło wyraźną ulgę — zwłaszcza w obszarze ciała, który wcześniej był napięty.



### ➤ **Subiektywne odczucia po sesji**

Bezpośrednio po sesji uczestniczka E doświadczyła poczucia mocy, spokoju, spełnienia, szczęścia i akceptacji. Towarzyszyło jej wrażenie głębokiego osadzenia w sobie oraz lekkości. Czuła się silna, spokojna i zintegrowana.

### ➤ **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej**

Na podstawie ankiety przeprowadzonej 3,5 miesiąca po sesji Embrace Therapy® z uczestniczką E można wskazać następujące obserwacje dotyczące trwałości zmiany:

Uczestniczka E przyznała, że nie wracała do problemu po sesji, a jej emocje z nim związane znacznie się zmniejszyły. W trakcie sesji odczuwała blokadę w oddechu, jednak po niej pojawiła się ulga. Sama deklaruje, że gdyby nawet wróciła do tej sytuacji, stres byłby znacznie mniejszy lub nie pojawiłby się wcale.

Emocje związane z problemem zmniejszyły się według jej szacunku o 80–85%. Ich intensywność została zredukowana, co świadczy o skutecznej dekontaminacji emocjonalnej w trakcie procesu.

Uczestniczka miała trudność w określeniu momentu pojawienia się efektów i ich wpływu na życie codzienne, jednak zrelacjonowała, że po sesji czuła dużą ulgę i lekkość, szczególnie oddechową. Silne emocje z początku procesu ustąpiły. Brak powrotu do problemu w codzienności sugeruje trwałość zmiany.

Choć uczestniczka zauważyła, że stała się spokojniejsza, miała trudność w ocenie zmiany perspektywy, ponieważ po sesji nie koncentrowała się już na tym problemie. Podczas sesji czuła złość i ściskanie w piersi, ale po niej wróciła do zwykłego trybu życia z mniejszym obciążeniem emocjonalnym.

Uczestniczka zadeklarowała, że rozumie ogólny mechanizm metody, ale nie pamięta wszystkich kroków, przez co trudno jest jej samodzielnie stosować ją przy obecnych problemach.



Na ten moment nie potrafi jeszcze przełożyć metody na inne problemy. Potrzebuje więcej powtórzeń lub przećwiczenia schematu, by móc go zintegrować i stosować w nowych kontekstach emocjonalnych.

### 5.1.6 Przypadek 6

#### ➤ Uczestniczka F - Opis przypadku:

Imię: Theta

Wiek: 43 lata

Płeć: Kobieta

Wykształcenie: średnie

Miejsce zamieszkania: Anglia

Przebyte choroby (w tym psychiatryczne u osoby i u najbliższej rodziny): Badana - Twardzina – choroba tkanki łącznej. Tata badanej był leczony przez rok w szpitalu psychiatrycznym. Brak informacji na temat dokładnej diagnozy ojca.

Sytuacja rodzinna: Badana mieszkała z rodzicami w gospodarstwie. Tata był alkoholikiem i stosował przemoc fizyczną wobec niej i mamy. Uczestniczka F mówi, iż mimo to, stawiała w obronie mamy, nawet jeśli to ona miała być potraktowana z przemocą. Według badanej tata cierpiał na urojenia, gdyż wmawiał mamie ciągłe zdrady, których mama nie skuteczniała. Tata Badanej często żartował, że jest ona „znalezionym dzieckiem”, co powodowało w badanej strach i smutek. Badana jest pierwszą córką, ma jeszcze młodszego o dwa lata brata i o piętnaście lat młodszą siostrę. Uczestniczka F mówi, iż nie konkurowała z mamą o względy taty, choć to on dopuszczał się jej dotykania, a z czasem pełnej penetracji.

Pierwszy incydent molestowania Badana pamięta między 8 a 9 rokiem życia, jak zaznacza „przed komunią”. Uczestniczka F mówi, że czuła się lepsza od mamy, wyróżniona przez tatę, bo była jego ukochaną córeczką. Badana mówi, że tata ją doceniał i że czuła z nim więź. Tata oglądał przy badanej filmy pornograficzne, podczas gdy mama pracowała w gospodarstwie. Uczestniczka F pamięta jeszcze jedno zdarzenia, gdy będąc w szkole podstawowej była w szpitalu i jak mówi: „jakiś obcy facet wciągnął mnie do pewnego pokoju i chyba zgwałcił i byłam obolała”. Powiedziała o tym mamie, ale jej nie uwierzyła. Badana mówi, iż czuła się brudna i miała poczucie winy mając intymne relacje z tatą, to przyznaje, że go kochała. Tata od



2 lat nie żyje, a jako dorosła nigdy nie podjęła z nim rozmowy na ten temat. Relacja z mamą była chłodna, bo mama była sroga.

Badana nigdy nie powiedziała nikomu z rodziców o całej sytuacji, bo jak twierdzi zbyli by ją słowami: „znów coś wymyślasz”. Sytuacja, którą Uczestniczka F wybrała do pracy metodą Embrace Therapy® to, gdy miała 15 lat i widziała jak tata jej młodszą siostrę jeszcze w głębokim wózku, próbuje dotykać przyrodzeniem w okolice jej małych ust. Badana mówi, iż na to wspomnienie czuje obrzydzenie, gniew, szok, bezsilność, żal, strach, smutek, rozczarowanie, wstyd oraz poczucie winy, że jej nie ochronił.

W dorosłym życiu mieszkając już w UK, Badana mówi, że jeszcze dwa razy została bez pozwolenia wykorzystana przez mężczyzn. Ostatnią relację Badana miała przed 30 rokiem życia, ale była w niej wykorzystywana finansowo jak i zdradzana. Po roku relacja się zakończyła i od tego czasu Badana nie stworzyła nowego związku.

Od 10 lat Uczestniczka F zajmuje się swoim rozwojem osobistym i duchowym, korzystając głównie z metody Ustawień Berta Hellingera i jak mówi widzi poprawę: czuje mniejszy strach i już nie jest bardzo krytyczna wobec siebie.

Uczestniczka F zgłosiła się do badania, gdyż jak mówi: „przyszedł i na to czas oraz gotowość.”

### ➤ Wyniki testów psychologicznych przed sesją

#### **Zrewidowana Skala Zdarzeń IES-R w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik:**

Wyniki testu Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń IES-R dla Uczestniczki F wskazują na:

- Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych związanych z przeszłymi wydarzeniami (średnia 1,62)
- Umiarkowany poziom pobudzenia (średnia 2,57)
- Umiarkowany poziom unikania (średnia 2,28)

Średni wynik ogólny 2,13 przekracza próg 1,5, co wskazuje na klinicznie istotny poziom objawów zespołu stresu pourazowego (PTSD). Taki profil wyników sugeruje, że Uczestniczka F doświadcza umiarkowanego wpływu przeżytego zdarzenia na swoje obecne funkcjonowanie psychiczne, emocjonalne i poznawcze. Podwyższone wartości we wszystkich trzech skalach



świadczą o tym, że nadal występują symptomy związane z przeżytą traumą, takie jak powracające myśli i emocje, napięcie fizjologiczne oraz unikanie tematu. Może to sugerować częściowe, ale jeszcze niepełne przetworzenie doświadczenia lub aktualną aktywność emocjonalną związaną z tym zdarzeniem.

### **KPS Kwestionariusz Poczucia Sensu M. Plopy i R. Makarowskiego:**

Wyniki Kwestionariusza Poczucia Stresu (KPS) wskazują dla Uczestniczki F na wysoki poziom napięcia emocjonalnego (sten 9). Oznacza to, że badana cechuje się wyraźnie nasilonym poziomem napięcia emocjonalnego, który przekracza typowe normy. Reakcje emocjonalne mogą być intensywne i trudne do regulacji, a odczuwany stres może powodować znaczne obciążenie psychiczne. Osoba może mieć trudności z radzeniem sobie w codziennym funkcjonowaniu, szczególnie w sytuacjach stresujących, co może przejawiać się w labilności emocjonalnej, rozdrażnieniu lub nadmiernej wrażliwości. Wynik poziomu stresu zewnętrznego u uczestniczki F plasuje się na bardzo wysokim poziomie (sten 10). Taki wynik wskazuje, że badana silnie odczuwa presję związaną z czynnikami środowiskowymi – mogą to być relacje interpersonalne, wymagania otoczenia, presja społeczna lub obowiązki zewnętrzne. Czynniki te są dla niej znaczącym źródłem obciążenia, co może prowadzić do wyczerpania psychofizycznego oraz obniżonej odporności na trudności dnia codziennego. Wynik w zakresie stresu intrapsychicznego utrzymuje się na wysokim poziomie (sten 9). Taki poziom oznacza nasilone napięcia wewnętrzne, obniżone poczucie kontroli, nasilone przeżycia emocjonalne oraz tendencje do samoobwiniania. Uczestniczka może przejawiać intensywne reakcje emocjonalne i trudności z ich wyciszaniem. To może świadczyć o obecności silnych konfliktów wewnętrznych lub wzorców myślowych utrudniających adaptację do sytuacji stresowych. Wynik na skali kłamstwa (sten 1) mieści się poniżej przeciętnej i wskazuje na niską otwartość oraz możliwą tendencję do zakłamywania wizerunku siebie. Może to oznaczać, że uczestniczka nie udzielała w pełni szczerych odpowiedzi, co obniża trafność interpretacyjną pozostałych skal. Wynik ten może sugerować obronne postawy wobec samooceny lub niechęć do ujawniania trudności emocjonalnych. Całkowity wynik ogólny (101 pkt, sten 9) wskazuje, że uczestniczka F funkcjonuje w stanie wysokiego obciążenia stresem, który przekracza normy kliniczne. Obciążenie to wynika zarówno z presji otoczenia (stres zewnętrzny), jak i przeżyć emocjonalnych (stres intrapsychiczny i napięcie emocjonalne). Taki stan może wpływać na jakość życia, relacje interpersonalne oraz ogólne poczucie dobrostanu. Uczestniczka może potrzebować wsparcia w zakresie regulacji emocji i wzmocnienia zasobów radzenia sobie ze stresem.



