Atlas odmiennych stanów świadomości

Sen, flow, medytacja, hipnoza, oddech i psychodeliki.



Sześć rozdziałów o tym, jak zmienia się nasze doświadczenie.

Wydanie bezpłatne · SACRUM · październik 2026

Możesz zacząć od ciekawości.

Atlas porządkuje sześć obszarów doświadczenia. Wybierz ten, który jest Ci najbliższy, albo przeczytaj całość po kolei.

Sen i świadome śnienie 03

Flow i pełne zaangażowanie 07

Medytacja i uważna obserwacja 11

Hipnoza i praca z wyobraźnią 15

Oddech i odczuwanie ciała 19

Doświadczenia psychodeliczne 23

Jak czytać atlas

W rozdziałach rozdzielamy opisy doświadczeń, ustalenia badań i pytania pozostające bez odpowiedzi. Każdy rozdział kończą granice bezpieczeństwa oraz bibliografia.

To praktyczny podział, nie naukowa drabina „poziomów świadomości”. Granice między obszarami są płynne.

Zanim zaczniesz

Materiał edukacyjny nie zastępuje indywidualnej konsultacji. Nie służy do diagnozy ani kwalifikacji do praktyk i nie zawiera instrukcji używania substancji. Ilustracje są artystyczną interpretacją doświadczeń, wygenerowaną w estetyce malarskiej.

Sen i świadome śnienie

Co noc umysł buduje światy bez udziału zmysłów. Czasem orientuje się, że śni, i zostaje w tym śnie.



O czym mówimy

Sen nie jest wyłączeniem świadomości. W ciągu nocy kilka razy przechodzimy przez cykl faz snu i w każdej z nich doświadczenie wygląda inaczej: od głębokiego snu, z którego niewiele pamiętamy, po żywe, fabularne marzenia senne, najczęściej w fazie REM. Świadomy sen to sen, w którym śniący zdaje sobie sprawę, że śni, i nadal w nim pozostaje.

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Moment rozpoznania często przychodzi przy czymś niespójnym: zegar co chwilę pokazuje inną godzinę, napis zmienia się przy ponownym czytaniu, w kuchni stoi ktoś, kogo od dawna nie ma. Ludzie opisują nagłe wyostrzenie, ciekawość albo ekscytację tak silną, że potrafi obudzić.

Część osób umie w takim śnie coś zmienić, inne tylko obserwują. Na granicy snu i czuwania zdarzają się też obrazy i dźwięki towarzyszące zasypianiu, a niekiedy paraliż przysenny: świadomość już wróciła, a ciało jeszcze nie odpowiada.

Faza REM
Faza snu z szybkimi ruchami gałek ocznych, wysoką aktywnością mózgu i obniżonym napięciem mięśni. Wtedy najczęściej pojawiają się żywe, fabularne sny.

Świadomy sen
Sen z wglądem: wiem, że śnię. Kontrola nad treścią snu to osobna umiejętność i nie zawsze idzie w parze z wglądem.

Stany hipnagogiczne
Obrazy, dźwięki i myśli pojawiające się podczas zasypiania. Te, które towarzyszą wybudzaniu, nazywa się hipnopompicznymi.

Paraliż przysenny
Krótki stan, w którym świadomość już działa, a mięśnie pozostają rozluźnione jak w fazie REM. Bywa przerażający, zwykle mija samoistnie.

Częsty mit

„Świadomy sen oznacza pełną kontrolę nad snem.”

Badacze odróżniają wgląd (wiem, że śnię) od kontroli (mogę zmieniać przebieg snu). W skali LuCiD opisanej przez Voss i współpracowników (2013) to odrębne wymiary. Wiele świadomych snów zawiera wgląd bez kontroli, a próby zmiany scenerii często się nie udają albo kończą się przebudzeniem.

Badania bliżej. Ciekawostki.

REM nie jest wyłącznikiem

W REM mózg nie przechodzi w prosty tryb „off". Aktywność obszarów związanych z obrazami, emocjami i pamięcią może być wysoka, podczas gdy kontrola wykonawcza działa inaczej niż na jawie. Dlatego sen potrafi być jednocześnie logiczny od środka i absurdalny z perspektywy poranka.

Co naprawdę działa na świadome śnienie?

Przegląd Tan i Fan (2023) zebrał 19 badań nad czternastoma technikami. Najlepiej zapowiadała się MILD, czyli połączenie przypominania sobie snów z intencją rozpoznania snu, ale jakość dowodów była nierówna. Galantamina wygląda obiecująco, jednak nie jest niewinnym suplementem i wymaga dalszych replikacji.