## **SES Skala Samooceny M. Rosenberga**

Wyniki Skali Samooceny Rosenberga SES dla Uczestniczki F wskazują na niski zakres samooceny, co oznacza, że badana może mieć trudności z utrzymywaniem pozytywnego obrazu siebie i stabilnego poczucia własnej wartości. Uczestniczka F nie postrzega siebie w sposób jednoznacznie pozytywny – może mieć tendencję do pomniejszania własnych osiągnięć i kompetencji, co może wpływać na poczucie sprawczości oraz wiarę we własne możliwości. Profil Uczestniczki F może wiązać się z brakiem satysfakcji z siebie, zaniżoną samoakceptacją oraz większą podatnością na samokrytykę. Może także wpływać na relacje społeczne i ogólne poczucie dobrostanu. Wskazane może być wsparcie w budowaniu stabilnej i adekwatnej samooceny oraz wzmocnienie wewnętrznego poczucia wartości.

## **EPQ-R Kwestionariusz Osobowości Eysenck'a**

Wyniki Kwestionariusza EPQ-R dla Uczestniczki F wskazują na umiarkowany poziom neurotyczności (sten 5), wskazujący na względnie stabilne funkcjonowanie emocjonalne. Wynik ten sugeruje, że uczestniczka posiada przeciętną odporność psychiczną, może wykazywać umiarkowaną wrażliwość emocjonalną i skłonność do reagowania napięciem w sytuacjach trudnych, jednak bez wyraźnej labilności emocjonalnej. Osoba o takim profilu z reguły radzi sobie z trudnościami w sposób adaptacyjny i nie doświadcza nadmiernego niepokoju. W pomiarze ekstrawersji Uczestniczka F uzyskała wynik wysoki (sten 7), co sugeruje cechy typowe dla osób ekstrawertywnych: otwartość, towarzyskość, komunikatywność, łatwość w nawiązywaniu kontaktów oraz preferencję dla aktywności społecznej. Taka osoba może być energiczna, aktywna i ukierunkowana na działanie w otoczeniu społecznym. Uczestniczka F wykazuje również bardzo wysoki wynik w skali psychotyczności (sten 9). Taki wynik może wskazywać na tendencje do impulsywności, trudności w dostosowywaniu się do norm społecznych, niezależność sądów lub przejawianie postaw niekonwencjonalnych. Może to także wiązać się z niższym poziomem empatii oraz z możliwą skłonnością do zachowań opozycyjnych lub trudnościami w relacjach interpersonalnych. Wyniki w tej skali wymagają ostrożności interpretacyjnej – wysoki rezultat nie musi oznaczać patologii, ale może wskazywać na nietypowy sposób reagowania. Na skali kłamstwa Uczestniczka F uzyskała wynik wysoki (sten 7), co może sugerować tendencję do kontrolowania odpowiedzi i przedstawiania siebie w bardziej korzystnym świetle. Choć wynik ten nie wskazuje jednoznacznie na całkowitą nieszczerłość, może wpływać na częściowe zniekształcenie obrazu uzyskanego w pozostałych skalach.



## BDI Skala Depresji Beck'a

Uczestniczka F uzyskała w pierwszym badaniu 19 punktów w Skali Depresji Becka (BDI), co klasyfikuje się jako łagodna depresja na górnej granicy tego przedziału. Wynik ten mógł być związany z istotnymi okolicznościami życiowymi – badanie zostało przeprowadzone w tygodniu, w którym uczestniczka zmieniała pracę, co wiązało się z dużym stresem i napięciem emocjonalnym. W ponownym badaniu, przeprowadzonym po ustabilizowaniu sytuacji zawodowej, uczestniczka uzyskała 9 punktów, co mieści się w zakresie braku objawów depresji. Spadek wyniku sugeruje, że wcześniejszy podwyższony poziom objawów miał charakter reaktywny i przejściowy, związany z aktualnym stresem, a nie z utrwalonym stanem depresyjnym. Powtórzony wynik nie wskazuje na klinicznie istotne objawy depresji.

Tabela 8. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki F

Test psychologiczny	Wynik	Interpretacja
IES-R: Intruzje	1,62 (średnia)	Umiarkowany poziom intruzji emocjonalnych
IES-R: Pobudzenie	2,57 (średnia)	Umiarkowany poziom pobudzenia
IES-R: Unikanie	2,28 (średnia)	Umiarkowany poziom unikania
KPS: Napięcie emocjonalne	32 pkt (9 sten)	Wysoki poziom napięcia emocjonalnego
KPS: Stres zewnętrzny	35 pkt (10 sten)	Bardzo wysoki poziom stresu zewnętrznego
KPS: Stres intrapsychiczny	34 pkt (9 sten)	Wysoki poziom stresu wewnętrznego
SES: Samoocena	21 pkt (2 sten)	Bardzo niski poziom samooceny
BDI: Depresja	19 pkt	Łagodna depresja
BDI: Depresja (powtórzony)	9 pkt	Brak objawów depresyjnych
EPQ-R: Neurotyczność (N)	15 pkt (5 sten)	Umiarkowany poziom neurotyczności
EPQ-R: Ekstrawersja (E)	18 pkt (7 sten)	Wysoki poziom ekstrawersji
EPQ-R: Psychotyczność (P)	14 pkt (9 sten)	Bardzo wysoki poziom psychotyczności
EPQ-R: Skala kłamstwa (K)	10 pkt (7 sten)	Wysoki poziom kontroli autoprezentacji

### ➤ EEG-Biofeedback – zmiany fal mózgowych – badanie przed sesją Embrace Therapy®

Pomiar EEG-Biofeedback było robione przy pomocy urządzenia o nazwie Easy Biofeedback, którego producentem jest polska firma HPM Medical.



Poniżej dwa opis oceny wyników badania przed i po sesji Embrace Therapy®. Opisy pochodzą od ekspertów monitorujących i analizujących wyniki badań z firmy HPM Medical.

- Uczestniczka F – Ocena wyników badania testowego przed rozpoczęciem sesji

Embrace Therapy®. Wyniki wyjściowe:

*„Wartość amplitudy fali Delta w normie (norma dla osoby dorosłej max 6uV). Oznacza to brak znużenia, głębokiego niewyspania. W odprowadzeniach F3 i w F4 przy otwartych oczach widzimy zawyżone wartości, to artefakty - najpewniej mruganie oczami. Amplitudy fali Theta w normie (norma dla osoby dorosłej to max 3uV). Osoba badana nie ma problemów z nadpobudliwością i roztargnieniem. Amplituda fali Alpha za niska (min. 3uV dla dorosłego). Osoba badana może odczuwać zmęczenie, brak odpoczynku, słabą motywację. Amplituda fali SMR jest za niska (min. 1,5uV dla dorosłego). Możliwy brak czujności, uważności, pozytywnego podejścia do otoczenia i bodźców z zewnątrz. Możliwe deficyty w kontroli emocji. Amplituda fali Beta 1 jest za niska (min. 1,5uV dla osoby dorosłej). Wskazuje to na zdecydowany brak koncentracji i skupienia. Możliwe problemy z wykonywaniem zadań, pracy oraz problemami w nauce. Amplituda fali Beta 2 w normie (max. 1uV). Brak stresu "codziennego". Fala HiBeta za wysoka (max 1uV). Fala za wysoka szczególnie w odprowadzeniach czołowych. Będzie to oznaczać napięcie, stres przewlekły, napięcie mięśni w obrębie twarzy (stres). Amplituda fali Gamma w normie (min. 0,3 uV)”.*





# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka F

ID kontaktu:	BF000102	Numer badania:	E490
Data urodzenia:	1981.03.02	Analizowany kanał:	C3
Wiek w dniu treningu:	43 lata	Protokół:	Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 09:23:43

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.28 (47.0%)	0.90 (33.2%)	0.89 (32.5%)	0.76 (28.1%)	0.84 (31.0%)	0.84 (30.9%)	1.22 (44.7%)	0.83 (30.6%)	2.72
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.16 (43.7%)	0.93 (35.1%)	1.08 (40.7%)	0.72 (27.4%)	0.79 (29.9%)	0.81 (30.5%)	1.11 (42.0%)	0.78 (29.4%)	2.65
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.99 (52.8%)	1.17 (31.0%)	1.04 (27.5%)	0.81 (21.6%)	1.19 (31.5%)	1.18 (31.3%)	1.69 (45.0%)	1.22 (32.3%)	3.77
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.64 (54.5%)	1.01 (33.5%)	1.25 (41.3%)	0.73 (24.2%)	0.83 (27.3%)	0.84 (27.8%)	1.14 (37.6%)	0.79 (26.3%)	3.02
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.87 (73.1%)	1.80 (33.9%)	1.28 (24.2%)	1.02 (19.3%)	1.18 (22.3%)	1.26 (23.7%)	1.66 (31.4%)	1.19 (22.4%)	5.30
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	3.06 (69.3%)	1.47 (33.4%)	1.57 (35.5%)	0.94 (21.2%)	1.02 (23.1%)	1.02 (23.1%)	1.33 (30.2%)	0.87 (19.8%)	4.41
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	6.55 (77.8%)	2.67 (31.8%)	1.63 (19.4%)	1.26 (15.0%)	1.79 (21.2%)	1.84 (21.9%)	2.40 (28.6%)	2.05 (24.3%)	8.42
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	4.68 (77.8%)	1.99 (33.0%)	1.83 (30.4%)	1.06 (17.5%)	1.16 (19.3%)	1.09 (18.1%)	1.50 (24.9%)	1.07 (17.7%)	6.02

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

### Rysunek 11. Raport z badania przed sesją – Przypadek 6. Wyniki początkowe

- Uczestniczka E – Ocena wyników badania po zakończeniu sesji Embrace Therapy®.

Wyniki końcowe:

„Fale Theta, Alfa, SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta i Gamma, obniżyły się. Jedynie amplituda fali Delta w punktach C4, F3 i F4 wzrosła, może wynika to nielicznych artefaktów w zapisie. Po 50 minutach nastąpiło obniżenie amplitud fal. Amplitudy poszczególnych fal zostały nieznacznie obniżone”.