Rozmowa ze śniącym

W badaniu czterech laboratoriów 36 osób spało pod kontrolą polisomnografii. W sześciu przypadkach śniący odpowiadali na proste pytania ruchami oczu albo mięśni twarzy. To nie dowodzi, że sen jest „drugim światem", ale pokazuje, że podczas REM można czasem utrzymać percepcję, pamięć roboczą i intencjonalną odpowiedź.

Ciekawostki

- W snach częściej pamiętamy emocjonalny ton niż dokładną kolejność wydarzeń.
- Poczucie czasu we śnie nie zawsze jest skrócone: osoby w świadomym śnie potrafią wykonywać umówione zadania w tempie zbliżonym do jawy.
- Koszmar i świadomy sen mogą spotkać się w jednym doświadczeniu; świadomość „to sen" nie gwarantuje przyjemnej treści.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- Świadome sny potwierdzono w laboratorium: osoby śpiące w fazie REM wysyłały umówione sygnały ruchami oczu (LaBerge i in., 1981).
- W metaanalizie 50 lat badań około 55% osób zgłaszało co najmniej jeden świadomy sen w życiu, a około 23% przynajmniej raz w miesiącu (Saunders i in., 2016).
- W 2021 r. cztery zespoły badawcze pokazały, że z osobą w świadomym śnie można wymienić proste komunikaty w czasie rzeczywistym (Konkoly i in., 2021).

Otwarte pytania

- Czy regularne wywoływanie świadomych snów wpływa na jakość snu i samopoczucie. Wyniki są niejednoznaczne (Soffer-Dudek, 2020).
- Na ile techniki wywoływania świadomych snów działają u różnych osób i jak trwałe są efekty.
- Jaką funkcję pełnią marzenia senne. Istnieje kilka konkurencyjnych teorii.

Granice bezpieczeństwa

- Techniki wymagające budzenia się w nocy skracają i rozbijają sen. Przy bezsenności, obniżonym nastroju lub dużym zmęczeniu lepiej z nich zrezygnować.
- Jeśli praktyka sprawia, że granica między snem a jawą zaczyna się zacierać w niepokojący sposób, przerwij ją.
- Nawracający paraliż przysenny, częste koszmary albo senność w ciągu dnia to powód do rozmowy z lekarzem.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Kiedy ostatnio sen wydał się bardziej prawdziwy niż dzień, który go poprzedził? Co sprawiło, że był tak przekonujący?

Źródła i dalsza lektura

1. LaBerge, S., Nagel, L. E., Dement, W. C., & Zarcone, V. P. (1981). Lucid dreaming verified by volitional communication during REM sleep. Perceptual and Motor Skills, 52(3), 727–732.
2. Saunders, D. T., Roe, C. A., Smith, G., & Clegg, H. (2016). Lucid dreaming incidence: A quality effects meta-analysis of 50 years of research. Consciousness and Cognition, 43, 197–215.
3. Voss, U., Schermelleh-Engel, K., Windt, J., Frenzel, C., & Hobson, A. (2013). Measuring consciousness in dreams: The lucidity and consciousness in dreams scale. Consciousness and Cognition, 22(1), 8–21.
4. Konkoly, K. R. i in. (2021). Real-time dialogue between experimenters and dreamers during REM sleep. Current Biology, 31(7), 1417–1427.
5. Soffer-Dudek, N. (2020). Are lucid dreams good for us? Are we asking the right question? A call for caution in lucid dream research. Frontiers in Neuroscience, 13, 1423.
6. Tan, S., & Fan, J. (2023). A systematic review of new empirical data on lucid dream induction techniques. Journal of Sleep Research, 32(3), e13786.
7. Tan, S., & Fan, J. (2023). A systematic review of new empirical data on lucid dream induction techniques. Journal of Sleep Research, 32(3), e13786.

artykuł Soffer-Dudek (2020) w otwartym dostępie dobrze pokazuje, czego o świadomym śnieniu jeszcze nie wiemy.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app

Flow i pełne zaangażowanie

Gdy zadanie i umiejętności są dobrze dopasowane, poczucie czasu i ocenianie siebie potrafią zniknąć z pola widzenia.



O czym mówimy

Psycholog Mihaly Csikszentmihalyi pytał wspinaczy, szachistów, chirurgów i muzyków o chwile, w których praca „szła sama". Ich opisy okazały się zaskakująco podobne. Nazwał ten stan flow, po polsku często „przepływ". Nie wymaga niezwykłych warunków. Pojawia się przy pisaniu, rozmowie, sporcie, gotowaniu czy programowaniu.

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Uwaga zawęża się do tego, co robię. Cichnie wewnętrzny komentator, który zwykle ocenia i porównuje. Godzina mija jak dziesięć minut, choć zdarza się też odwrotnie: krótka chwila rozciąga się w czasie.

Działanie wydaje się płynne, każdy ruch wynika z poprzedniego, a informacja zwrotna przychodzi od razu: nuta brzmi czysto, piłka trafia, zdanie się domyka. Po wszystkim ludzie mówią raczej o satysfakcji niż o euforii.

Wyzwanie na miarę
Flow pojawia się najczęściej, gdy zadanie jest nieco trudniejsze niż zwykle, ale wciąż wykonalne. Za łatwe nudzi, za trudne budzi niepokój.

Cel i informacja zwrotna
Wiem, co robię w tej chwili, i od razu widzę, czy to działa. To jeden z najsilniejszych warunków sprzyjających flow.

Absorpcja
Skłonność do całkowitego zanurzania się w doświadczeniu. Ludzie różnią się nią, a jej wysoki poziom wiąże się m.in. z większą podatnością na hipnozę.

Mniej samooceny
Znika patrzenie na siebie z zewnątrz i ocenianie się, choć kontrola nad tym, co robię, pozostaje.

Częsty mit

„Flow to stan relaksu, który najłatwiej złapać w czasie wolnym."

W badaniach z próbkowaniem doświadczeń, w których uczestnicy kilka razy dziennie opisywali, co robią i jak się czują, flow częściej pojawiał się w pracy niż w czasie wolnym, wypełnionym często biernym odpoczynkiem (Csikszentmihalyi i LeFevre, 1989). Flow wymaga zaangażowania i wysiłku, choć w jego trakcie wysiłek przestaje być odczuwany jako ciężar.

Badania bliżej. Ciekawostki.

Flow nie ma jednego skanu mózgu

Przegląd 25 badań neuroobrazowych i EEG znalazł powtarzające się związki z uwagą, funkcjami wykonawczymi i nagrodą, ale wyniki dotyczące kory przedczołowej były niespójne. Popularne zdanie o „wyłączonej korze przedczołowej" jest więc użyteczną metaforą, nie ustalonym faktem.

Najważniejsze jest dopasowanie

W klasycznym badaniu próbkowania doświadczeń flow częściej pojawiało się w pracy niż w czasie wolnym. Nie dlatego, że każda praca wciąga, ale dlatego, że zadanie dawało cel, informację zwrotną i wyzwanie. Sam relaks nie jest warunkiem przepływu.

Automatyczność ma cenę

W flow można działać sprawnie, ale zawężona uwaga może pomijać sygnały z ciała i otoczenia. W sporcie to bywa zaletą, a w zadaniu wymagającym monitorowania ryzyka może stać się słabością. Stan nie mówi sam z siebie, czy cel jest dobry.

Ciekawostki

- Muzyka, sport, rzemiosło i programowanie mogą prowadzić do podobnego poczucia zanurzenia, mimo że angażują zupełnie inne umiejętności.
- Przerwanie flow bywa nieprzyjemne, bo powrót do samooceny odsłania zmęczenie, którego wcześniej nie było czuć.
- Współczesne aplikacje projektują pętle celu i nagrody podobne do tych, które naturalnie podtrzymują zaangażowanie.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- Opisy flow są podobne w bardzo różnych dziedzinach: w sporcie, sztuce, pracy i zabawie.
- Sprzyjają mu przede wszystkim jasny cel, szybka informacja zwrotna i trudność dopasowana do umiejętności.
- Pełne zaangażowanie może towarzyszyć także czynnościom szkodliwym. Opisano je m.in. u surferów wielkich fal w kontekście uzależnienia od ryzyka (Partington i in., 2009).

Otwarte pytania

- Jak mierzyć flow w chwili, gdy trwa, bez przerywania go pytaniem.
- Jakie procesy w mózgu mu towarzyszą. Popularna hipoteza o „wyciszeniu” kory przedczołowej (Dietrich, 2004) pozostaje dyskusyjna.
- Czy flow można celowo trenować, czy raczej tylko tworzyć mu dobre warunki.

Granice bezpieczeństwa

- Flow nie jest dowodem, że dana czynność nam służy. Pochłaniać mogą też gry hazardowe, ryzykowne sporty czy bezwiedne przewijanie treści.
- Utrata poczucia czasu ma swoje koszty: pominięte posiłki, sen, przerwy. W sportach ryzykownych słabsza samokontrola może zwiększać ryzyko wypadku.
- Jeśli trudno przerwać jakąś czynność mimo wyraźnych szkód, to raczej sygnał kompulsji niż flow. Warto wtedy poszukać wsparcia.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Przy jakiej czynności czas ostatnio przestał mieć znaczenie? Co w niej sprawiło, że uwaga sama się trzymała?