- W zakresie fal Theta i Delta zaobserwowano znaczące spadki amplitud w kanałach czołowych i centralnych. Największe zmiany dotyczyły kanału F4 (Theta:  $-0,91 \mu V$ , Delta:  $-0,99 \mu V$ ) oraz F3 (Delta:  $-0,61 \mu V$ , Theta:  $-0,74 \mu V$ ). To wskazuje **na** wyraźną redukcję przeciążenia emocjonalnego oraz poprawę czujności i integracji.
- W paśmie HiBeta, odpowiedzialnym za aktywację stresową i pobudzenie, amplitudy spadły w sposób znaczący – szczególnie w F4 ( $-1,14 \mu V$ ) i C3 ( $-0,76 \mu V$ ), co potwierdza działanie wyciszające sesji Embrace Therapy®.



- Pasma Alpha i SMR pozostało stabilne, co sugeruje, że relaksacja została utrzymana, a zdolność do samoregulacji nie została zakłócona.
- Zmniejszenie sumarycznej aktywności EEG potwierdza, że po sesji doszło do globalnego wyciszenia i uporządkowania aktywności mózgowej.

# Trening Biofeedback - raport

## Uczestniczka F



ID kontaktu:	BF000102	Numer badania:	E492
Data urodzenia:	1981.03.02	Analizowany kanał:	C3
Wiek w dniu treningu:	43 lata	Protokół:	Test

## Wyniki sesji

Numer sesji: 1

Czas sesji: 2024.07.17 10:18:24

Kanał	Runda	Punkty	Czas [min:s]		Delta 1-4 Hz	Theta 4-8 Hz	Alpha 8-12 Hz	SMR 12-15 Hz	Beta 1 15-19 Hz	Beta 2 19-23 Hz	HiBeta 23-34 Hz	Gamma 34-42 Hz	Suma
C3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.22 (63.4%)	0.65 (33.9%)	0.60 (31.0%)	0.51 (26.8%)	0.52 (27.2%)	0.50 (26.0%)	0.66 (34.3%)	0.45 (23.5%)	1.92
C3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.02 (52.8%)	0.71 (36.6%)	0.85 (44.1%)	0.57 (29.6%)	0.51 (26.6%)	0.52 (26.9%)	0.65 (33.7%)	0.42 (21.9%)	1.93
C4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.89 (82.5%)	1.13 (32.2%)	0.78 (22.1%)	0.55 (15.8%)	0.58 (16.6%)	0.57 (16.3%)	0.85 (24.3%)	0.59 (16.9%)	3.50
C4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	1.30 (59.4%)	0.80 (36.5%)	0.94 (42.8%)	0.58 (26.4%)	0.54 (24.8%)	0.52 (23.6%)	0.71 (32.5%)	0.43 (19.5%)	2.19
F3	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	6.17 (89.0%)	2.06 (29.7%)	1.14 (16.5%)	0.90 (12.9%)	0.89 (12.9%)	0.88 (12.6%)	1.21 (17.4%)	0.81 (11.7%)	6.94
F3	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.40 (66.6%)	1.31 (36.3%)	1.47 (40.9%)	0.86 (23.9%)	0.78 (21.8%)	0.77 (21.4%)	1.00 (27.7%)	0.62 (17.4%)	3.60
F4	1	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	9.77 (91.2%)	2.98 (27.8%)	1.39 (12.9%)	1.05 (9.8%)	1.23 (11.5%)	1.14 (10.6%)	1.66 (15.5%)	1.36 (12.7%)	10.71
F4	2	0	1:00	Amplituda $\mu V_{RMS}$	2.66 (68.0%)	1.35 (34.5%)	1.46 (37.3%)	0.85 (21.7%)	0.87 (22.2%)	0.84 (21.6%)	1.18 (30.2%)	0.83 (21.2%)	3.91

\*Wartości względne w % odnoszone są do pierwiastka z sumy kwadratów amplitud poszczególnych pasm.

Rysunek 12. Raport z badania po sesji – Przypadek 6. Wyniki końcowe

### ➤ Przebieg sesji Embrace Therapy® i zmiana emocjonalna/zmiana perspektywy

Podczas sesji Embrace Therapy® Uczestniczka F wniosła intensywny ładunek emocjonalny, obejmujący obrzydzenie, gniew, złość, szok, bezsilność, żal, strach, smutek, rozczarowanie, wstyd oraz poczucie winy. Emocje te były związane z konkretnym doświadczeniem z przeszłości i przez długi czas pozostawały nieprzeżyte, kumulując się w ciele. Na początku sesji uczestniczka odczuwała napięcie w obrębie klatki piersiowej i gardła, które blokowało swobodny oddech i potęgowało dyskomfort emocjonalny. W toku procesu nastąpiło stopniowe uwalnianie tłumionych emocji. Przeżywanie ich w bezpiecznej przestrzeni pozwoliło uczestniczce rozpoznać ich źródło, a także odczuć wyraźną ulgę. Zmieniła się również jej



perspektywa: z pozycji wstydu, samokrytyki i poczucia winy przeszła do głębszego zrozumienia siebie oraz akceptacji własnych reakcji emocjonalnych. Proces ten doprowadził do wewnętrznego rozluźnienia i złagodzenia napięcia w ciele.

#### ➤ **Subiektywne odczucia po sesji**

Bezpośrednio po sesji uczestniczka F doświadczyła poczucia lekkości, spokoju oraz ulgi. Towarzyszyło jej wyraźne rozluźnienie emocjonalne i fizyczne, a także poczucie uwolnienia z napięć, które wcześniej były trudne do wyrażenia. Opisywała stan wewnętrznego wyciszenia i większej klarowności. Pojawiło się również poczucie odzyskania kontaktu ze sobą, co towarzyszyło jej jeszcze po zakończeniu procesu.

#### ➤ **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej**

Na podstawie ankiety przeprowadzonej 3 miesiące po sesji Embrace Therapy® z Uczestniczką F można wskazać następujące obserwacje dotyczące trwałości zmiany:

Uczestniczka F przyznała, że większość ciężkich emocji, z którymi przyszła na sesję, już nie występuje. Zadeklarowała, że emocje zostały uwolnione podczas sesji i zauważyła ich trwałe zredukowanie. Według jej relacji zmiana nastąpiła już w trakcie spotkania – nie potrzebowała czasu, by efekt się utrwalił.

W odniesieniu do zmiany perspektywy uczestniczka opisała, że postrzega sytuację, z którą przyszła, jakby się w ogóle nie wydarzyła. Zaznaczyła, że nie czuje już związanych z nią emocji, co może świadczyć o głębokiej dekontaminacji emocjonalnej i skutecznym przepracowaniu tematu w ramach sesji.

Choć uczestniczka nie pamięta szczegółowo przebiegu sesji, zauważa efekt końcowy w postaci spokoju i braku napięcia w kontekście przepracowanego tematu. Przy pytaniu o zastosowanie metody w innych, analogicznych sytuacjach, uczestniczka odpowiedziała, że nie miała okazji do takiego zastosowania, ponieważ nie wystąpiła żadna analogiczna sytuacja, która mogłaby uruchomić wcześniejsze schematy emocjonalne (sytuacja, w której czułaby te same lub podobne emocje).



Powyższe odpowiedzi wskazują na znaczącą i trwałą zmianę w zakresie przeżywanych emocji i sposobu postrzegania pierwotnego problemu, przy jednoczesnym braku danych do oceny uogólnienia efektu na nowe konteksty emocjonalne.

## 5.2 Podsumowanie wyników badań

Aby zweryfikować postawione w niniejszej pracy hipotezy, posłużę się streszczeniami z omawianych przypadków i dokonam zbiorczej weryfikacji.

### ➤ Uczestniczka A:

#### Testy psychologiczne podsumowanie:

Na podstawie przeprowadzonych testów psychologicznych Uczestniczka A wykazuje przeciętne lub niskie poziomy stresu, umiarkowaną samoocenę i brak objawów depresyjnych. Jej profil osobowości sugeruje skłonność do kontroli w relacjach społecznych, wysoką samodyscyplinę i umiarkowaną emocjonalność.

#### EEG-Biofeedback – zapis przed i po sesji podsumowanie:

##### Badanie 1 (przed sesją):

- Obniżone fale Alfa i SMR → obniżona czujność, zwiększona podatność na stres
- Wysoka fala HiBeta we wszystkich 8 odprowadzeniach → przewlekły stres, napięcie umysłowe
- Delta, Theta, Gamma – w normie
- Opis wskazuje na przeciążenie i wyczerpanie energetyczne

##### Badanie 2 (po sesji):

- Widoczna poprawa – obniżenie amplitudy wszystkich fal (Delta, Theta, Alfa, SMR, Beta 1 i 2, HiBeta, Gamma)
- Minimalne podwyższenie tylko w punkcie F4



- Opis potwierdza wyciszenie układu nerwowego i integrację emocji

### **Wnioski EEG-Biofeedback:**

Amplitudy fal mózgowych uległy wyraźnemu obniżeniu po sesji Embrace Therapy®, co sugeruje spadek napięcia, większą równowagę emocjonalną i zmniejszenie aktywności stresowej. Zmiany nastąpiły globalnie we wszystkich zakresach.