Źródła i dalsza lektura

1. Csikszentmihalyi, M. (1990). Flow: The psychology of optimal experience. Harper & Row.
2. Csikszentmihalyi, M., & LeFevre, J. (1989). Optimal experience in work and leisure. Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), 815–822.
3. Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2002). The concept of flow. W: C. R. Snyder i S. J. Lopez (red.), Handbook of positive psychology (s. 89–105). Oxford University Press.
4. Dietrich, A. (2004). Neurocognitive mechanisms underlying the experience of flow. Consciousness and Cognition, 13(4), 746–761.
5. Partington, S., Partington, E., & Olivier, S. (2009). The dark side of flow: A qualitative study of dependence in big wave surfing. The Sport Psychologist, 23(2), 170–185.
6. Tellegen, A., & Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences („absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. Journal of Abnormal Psychology, 83(3), 268–277.
7. Alameda, C., Sanabria, D., & Ciria, L. F. (2022). The brain in flow: A systematic review on the neural basis of the flow state. Cortex, 154, 348–364.
8. Alameda, C., Sanabria, D., & Ciria, L. F. (2022). The brain in flow: A systematic review on the neural basis of the flow state. Cortex, 154, 348–364.

książka Csikszentmihalyiego „Flow" (1990) — przystępne wprowadzenie od autora pojęcia.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app

Medytacja i uważna obserwacja

Trening uwagi, w którym materiałem pracy jest zwykła chwila: oddech, dźwięk, myśl, która właśnie się pojawiła.



O czym mówimy

„Medytacja” to zbiorcza nazwa wielu różnych praktyk: skupiania uwagi na jednym obiekcie, otwartego obserwowania wszystkiego, co się pojawia, praktyk życzliwości, recytacji, medytacji w ruchu. Łączy je to, że celowo pracują z uwagą i z relacją do własnego doświadczenia. Pochodzą z różnych tradycji religijnych i filozoficznych, a współczesne programy, takie jak MBSR, przeniosły część z nich do kontekstu świeckiego.

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Pierwsze odkrycie zwykle nie jest spektakularne: umysł nieustannie odpływa. Z czasem ludzie zauważają, że myśl można zobaczyć jako zdarzenie, które przychodzi i odchodzi, zamiast od razu za nią podążać. Pojawiają się chwile spokoju, wyraźniejsze odczuwanie ciała, czasem senność albo niepokój.

Przy długich odosobnieniach zdarzają się doświadczenia nietypowe: zmiana poczucia granic ciała, intensywne emocje i wspomnienia, wrażenie, że znane poczucie „ja" staje się mniej stałe.

Skupienie uwagi
Utrzymywanie uwagi na wybranym obiekcie, np. oddechu, i łagodny powrót, gdy odpłynie.

Otwarta obserwacja
Obserwowanie wszystkiego, co pojawia się w doświadczeniu, bez wybierania jednego obiektu.

Uważność
W programach klinicznych: celowe, nieoceniające zwracanie uwagi na bieżące doświadczenie. W tradycjach buddyjskich pojęcie ma szersze znaczenie.

Błądzenie myślami
Spontaniczne odpływanie myśli od tego, co robimy. Zjawisko powszechne, a nie błąd osoby medytującej.

Częsty mit

„Medytacja polega na opróżnieniu umysłu z myśli."

W większości popularnych praktyk celem nie jest brak myśli, tylko zauważenie, że się pojawiły, i powrót do wybranego obiektu. Każde takie zauważenie jest właściwie powtórzeniem ćwiczenia. W dużym badaniu z próbkowaniem doświadczeń ludzie błądzili myślami przez blisko połowę czasu czuwania (Killingsworth i Gilbert, 2010), więc trudno oczekiwać, że kilka minut praktyki to zmieni.

Badania bliżej. Ciekawostki.

Średni efekt nie jest obietnicą dla każdej osoby

Indywidualne dane z randomizowanych badań programów mindfulness w środowisku nieklinicznym wskazują na przeciętne zmniejszenie dystresu, ale efekty różnią się między osobami. To ważna korekta wobec reklam, które przedstawiają medytację jako uniwersalne rozwiązanie.

Praktyka zmienia relację z myślą

W treningu uwagi nie chodzi o wyprodukowanie pustej głowy. Badania nad regulacją uwagi opisują raczej powtarzalny cykl: zauważenie rozproszenia, odklejenie się od niego i powrót. Właśnie ten mikroruch jest materiałem ćwiczenia.