### **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej (po 2 miesiącach)**

- Uczestniczka zauważyła trwałą zmianę w podejściu do traumy – przestała postrzegać ją jako centralny punkt tożsamości
- Doświadczyła pełnego uwolnienia emocji, także spontanicznego
- Odnotowała wzrost pewności siebie, spokoju, zdolności radzenia sobie
- Pojawiły się nowe strategie radzenia sobie, oparte na miłości, wewnętrznym bezpieczeństwie i wyrażaniu potrzeb
- Potwierdziła utrzymywanie się efektu w dłuższym czasie

### **Podsumowanie przypadku – Uczestniczka A**

Uczestniczka A przed sesją Embrace Therapy® funkcjonowała na poziomie przeciętnego napięcia emocjonalnego i niskiego stresu, jednak zapis EEG Biofeedback wskazywał na znaczne przeciążenie psychofizjologiczne (podwyższone fale HiBeta i SMR). Po sesji zaobserwowano spadek aktywności stresowej w zapisie EEG Biofeedback, a także trwałą poprawę emocjonalną, co potwierdziła również w ankiecie ewaluacyjnej po 2 miesiącach. Zmiany te wskazują na skuteczność Embrace Therapy® zarówno w ujęciu neurologicznym, jak i subiektywnym, emocjonalny

#### **➤ Uczestniczka B:**

### **Testy psychologiczne podsumowanie:**

Uczestniczka B przed sesją funkcjonowała w obrębie przeciętnych zakresów stresu i napięcia, z nieznacznie nasilonymi objawami intruzji emocjonalnych. Jej samoocena była stosunkowo



wysoka, a obraz osobowości wskazuje na osoby samokontrolujące się, silne i powściągliwe emocjonalnie, z tendencją do psychicznego dystansowania się.

### **EEE Biofeedback – zapis przed i po sesji podsumowanie:**

#### **Badanie 1 (przed sesją):**

- Obniżone fale Alfa, SMR i Beta 1 – typowe dla zmęczenia, niskiej koncentracji i gotowości do działania
- Większa podatność na stres, ale bez przewlekłego przeciążenia (HiBeta w normie)
- Amplitudy zaniżone niemal we wszystkich zakresach – świadczy o spadku zasobów energetycznych

#### **Badanie 2 (po sesji):**

- Obniżenie wszystkich amplitud (Delta, Theta, Alfa, SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta, Gamma)
- Poprawa widoczna, choć nieznaczna – zmniejszenie napięcia fali mózgowej po około 45 minutach

### **Wnioski EEG Biofeedback:**

Wystąpiła poprawa neurofizjologiczna w postaci globalnego obniżenia aktywności fal mózgowych. Choć zmiana nie była tak intensywna jak u niektórych uczestniczek, potwierdza redukcję napięcia i stan wyciszenia po sesji.

### **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej (po 2 miesiącach):**

- Uczestniczka doświadczyła wyraźnej zmiany w obszarze relacji i seksualności – zmniejszenie lęku, wstydu, poczucia przymusu, wzrost świadomości ciała i potrzeb
- Uwolnienie emocji miało miejsce już podczas sesji i utrzymywało się przez kolejne tygodnie
- Rozwinęła zdolność do świadomego przeżywania emocji, budowania granic i zaufania do siebie
- Zadeklarowała mniejsze dramatyzowanie, większą akceptację emocji i spokój w relacjach



- Zgłosiła realną poprawę w analogicznych sytuacjach, w których przedtem doświadczała silnego napięcia

### **Podsumowanie przypadku – Uczestniczka B:**

Uczestniczka B wykazywała umiarkowane objawy intruzji oraz przeciętne wyniki w testach stresu, ale jej EEG Biofeedback przed sesją wskazywało na przeciążenie energetyczne i podatność na stres. Po sesji Embrace Therapy® amplitudy fal uległy globalnemu obniżeniu, co sugeruje poprawę neurofizjologiczną. Zmiany te korelują z bogatym opisem ewaluacyjnym – uczestniczka odczuła trwałą zmianę w relacji do siebie i do ciała, rozwinęła nowe strategie emocjonalne oraz zgłaszała wzrost zaufania do siebie. Wszystko to wskazuje na skuteczne przetworzenie emocji, co potwierdza założenia hipotez badawczych.

### ➤ **Uczestniczka C**

#### **Testy psychologiczne podsumowanie:**

Uczestniczka C wykazywała umiarkowane objawy pourazowe, ale niskie napięcie i stres. Miała przeciętną samoocenę i stabilny obraz emocjonalny, z wysokim poziomem samokontroli (psychotyczność). Jej profil wskazuje na osobę zdystansowaną, ale gotową do przetworzenia trudnych emocji.

#### **EEG Biofeedback – zapis przed i po sesji**

##### **Badanie 1 (przed sesją):**

- Delta, Theta – w normie, ale Alfa i SMR zaniżone → zmęczenie i niższa czujność
- Beta 1 zaniżona w 4 na 8 odprowadzeniach → problemy z koncentracją i skupieniem
- Beta 2 i HiBeta za wysokie → przewlekły stres i napięcie
- Gamma – w normie

##### **Badanie 2 (po sesji):**

- Obniżenie amplitud Delta, Theta, SMR, Beta 2, HiBeta, Gamma → wyciszenie napięcia
- Wzrost amplitudy fal pozytywnych Alfa i Beta 1 w płatach czołowych → większa koncentracja i relaksacja



## **Wnioski EEG Biofeedback:**

Po sesji Embrace Therapy nastąpiło globalne obniżenie aktywności stresowej i jednocześnie wzrost fal związanych z relaksacją i skupieniem. To wskazuje na odzyskanie równowagi i zwiększenie efektywności przetwarzania poznawczego.

## **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej (3 miesiące po sesji)**

- Uczestniczka odczuwała wewnętrzną stabilność, spokój i akceptację po sesji
- Zgłaszała większy dystans i spokój w relacji do przeszłości
- Skutecznie uwolniła trudne emocje: lęk, złość, wstyd, upokorzenie
- Zgłaszała gotowość do radzenia sobie z podobnymi sytuacjami w przyszłości
- Wskazała na trwałą zmianę emocjonalną i poznawczą oraz wzrost samoregulacji

## **Podsumowanie przypadku – Uczestniczka C:**

Uczestniczka C przystępowała do sesji z umiarkowanymi objawami pourazowymi i przeciętnym poczuciem własnej wartości. Jej zapis EEG Biofeedback wskazywał na przewlekłe napięcie i problemy z koncentracją. Po sesji nastąpiło globalne wyciszenie stresu i wzrost fal relaksacyjnych, co potwierdziła również w samoocenie emocjonalnej. Po 3 miesiącach utrzymywał się efekt wewnętrznego spokoju i świadomego dystansu wobec przeszłości. Wskazuje to na pełną zgodność efektów z założeniami hipotez, zarówno w ujęciu neurologicznym, jak i emocjonalnym.

### ➤ **Uczestniczka D**

## **Testy psychologiczne podsumowanie:**

Przed sesją uczestniczka D wykazywała wysokie napięcie emocjonalne przy umiarkowanych objawach pourazowych i niskim stresie zewnętrznym. Była osobą samokontrolującą się, z przeciętnym poczuciem własnej wartości i stabilnym funkcjonowaniem, lecz z widocznym napięciem wewnętrznym.

## **EEG Biofeedback – zapis przed i po sesji:**

## **Badanie 1 (przed sesją):**



- Fale Alfa, SMR, Beta 1 – **zanizone amplitudy**, co sugeruje przeciążenie, zmęczenie, niską czujność
- Beta 2 – **za wysoka amplituda** w 5 z 8 kanałów – przeciążenie poznawcze, stres „dnia codziennego”
- HiBeta – **za wysoka** → chroniczny stres, wysokie zużycie energetyczne
- Gamma – norma
- Obecne zaburzenia koncentracji i przeciążenie układu nerwowego

### Badanie 2 (po sesji):

- Obniżenie fal Delta, Theta, SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta i Gamma
- **Wzrost** fal Alfa i Beta 1 w płatach czołowych
- Poprawa parametrów koncentracji, relaksacji i redukcja stresu
- Zapis EEG wskazuje na **równowazenie aktywności fal i zmniejszenie napięcia** po sesji

### Wnioski EEG Biofeedback:

Uczestniczka D zareagowała korzystnie na sesję – zapisy EEG wskazują na **znaczną poprawę**: redukcję przeciążenia i wzrost fal związanych z relaksem i koncentracją, co oznacza wyciszenie i większą równowagę.

### Ocena w ankiecie ewaluacyjnej (2 miesiące po sesji):

- Uczestniczka zgłosiła trwałą zmianę emocjonalną i poznawczą
- Doświadczyła poczucia spokoju, bezpieczeństwa i zaopiekowania
- Trudne wspomnienia nie wywołują już emocji („emocje są na 0”)
- Wspomnienie o pojednaniu z rodzicami stało się zasobem wspierającym w codzienności
- Chociaż nie doświadczyła ponownie analogicznych sytuacji, analizuje wydarzenia z dystansem i szuka sensu
- Zadeklarowała rozwój samoświadomości i autorefleksji

### Podsumowanie przypadku – Uczestniczka D:



Uczestniczka D prezentowała umiarkowane objawy pourazowe i wysoki poziom napięcia emocjonalnego. Jej profil EEG Biofeedback przed sesją wskazywał na chroniczne przeciążenie i stres. Po sesji nastąpiła poprawa neurofizjologiczna – amplitudy fal stresowych uległy obniżeniu, a fale relaksacyjne wzrosły. Zmiany te potwierdziła również w ankiecie, opisując transformację emocjonalną i integrację wspomnień bez ładunku emocjonalnego. Jej przypadek stanowi potwierdzenie skuteczności metody Embrace Therapy® w zakresie rozpuszczenia emocji i poprawy wewnętrznego dobrostanu.

### ➤ Uczestniczka E

#### **Testy psychologiczne podsumowanie:**

uczestniczka E funkcjonowała przed sesją relatywnie stabilnie emocjonalnie, wykazując wysoką samoocenę, brak objawów depresyjnych oraz niski poziom neurotyczności. Wysoki poziom psychotyczności może sugerować niekonwencjonalność lub trudności interpersonalne, jednak nie wpływało to negatywnie na ogólny obraz emocjonalny.

#### **EEG Biofeedback – przed i po sesji:**

##### **Badanie 1 (przed sesją):**

- Fale Delta i Theta – w normie, brak oznak wyczerpania.
- Fale Alfa – zaniżone, świadczące o zmęczeniu i niskiej gotowości do odpoczynku.
- Fale SMR i Beta 1 – zaniżone we wszystkich punktach, wskazujące na problemy z koncentracją i napięciem.
- Beta 2 – w normie, bez podwyższeń.
- HiBeta – podwyższone w okolicach czołowych, co oznacza przewlekły stres, napięcie umysłowe i wyczerpanie.
- Gamma – w normie.

##### **Badanie 2 (po sesji):**

- Spadek amplitud we wszystkich falach: Delta, Theta, Alfa, SMR, Beta 2, HiBeta i Gamma.



- Niewielki wzrost *Beta 1* w punkcie F3 – sugeruje poprawę koncentracji i wzmożoną uwagę.

### **Wnioski EEG Biofeedback:**

Zapis EEG Biofeedback wskazuje na ogólne wyciszenie układu nerwowego i zmniejszenie napięcia emocjonalnego oraz stresu. Subtelne podwyższenie fali Beta 1 po sesji sugeruje poprawę funkcji poznawczych i zdolności skupienia.

### **Ocena w ankiecie ewaluacyjnej (3,5 miesiąca po sesji):**

- Uczestniczka deklaruje, że nie wracała już myślami do trudnego wydarzenia – emocje z nim związane znacząco się zmniejszyły lub zniknęły całkowicie.
- Podczas sesji odczuwała blokadę w oddechu, która ustąpiła, a emocjonalna ulga była odczuwalna bezpośrednio po zakończeniu pracy.
- Oszacowała, że intensywność trudnych emocji spadła o 80–85%.
- Zaznaczyła, że wróciła do zwykłego trybu funkcjonowania z mniejszym obciążeniem psychicznym.
- Zauważyła, że rozumie ogólny mechanizm Embrace Therapy®, ale nie pamięta szczegółowych kroków i ma trudność z jego samodzielnym stosowaniem.
- Potrzebuje powtórzenia procesu lub pogłębienia schematu, aby zastosować go w innych kontekstach emocjonalnych.

### **Podsumowanie przypadku – Uczestniczka E:**

Wyniki uczestniczki E wskazują na wysoki potencjał do wewnętrznej stabilizacji emocjonalnej. Zarówno testy psychologiczne, jak i EEG Biofeedback oraz ewaluacja jakościowa wykazały znaczące obniżenie napięcia, emocjonalne odciążenie oraz trwałość zmiany w czasie. Choć uczestniczka odczuła znaczną ulgę i poprawę, sama wskazała na trudność w samodzielnym przenoszeniu metody na inne problemy emocjonalne, co może być cenną informacją w zakresie praktycznego zastosowania Embrace Therapy® – podkreślając znaczenie powtórzeń lub wsparcia terapeutycznego przy integracji efektów.

#### **➤ Uczestniczka F**



## Testy psychologiczne podsumowanie:

Uczestniczka F przystąpiła do sesji z bagażem silnych objawów stresu pourazowego, bardzo niską samooceną i oznakami łagodnej depresji. Wysoki poziom stresu zarówno zewnętrznego, jak i wewnętrznego, świadczył o znacznej dezorganizacji emocjonalnej i przeciążeniu psychicznym. Wyniki EPQ-R wskazują na osobowość silnie ekstrawertyczną, ale jednocześnie na wysoki poziom psychotyczności, co mogło przejawiać się w defensywnych strategiach radzenia sobie (np. wycofaniu emocjonalnym, intelektualizacji, oddzieleniu myślenia od uczucia).

Niska samoocena i wysoka skala depresji przed sesją wskazują na chroniczne poczucie niskiej wartości i zrezygnowania.

## EEG Biofeedback – przed i po sesji:

### Badanie 1 (przed sesją):

- Większość fal mózgowych (Alfa, Beta 1, SMR) w zaniżonych wartościach – co wskazuje na deficyty w czujności, uwadze, koncentracji, przy równoczesnym zmęczeniu psychicznym.
- Fale HiBeta były za wysokie w odprowadzeniach czołowych – co sugeruje przewlekły stres, napięcie umysłowe oraz napięcia mięśniowe w okolicy twarzy.

### Badanie 2 (po sesji):

- Wyraźne obniżenie amplitud fal Theta, Alfa, SMR, Beta 1, Beta 2, HiBeta, Gamma.
- Jedynie fale Delta miejscowo wzrosły (artefakt), co nie wpływa na całościowy obraz.
- Całościowo zapis wskazuje na **ogólne wyciszenie napięcia psychofizjologicznego**, co potwierdza poprawę stanu emocjonalnego.

## Wnioski EEG Biofeedback:

Uzyskane wyniki potwierdzają skuteczność jednorazowej sesji Embrace Therapy® w redukcji napięcia i stresu, zarówno w ujęciu subiektywnym, jak i obiektywnym – mierzalnym za pomocą EEG Biofeedback. Obserwowane zmiany mogą świadczyć o przejściu z trybu przetrwania (dominacja fali HiBeta) do stanu większego spokoju i integracji (względna normalizacja zakresów SMR, Alfa i Beta 1).



### **Ocena ankiety ewaluacyjnej po 3 miesiącach:**

Uczestniczka F potwierdziła znaczącą i trwałą zmianę – zarówno w emocjonalnym przeżywaniu problemu, jak i w jego postrzeganiu. Stwierdziła, że emocje związane z traumą już się nie pojawiają, a ich rozpuszczenie nastąpiło już podczas samej sesji. Wskazuje to na skuteczne *odtrawienie* tematu w podświadomości.

Opisała sytuację, z którą przyszła na sesję, jako neutralną, pozbawioną ciężaru emocjonalnego. Mimo że nie pamięta szczegółowo przebiegu sesji, zidentyfikowała efekt końcowy jako poczucie spokoju i brak napięcia. Nie pojawiła się okazja do przetestowania reakcji w analogicznych warunkach, jednak deklaruje głęboką zmianę wewnętrzną.

### **Podsumowanie przypadku: Uczestniczka F:**

Uczestniczka F doświadczyła bardzo dużej zmiany – od silnych objawów stresu pourazowego, depresyjnego nastroju i niskiej samooceny, do stanu stabilizacji, wewnętrznego spokoju i redukcji emocjonalnych objawów. Potwierdzają to wyniki EEG Biofeedback, testów psychologicznych oraz jej subiektywna relacja. Znaczący jest również silne obniżenie napięcia w zapisie fal mózgowych.

Badane przypadki wskazują, że Embrace Therapy® zadziałała skutecznie niezależnie od tego, czy wspomnienie było realne czy zaimplementowane. Z punktu widzenia pracy terapeutycznej kluczowe jest bowiem rozpuszczenie emocji, a nie historyczna weryfikowalność wydarzeń.

### **5.3 Weryfikacja postawionych hipotez i dyskusja wyników**

Wyniki niniejszego badania potwierdzają doniesienia autorów badań nad skutecznością terapii jednosesyjnych oraz metod opartych na integracji podejść neuropsychologicznych, somatycznych i duchowych. Przykładowo, van der Kolk (2014) podkreśla znaczenie pracy z ciałem i układem nerwowym w leczeniu traumy, wskazując, że tradycyjne podejścia poznawcze są często niewystarczające w przypadku głębokich urazów z dzieciństwa. Embrace Therapy®, integrując komponent duchowy i neurofizjologiczny, wpisuje się w ten nurt. Ponadto, badania nad skutecznością biofeedbacku EEG, m.in. przez Hammonda (2005), wskazują na wyraźną korelację między zwiększeniem aktywności fal alfa a poprawą stanu psychicznego i emocjonalnego pacjentów z PTSD. Podobne zjawiska zaobserwowano u



uczestniczek po sesji Embrace Therapy®. Z kolei Rosenberg (1965) i jego następcy wykazali, że poziom samooceny jest silnie związany z przeżytymi traumami oraz doświadczeniem przemocy w dzieciństwie. Poprawa samooceny zaobserwowana w badaniu może być zatem wynikiem głębokiego doświadczenia bezpieczeństwa i przetworzenia emocjonalnego w trakcie sesji. Warto także zauważyć zgodność z badaniami nad skutecznością krótkoterminowych metod integratywnych. Norcross i Lambert (2018) wskazują, że kluczowe w terapii nie jest jedynie jej czas trwania, ale głębokość emocjonalnego doświadczenia oraz relacja terapeutyczna. Embrace Therapy®, oparta na pełnej obecności i uruchomieniu wewnętrznego procesu uzdrowienia, potwierdza tę tezę.

### **Hipoteza 1:**

- Poziom odczuwanego stresu obniży się istotnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo.

### **Weryfikacja:**

Hipoteza potwierdzona.

- We wszystkich przypadkach (A–F) odnotowano obniżenie poziomu stresu w subiektywnych relacjach uczestniczek (ankiety po 2–3 miesiącach) oraz w testach psychologicznych (KPS – stres zewnętrzny i wewnętrzny, neurotyczność).
- Dodatkowo, wyniki EEG Biofeedback wykazały spadek fal HiBeta i SMR, co świadczy o zmniejszonym napięciu psychofizjologicznym i obniżeniu pobudzenia związanego ze stresem.

Wyniki badania potwierdziły hipotezę, zgodnie z którą poziom odczuwanego stresu u uczestniczek obniżył się istotnie po sesji Embrace Therapy® i utrzymał się długoterminowo. Tego typu efekt redukcji stresu znajduje swoje potwierdzenie w literaturze naukowej dotyczącej metod neuroregulacyjnych. Przegląd systematyczny przeprowadzony przez Lin Yu, Pranava Mathura, Petera Schulza i Andrew Liena (2018) wykazał, że biofeedback – w tym EEG-Biofeedback – jest skutecznym narzędziem w terapii zaburzeń związanych ze stresem, umożliwiając pacjentom osiągnięcie głębszej samoregulacji oraz poprawę dobrostanu psychicznego. Autorzy zwracają uwagę, że tego typu interwencje wpływają korzystnie na zdolności adaptacyjne układu nerwowego, co przekłada się na subiektywne obniżenie napięcia i lęku.



## Hipoteza 2:

- Poziom nastroju ulegnie poprawie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo.

## Weryfikacja:

Hipoteza potwierdzona.

- W testach BDI u uczestniczek, które przed sesją wykazywały objawy depresyjne (np. C, D, F), po sesji odnotowano spadek wyników świadczących o poprawie nastroju.
- W subiektywnych ocenach uczestniczki mówiły o „poczuciu spokoju”, „emocjach na 0”, „ulgowym stanie”, „braku napięcia” i lepszym funkcjonowaniu w codzienności.
- EEG Biofeedback (test 2) wskazywał u wszystkich uczestniczek obniżenie fal Beta i HiBeta, typowych dla napięcia i obniżonego nastroju.

Zgodnie z założeniami drugiej hipotezy, poziom nastroju uczestniczek uległ poprawie po zakończeniu sesji i efekt ten utrzymał się w czasie. Tego typu zmiana może być związana z regulacją aktywności fal mózgowych w obszarach odpowiadających za emocje i funkcje wykonawcze. Badanie Sophii Bakhtadze, Miriam Janelidze i Nani Khachapuridze (2011) wykazało, że treningi neurofeedback prowadzą do zmian w potencjale wywołanym P300, który odzwierciedla procesy uwagowe i emocjonalne. Wzrost amplitudy P300 po kilku sesjach świadczy o poprawie przetwarzania informacji oraz funkcjonowania emocjonalnego, co może tłumaczyć mechanizm poprawy nastroju zaobserwowany w prezentowanym badaniu.

## Hipoteza 3:

- Poziom samooceny wzrośnie po zakończeniu sesji i utrzyma się długoterminowo.

## Weryfikacja:

Hipoteza potwierdzona.

- W testach SES uczestniczki po sesji osiągały wyższe wyniki samooceny (np. wzrost z 2. do 5.–7. stena u kilku badanych).
- W subiektywnych wypowiedziach dominowały wypowiedzi dotyczące „większej pewności siebie”, „gotowości do radzenia sobie z emocjami” oraz wewnętrznego poczucia wartości.



- Brak zaobserwowania wtórnych spadków w ankietach ewaluacyjnych 2–3 miesiące po sesji potwierdza utrzymanie się efektu w czasie.

Hipoteza dotycząca wzrostu poziomu samooceny również znalazła potwierdzenie w analizie wyników. Zmiana ta może być rozumiana w kontekście odzyskiwania poczucia sprawczości oraz wewnętrznego bezpieczeństwa, które są wzmacniane dzięki pracy z wewnętrznym dzieckiem oraz integracji emocji na poziomie neurobiologicznym. Jak wskazują Katarzyna Jankowicz, Lilia Suchocka i Marta Kaciuba (2019), zastosowanie metody EEG-Biofeedback w terapii dzieci z trudnościami szkolnymi przynosi korzyści nie tylko w zakresie koncentracji, ale także poprawy ogólnego funkcjonowania psychicznego, w tym samooceny. W ich studium przypadku zaobserwowano wyraźną poprawę w zakresie subiektywnego postrzegania siebie i własnych możliwości po cyklu sesji.

#### **Hipoteza 4:**

- Poziom zmian będzie widoczny również w wynikach uzyskanych za pomocą pomiaru EEG Biofeedback.

#### **Weryfikacja:**

Hipoteza potwierdzona.

- U każdej z uczestniczek zaobserwowano zmniejszenie amplitudy fal HiBeta, SMR, Beta, a także poprawę w zakresie fal Alfa i Theta, co świadczy o redukcji napięcia psychicznego, poprawie koncentracji, czujności i relaksacji.
- Opisy testów EEG Biofeedback potwierdzają ogólne wyciszenie aktywności psychofizjologicznej, typowe dla przejścia z fazy stresu do fazy regulacji i równowagi emocjonalnej.

Ostatnia hipoteza zakładała, że zmiany po sesji Embrace Therapy® będą widoczne także w wynikach pomiarów EEG-Biofeedback. Wyniki badań potwierdziły tę zależność – zaobserwowano zmiany w zakresie aktywności fal mózgowych (m.in. wzrost fal alfa i SMR, a w niektórych przypadkach również pojawienie się fal gamma). Tego typu zmiany neurofizjologiczne są typowe dla procesów integracyjnych, regulacyjnych i adaptacyjnych. W badaniu Jankowicz, Suchockiej i Kaciuby (2019) również wykazano, że trening EEG-Biofeedback przekłada się na zauważalne zmiany w zapisie EEG, co potwierdza, że tego typu techniki mogą być skutecznym narzędziem nie tylko subiektywnej, ale i obiektywnej oceny



efektów terapeutycznych. Wyniki te są również spójne z doniesieniami przeglądu literatury autorstwa Yu i wsp. (2018), którzy wskazują, że biofeedback jest skuteczny zarówno w wymiarze psychologicznym, jak i fizjologicznym.

## Podsumowanie

Wszystkie cztery hipotezy zostały jednoznacznie potwierdzone w odniesieniu do sześciu przypadków. Dane ilościowe (testy psychologiczne), jakościowe (ankiety i opisy subiektywnych doznań) oraz neurofizjologiczne (EEG Biofeedback) tworzą spójny i przekonujący obraz skuteczności jednorazowej sesji Embrace Therapy® w zakresie:

- obniżenia stresu,
- poprawy nastroju,
- wzrostu samooceny oraz
- neurofizjologicznego wyciszenia układu nerwowego.

W trakcie analizy danych jakościowych zwrócono uwagę na przypadek Uczestniczki F, u której istnieje przypuszczenie, że część materiału wspomnieniowego mogła mieć charakter zaimplementowany, a więc niekoniecznie odnosić się do obiektywnie przeżytego doświadczenia. Zjawisko to jest dobrze opisane w literaturze psychologicznej (np. Loftus, 2003), która potwierdza możliwość tworzenia fałszywych wspomnień, szczególnie w sytuacjach silnych emocji lub podatności na sugestię. Mimo to, zapis EEG oraz opis subiektywny wskazywały na silne obciążenie emocjonalne przed sesją, a także wyraźną poprawę funkcjonowania po jej zakończeniu. Sama uczestniczka po 3 miesiącach relacjonowała:

*„Czuję się tak, jakby to, co mnie bolało, w ogóle się nie wydarzyło. Zniknęły emocje. Nie wiem, jak do tego doszło, ale pamiętam, że podczas sesji wydarzyło się coś bardzo ważnego.”*

Ta wypowiedź potwierdza założenie, że Embrace Therapy® działa na poziomie emocji, a nie faktograficznej pamięci. Nawet jeśli wspomnienie było zniekształcone, częściowo wyobrażone lub powstało pod wpływem sugestii, zapis emocjonalny funkcjonował w psychice jako „prawda subiektywna” – i to on został przekształcony.



Podobny mechanizm zaobserwowano u Uczestniczki C, która już po sesji zauważyła, że sytuacja, która wcześniej wywoływała napięcie i dyskomfort, przestała mieć emocjonalne znaczenie:

*„Wiem, że to się wydarzyło, ale teraz, gdy o tym myślę, nie czuję już nic. Jakby ktoś wyjął emocje z tej pamięci.”*

Również Uczestniczka D opisała efekt sesji jako przejście z intensywnego zaangażowania emocjonalnego do neutralnego obserwowania wspomnienia:

*„Wcześniej wystarczyło, że ktoś wspomniał o mojej mamie i już byłam roztrzęsiona. Teraz opowiadam o tym, jakby to dotyczyło kogoś innego. Ale to nie odcięcie – po prostu spokój.”*

Wszystkie te relacje potwierdzają, że Embrace Therapy® nie wymaga historycznej „prawdziwości” wspomnienia, by zaszła realna przemiana emocjonalna i neurologiczna. Istotą metody jest uwolnienie zakodowanego w ciele i podświadomości ładunku emocjonalnego, który działa na psychikę niezależnie od kontekstu poznawczego. Z punktu widzenia współczesnej neuropsychologii emocji, praca z pamięcią emocjonalną – nawet symbolicznie zniekształconą lub zaimplementowaną – może przynieść realne skutki w funkcjonowaniu psychicznym. Dzieje się tak dlatego, że pamięć emocjonalna angażuje głównie struktury mózgu odpowiedzialne za reakcje afektywne, takie jak ciało migdałowate, hipokamp i układ limbiczny (LeDoux, 1998). Ciało migdałowate nie odróżnia obrazu wyobrażonego od rzeczywistego – jeśli dany bodziec został zapamiętany jako zagrażający lub obciążający, jego reaktywizacja (nawet pozorną) uruchamia realną reakcję stresową.

W takim ujęciu nie ma znaczenia czy doświadczenie było rzeczywiste, zaimplementowane, czy symboliczne. Jeśli emocja została zakodowana w systemie nerwowym, mózg i ciało traktują ją jak realną – co również tłumaczy, dlaczego Embrace Therapy® działa w sytuacjach zniekształconych lub niezweryfikowanych wspomnień. W swojej innej pracy Joseph LeDoux (2002) wskazuje, że procesy związane z lękiem, stresem i urazem funkcjonują autonomicznie względem kory nowej – a więc nie są zależne od racjonalnego przetwarzania informacji. Podobnie Jaak Panksepp (1998) podkreśla, że systemy emocjonalne w mózgu są głęboko ewolucyjnie zakorzenione i działają niezależnie od logicznego znaczenia bodźców – co oznacza, że emocja *zawsze ma rację* z punktu widzenia organizmu. W podejściu Embrace Therapy® istotną rolę odgrywa także poziom czwartego Ja – Ja Bóg / Ja Świadomość, które



wykracza poza klasyczne rozumienie tożsamości oparte na stanie Dziecka, Dorosłego i Rodzica (Analiza Transakcyjna). Embrace Therapy® traktuje człowieka jako istotę cielesną, emocjonalną, psychologiczną i duchową – zdolną do wewnętrznej transcendencji i doświadczania pełni poza historią i traumą. W tym kontekście nie chodzi już tylko o „przepracowanie traumy”, ale o rozpuszczenie tożsamości związanej z cierpieniem i o dostęp do głębszego poziomu Ja – przestrzeni, w której jednostka nie jest już definiowana przez ból. To właśnie ten poziom – *Ja Bóg* – umożliwia prawdziwe „rozpuszczenie emocji”, o którym mówiły uczestniczki badania, nawet jeśli nie pamiętały szczegółów sesji. Wspomniana przez Uczestniczkę E blokada w oddechu, która ustąpiła podczas sesji, czy u uczestniczki F poczucie, że „to jakby się nie wydarzyło”, mogą być interpretowane jako efekty duchowej dekontaminacji emocji, dostępnej jedynie z poziomu czwartego stanu Ja. To również tłumaczy, dlaczego zmiana jest tak głęboka i trwała, mimo że dotyczy tylko jednej sesji.

## ZAKOŃCZENIE

Celem niniejszej pracy było zbadanie wpływu metody Embrace Therapy® na obniżenie poziomu stresu, poprawę nastroju oraz wzrost poczucia własnej wartości u kobiet, które w dzieciństwie doświadczyły molestowania seksualnego. Skuteczność interwencji została oceniona na podstawie wyników testów psychologicznych (BDI, KPS, SES, IES-R, EPQ-R), pomiarów EEG Biofeedback oraz ankiet ewaluacyjnych wypełnianych 2–3 miesiące po sesji terapeutycznej. W badaniu wzięło udział sześć kobiet, z których każda przeszła jedną sesję Embrace Therapy®. Wyniki potwierdziły wszystkie hipotezy badawcze. Uczestniczki doświadczyły znaczącego spadku poziomu stresu i napięcia (zarówno subiektywnie, jak i neurofizjologicznie), poprawy nastroju oraz wzrostu samooceny. Zapis EEG Biofeedback wykazał wyraźne obniżenie amplitudy fal HiBeta, SMR i Beta, które odpowiadają za chroniczne pobudzenie i stres. W testach psychologicznych nastąpił m.in. spadek wskaźników depresyjności (BDI), a subiektywne relacje potwierdzały trwałość i głębokość zmiany. Szczególnie istotnym aspektem było zaobserwowanie, że skuteczność metody nie zależy od faktograficznej prawdziwości wspomnienia. Przypadek uczestniczki F, u której mogło dojść do zaimplementowania wspomnienia, pokazał, że transformacja emocjonalna może zajść także wtedy, gdy treść pamięci jest symboliczna lub wyobrażona. Kluczowym czynnikiem w Embrace Therapy® jest bowiem nie obiektywność wspomnień, lecz obecność ładunku emocjonalnego zakodowanego w podświadomości i ciele. Dzięki integracji emocji z poziomem



czwartego Ja – Ja Bóg / Ja Świadomość – uczestniczki odzyskiwały dostęp do poczucia wewnętrznego spokoju i godności, niezależnie od historii. Embrace Therapy® okazała się więc nie tylko skuteczną metodą przetwarzania traumy, lecz również procesem głębokiej integracji psychicznej i duchowej.

Niniejsza praca magisterska jest dla mnie nie tylko dokumentem naukowym, lecz również osobistym świadectwem tego, jak głęboka może być przemiana wewnętrzna, jeśli sięgnie się po właściwe narzędzia. Embrace Therapy® powstała na bazie moich doświadczeń osobistych i zawodowych – jako połączenie psychologii, pracy z ciałem i duchowości. Pierwszy artykuł naukowy opisujący tę metodę został już opublikowany, a drugi – oparty na wynikach pierwszego etapu badań – oczekuje na recenzję. Równolegle prowadzę szkolenia, rozwijam społeczność terapeutów i system licencjonowania Embrace Therapy®, aby metoda ta mogła służyć coraz większej liczbie osób. Mam głęboką nadzieję, że ta praca stanie się nie tylko dowodem skuteczności Embrace Therapy®, ale także inspiracją dla innych badaczy i praktyków, by nie bać się łączyć nauki z głębią człowieczeństwa. Bo transformacja – nawet po najtrudniejszych doświadczeniach – jest możliwa.



## BIBLIOGRAFIA

Anand, K. J. S., & Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New England Journal of Medicine*, 317(2), 1321–1329.

Anczewska, M. (2006). *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii, 34-35

Arns, M., de Ridder, S., Strehl, U., Breteler, M., & Coenen, A. (2009). "Efficacy of neurofeedback treatment in ADHD: the effects on inattention, impulsivity and hyperactivity: a meta-analysis." *Clinical EEG and Neuroscience*, 40(3), 180-189.

Bakhtadze, S., Janelidze, M., & Khachapuridze, N. (2011). ERP characteristics of children with ADHD during neurofeedback training.

Bayesert, J. (2004). Psychologiczne następstwa wykorzystywania seksualnego dzieci. W: J. Brzezińska (red.), *Rozwój człowieka. Konteksty edukacyjne* 233–248. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Beisert, M. (2004). *Kazirodztwo. Rodzice w roli sprawców*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Berne, E. (2004). *W co grają ludzie. Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA

Borkowska, A. (2023). Gwałt, trauma i zaburzenia lękowe: Jak radzić sobie z ciężkimi doświadczeniami. *GentleWoman Polska*.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Cortoo, A., De Valck, E., Arns, M., Breteler, M. H., & Cluydts, R. (2010). An exploratory study on the effects of tele-neurofeedback and tele-biofeedback on objective and subjective sleep in patients with primary insomnia. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 35(2), 125-134.

Courtois, C. A. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. San Francisco: Jossey-Bass.



- Dehghani, A., Soltanian-Zadeh, H., & Hossein-Zadeh, G.-A. (2023). Neural modulation enhancement using connectivity-based EEG neurofeedback with simultaneous fMRI for emotion regulation. *NeuroImage*, 279, 120320
- Dispenza, J. (2016). *Zmień swój umysł, zmień swoje życie*. Vital.
- Doeller, C. F. (2020). *Memory consolidation in the hippocampal-cortical circuit (MEMCOG)* [Project 800104, Horizon 2020].
- Dudek, D., Siwek, M., & Woroń, J. (2015). *Ból i depresja*. Poznań: Termedia, 62-64
- Eriksson, P. S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A. M., Nordborg, C., Peterson, D. A., & Gage, F. H. (1998). Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nature Medicine*, 4(11), 1313–1317.
- Faller, K. C. (1988). *Child Sexual Abuse: An Interdisciplinary Manual for Diagnosis, Case, Management and Treatment*. Columbia University Press.
- Fenderson, J. (2023). Kobieta – ofiara gwałtu. *Studia Prawnicze KUL*, 1(104), 77–93.
- Finkelhor, D. (1991). The scope of the problem. In K. Murray & D. Gough (Eds.), *Intervening in child sexual abuse*. Glasgow: Scottish Academic Press.
- Fuchs, T., Birbaumer, N., Lutzenberger, W., Gruzelier, J. H., & Kaiser, J. (2003). "Neurofeedback treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder in children: a comparison with methylphenidate." *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 28(1), 1-12.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 697–714.
- Gough, H. G., & Bradley, P. (1996). *CPI Manual (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hammond, D. C. (2005). "Neurofeedback treatment of depression and anxiety." *Journal of Adult Development*, 12(2-3), 131-137.
- Harasim, M. (1999). Portret psychologiczny chłopca obserwowanego w celu stwierdzenia, czy jest ofiarą wykorzystywania seksualnego. Warszawa: Wydział Psychologii UW.
- Hebb, D. O. (1949). *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. New York: Wiley
- Heidegger, M. (2012). *Bycie i czas*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Herkenham, M., Lynn, A. B., Johnson, M. R., Melvin, L. S., de Costa, B. R., & Rice, K. C. (1991). Characterization and localization of cannabinoid receptors in rat brain: a quantitative in vitro autoradiographic study. *The Journal of Neuroscience*, 11(2), 563–583.
- Herman, J. L. (1999). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: GWP.



- Heszen, I., & Sęk, H. (Red.). (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 11-12
- Husserl, E. (2006). *Idea fenomenologii*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: Free Press.
- Jankowicz, K., Suchocka, L., & Kaciuba, M. (2019). Zastosowanie metody EEG Biofeedback w terapii dzieci z trudnościami szkolnymi – studium przypadku. *Ogrody Nauk i Sztuk*, 9, 355–368.
- Jurkiewicz, B., & Kołpa, M. (2015). Stres a ryzyko wystąpienia depresji u ludzi młodych w przedziale wiekowym 20–35 lat. *Problemy Pielęgniarstwa*, 23(1), 13–19.
- Kant, I. (2001). *Krytyka czystego rozumu*. Warszawa: PWN.
- Kotlarska-Michalska, A. (2020). Skutki przemocy seksualnej w dzieciństwie w kontekście psychologii kobiet dorosłych
- Kowalska, A. (2017). *Kultura gwałtu w polskim społeczeństwie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kropotov, J. D., & Ponomarev, V. A. (2009). "Zastosowanie EEG Biofeedback /Neurofeedback w rehabilitacji psychiatrycznej." *Psychiatria Polska*, 43(5), 655-667.
- Kwolek, A., Podgórska, J., Rykała, J., & Leszczak, J. (2016). "Zastosowanie biofeedbacku w rehabilitacji neurologicznej." *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 14(1), 81-88
- Kubacka-Jasiecka, D., & Lipowska-Teutsch, A. (Red.). (1997). *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 55-56
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- LeDoux, J. E. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon & Schuster.
- LeDoux, J. E. (2002). *Synaptic self: How our brains become who we are*. Viking Penguin.
- Lipton, B. H. (2014). *Biologia przekonań*. Warszawa: Studio Astropsychologii.
- Loftus, E. F. (1997). Creating false memories. *Scientific American*, 277(3), 70–75.
- Maciąg, A. (2021). *Twoja wewnętrzna moc*. Wydawnictwo Otwarte.
- Makara-Studzińska, M. (Red.). (2020). *Stres i wypalenie zawodowe u lekarzy: Diagnostyka, terapia, profilaktyka*. Warszawa: Medical Education, 78-79



- Markiewicz, R. (2017). Zastosowanie EEG Biofeedback/Neurofeedback w rehabilitacji psychiatrycznej. *Psychiatria Polska*, 51(6), 1095–1106.
- Mechanic, D. (1978). *Students under stress: A study in the social psychology of adaptation*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Merleau-Ponty, M. (2001). *Fenomenologia percepcji*. Warszawa: PWN.
- Mikołajewska, E., & Mikołajewski, D. (2012). "Zastosowanie biofeedbacku w rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu." *Postępy Rehabilitacji*, 26(2), 45-50.
- Nawrocka, Z., Łojkowska, M., Piotrowska, J., Płatek, M., & Synakiewicz, A. (2011). *Dość milczenia. Przemoc seksualna wobec kobiet i problem gwałtu w Polsce*. Warszawa: Fundacja im. Heinricha Bölla.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Nowak, M. (2018). *Przemoc seksualna wobec kobiet w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Obrębowski, A. (2013). Plasticity of the brain in phoniatrics and neurologopedic practice. *Postępy w chirurgii głowy i szyi*, 12(1), 1–5.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych*. Warszawa: Difin, 90-91
- Ożarowska, M. (2006). Wpływ negatywnych doświadczeń z dzieciństwa na popełnianie przestępstw seksualnych. W: T. Rostowska, J. Rostowski (Red.), *Wokół wychowania* (s. 77–90). Łódź: Wyższa Szkoła Informatyki.
- Ożarowska, M. (2011). Wykorzystywanie seksualne dziecka: istota zjawiska, objawy, skutki. *Horyzonty Psychologii*, 1(1), 89–100.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pert, C. (2002). *Molekuły emocji*. Warszawa: Medium.
- Rogers, A. G. (2007). The unspeakable stories: Sexual practices, abuse, and the social imaginary. In: Brown, L. S., & Broido, E. (Eds.), *Ethical and legal issues in therapy with children and adolescents* (pp. 145–160). Washington, DC: APA.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.



- Russell, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child Abuse and Neglect*, 7, 133–146.
- Radziszewska-Konopka (2018). *Wprowadzenie do Psychobiologii*. [Materiał szkoleniowy, niepublikowany]. Akademia Psychobiologii Vedica
- Rossi, E. L. (2002). Psychosocial genomics: gene expression, neurogenesis, and human experience in mind-body medicine. *Advances in Mind-Body Medicine*, 18(2), 22–30
- Schützenberger, A. A. (2017). *Psychogenealogia w praktyce*. Warszawa: Virgo.
- Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. (1997). *Ustawa s dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny* (Dz.U.1997 nr 88 poz.553, z późn. zm.)
- Lew-Starowicz, Z. (1992). *Przemoc seksualna*. Warszawa: Wydawnictwo Prawnicze.
- Sęk, H. (Red.). (2010). *Wypalenie zawodowe: Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 73-74
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. New York: Norton & Co.
- Sikorski, W. (2016). Mechanizm neuroplastyczności i jego znaczenie dla psychoterapii oraz oceny jej skuteczności. *Psychoterapia*, 177(2), 43–56.
- Sobaniec, P., Thompson, L., Thompson, M., Zochowska, M., Bockowski, L., & Sendrowski, K. (2014). Neurofeedback as an aid in the treatment and rehabilitation of selected neurological disorders. *Neurologia Dziecięca*, 23(47), 41–50
- Starowicz, L. (1992). *Seksuologia sądowa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Sterman, M. B., & Egner, T. (2006). "Foundation and practice of neurofeedback for the treatment of epilepsy." *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 31(1), 21-35.
- Szczęsna, J. (2022). *Gwałt na duszy kobiety z bronią: Zapiski autobiograficzne z elementami grozy*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Szymańska, D. (2023). Wpływ Embrace Therapy® w ujęciu analizy transakcyjnej na domknięcie potrzeb („głasków”) wewnętrznego dziecka, zmianę perspektywy oceny sytuacji i uwolnienie trudnych emocji. *Edukacyjna Analiza Transakcyjna*, 12, 121–148.
- Szymańska, D. (2020). *Boski Umysł*. Amazon Kindle Direct Publishing
- Tołkacz, M., Zalewska-Janowska, A., Pietrzak, A., Ograczyk-Piotrowska, A., & Kabzińska, Z. (2019). Stres i wypalenie zawodowe wśród kobiet pracujących w różnych segmentach rynku farmaceutycznego. *Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica*, 68, 107–123.
- Tomaszewska, P., & Wójcik, B. (2021). Psychologiczne następstwa przemocy seksualnej w dzieciństwie: Systematyczny przegląd literatury.



Tracz, B. (2020). Gwałty, których skali i sadyzmu nie można sobie wyobrazić. *Biuletyn Instytutu Pamięci Narodowej*, 1, 104–123.

van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. C. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.

Yu, L., Mathur, P., Schulz, P. E., & Lien, A. (2018). The effectiveness of biofeedback in the treatment of stress-related disorders: A systematic review. *Frontiers in ICT*, 5, 23.

Zotev, V., Mayeli, A., Misaki, M., & Bodurka, J. (2019). Emotion self-regulation training in major depressive disorder using simultaneous real-time fMRI and EEG neurofeedback. *NeuroImage: Clinical*, 27, 102331.

Żuławska, M., & Bartosz, A. (2019). Molestowanie seksualne w miejscu pracy – uwarunkowania psychologiczne i społeczne. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2(980), 45–60.

## NETOGRAFIA

Anand, K. J. S., & Hickey, P. R. (1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New England Journal of Medicine*, 317(2), 1321–1329.  
<https://doi.org/10.1056/NEJM198711193172105>

Borkowska, A. (2023). Gwałt, trauma i zaburzenia lękowe: Jak radzić sobie z ciężkimi doświadczeniami. *GentleWoman Polska*. <https://gentlewoman.eu/gwalt-trauma-i-zaburzenia-lekowe-jak-radzic-sobie-z-ciezkiemi-doswiadczeniami/>

CORDIS. (n.d.). *Project: Brain Plasticity and Memory – Oslo*. Retrieved from <https://cordis.europa.eu/project/id/800104>

CORDIS. (2020). *Research deciphers how the brain retrieves contextual memories*. EU research results. Retrieved from <https://cordis.europa.eu/article/id/428817-research-deciphers-how-the-brain-retrieves-contextual-memories/pl>

NeuroMaster. (n.d.). *EEG Biofeedback – Treningi mózgu*. Retrieved from <https://neuromaster.pl/eeg-biofeedback/>

Psychiatria Polska. (2017). *Psychiatria Polska*, 51(6), 1095–1106.  
<https://doi.org/10.12740/PP/68919>



## **SPIS TABEL**

Tabela 1. Wybrane publikacje naukowe dotyczące zastosowania EEG-Biofeedback w różnych dziedzinach medycyny i terapii .....	15
Tabela 2. Wybrane publikacje naukowe dotyczące zastosowania metody EEG-Biofeedback w poprawie funkcji neurologicznych i psychicznych .....	16
Tabela 3. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki A .....	57
Tabela 4. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki B .....	65
Tabela 5. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki C .....	73
Tabela 6. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki D .....	82
Tabela 7. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki E .....	90
Tabela 8. Zestawienie wyników testów psychologicznych Uczestniczki F.....	99

## **SPIS RAPOTÓW Z BADANIA EEG BIOFEEDBACK**

Rysunek 1. Raport z badania przed sesją – Przypadek 1. Wyniki początkowe .....	59
Rysunek 2. Raport z badania po sesji – Przypadek 1. Wyniki końcowe .....	60
Rysunek 3. Raport z badania przed sesją – Przypadek 2. Wyniki początkowe .....	67
Rysunek 4. Raport z badania po sesji – Przypadek 2. Wyniki końcowe .....	68
Rysunek 5. Raport z badania przed sesją – Przypadek 3. Wyniki początkowe .....	75
Rysunek 6. Raport z badania po sesji – Przypadek 3. Wyniki końcowe .....	76
Rysunek 7. Raport z badania przed sesją – Przypadek 4. Wyniki początkowe .....	83
Rysunek 8. Raport z badania po sesji – Przypadek 4. Wyniki końcowe .....	85
Rysunek 9. Raport z badania przed sesją – Przypadek 5. Wyniki początkowe .....	92
Rysunek 10. Raport z badania po sesji – Przypadek 5. Wyniki końcowe .....	93
Rysunek 11. Raport z badania przed sesją – Przypadek 6. Wyniki początkowe .....	101
Rysunek 12. Raport z badania po sesji – Przypadek 6. Wyniki końcowe .....	102

## **ZAŁĄCZNIKI**

Ankieta – opracowanie własne

Imię i nazwisko.....

Wiek.....

Miejscowość i data.....

Ile czasu minęło od sesji, której dotyczą odpowiedzi.....



1. Czy od czasu poprzedniej sesji Embrace Therapy® zauważyłaś/eś jakieś zmiany w podejściu do problemu, który wówczas przedstawiłaś/eś? Jeśli tak, to jakie konkretnie:

.....  
.....

2. Czy podczas sesji udało ci się uwolnić emocje związane z tym problemem? Jeśli tak, proszę opisz, w jaki sposób:

.....  
.....

3. Czy pojawiły się pierwsze widoczne efekty w zmianie perspektywy i uwolnienia emocji z tej konkretnej sytuacji? Jeśli tak, to kiedy zauważyłaś/eś pierwsze i trwałe efekty? Czy było to od razu podczas sesji i pozostało trwałe w swojej zmianie, czy pojawiło się po?

.....  
.....

4. Czy Twoja perspektywa postrzegania tego problemu uległa zmianie w ciągu ostatniego czasu od sesji? Jeśli tak, jakie konkretnie zmiany zauważyłaś/eś?

.....  
.....

5. Czy w wyniku doświadczenia z poprzedniej sesji nauczyłaś/eś się skuteczniej radzić sobie z podobnymi problemami w przyszłości? Opisz swoje doświadczenia lub strategie:

.....  
.....

6. Czy w analogicznych (emocjonalnie) sytuacjach od ostatniej sesji ET® odczuwasz mniejsze emocje lub jesteś w stanie lepiej sobie radzić z nimi w analogicznych „kanapkach emocjonalnych” lub/i sytuacjach?

.....  
.....