Trudne doświadczenia mają język

Badania jakościowe pokazują, że lęk, poczucie nierealności, intensywne wspomnienia i zmiana granic „ja” mogą wystąpić także u osób bez wcześniejszych problemów. Nie oznacza to, że medytacja jest niebezpieczna dla wszystkich; oznacza, że dawka, kontekst i możliwość przerwania mają znaczenie.

Ciekawostki

- Błądzenie myślami pojawia się również u osób z wieloletnią praktyką; różnica może dotyczyć szybszego zauważania, a nie całkowitego braku rozproszeń.
- Uważność w programie klinicznym i medytacja w tradycji religijnej nie są tym samym pakietem. Mają częściowo wspólne ćwiczenia, ale inne cele i konteksty.
- Praktyka w ruchu, z otwartymi oczami albo przy dźwiękach może być lepszym wejściem niż siedzenie w bezruchu.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- Programy oparte na uważności mają umiarkowane potwierdzenie skuteczności w zmniejszaniu lęku, objawów depresji i bólu. W przypadku innych efektów dowody są słabe (Goyal i in., 2014).
- Medytacja nie jest wolna od działań niepożądanych. W przeglądzie 83 badań około 8% uczestników doświadczyło niepożądanego efektu, najczęściej lęku lub obniżenia nastroju (Farias i in., 2020).
- Trudne doświadczenia zgłaszają także osoby praktykujące od lat i bez wcześniejszych problemów psychicznych (Lindahl i in., 2017).

Otwarte pytania

- Ile praktyki potrzeba do trwałych zmian i czy krótkie sesje w aplikacji działają podobnie jak programy prowadzone przez nauczyciela.
- Na ile efekty wynikają z samej medytacji, a na ile z oczekiwań, grupy i struktury programu.
- Jak przewidzieć, kto doświadczy działań niepożądanych.

Granice bezpieczeństwa

- Intensywne odosobnienia, z wieloma godzinami praktyki dziennie, to zupełnie inne obciążenie niż dziesięć minut rano. Przy historii psychozy, ciężkiej depresji lub świeżej traumie warto skonsultować je ze specjalistą.
- Jeśli praktyka nasila lęk, natrętne wspomnienia albo poczucie nierealności, przerwij ją lub zmień formę: krótsza sesja, otwarte oczy, praktyka w ruchu.
- Medytacja może wspierać zdrowie psychiczne, ale nie zastępuje leczenia.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Co pojawia się jako pierwsze, gdy przez minutę nic nie robisz: myśl, dźwięk, odczucie w ciele czy odruch, by sięgnąć po telefon?

Źródła i dalsza lektura

1. Goyal, M. i in. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. JAMA Internal Medicine, 174(3), 357–368.
2. Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: A systematic review. Acta Psychiatrica Scandinavica, 142(5), 374–393.
3. Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. PLOS ONE, 12(5), e0176239.
4. Killingsworth, M. A., & Gilbert, D. T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. Science, 330(6006), 932.
5. Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. Trends in Cognitive Sciences, 12(4), 163–169.
6. Galante, J. i in. (2023). Individual participant data systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials assessing adult mindfulness-based programmes for mental health promotion in non-clinical settings. Nature Mental Health, 1, 462–476.
7. Galante, J. i in. (2023). Individual participant data systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials assessing adult mindfulness-based programmes for mental health promotion in non-clinical settings. Nature Mental Health, 1, 462–476.

badanie Lindahl i współpracowników (2017) w otwartym dostępie: rzetelny obraz trudnych doświadczeń w medytacji.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app

Hipnoza i praca z wyobraźnią

Skupiona uwaga, wyobraźnia i odpowiedź na sugestię. Bez wahadła i bez utraty woli.



O czym mówimy

Hipnoza kojarzy się ze sceną: ktoś zasypia na komendę i robi rzeczy, których potem nie pamięta. W gabinecie i w laboratorium wygląda to spokojniej. Osoba siedzi wygodnie, słucha głosu prowadzącego i angażuje się w wyobrażenia. Pozostaje świadoma i zwykle pamięta przebieg sesji. Zmienia się przede wszystkim to, jak doświadcza sugestii. Sekcja 30 Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego opisuje hipnozę jako stan świadomości obejmujący skupioną uwagę i ograniczoną świadomość otoczenia, w którym rośnie zdolność reagowania na sugestię (Elkins i in., 2015).

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Ludzie mówią o przyjemnym zanurzeniu, podobnym do chwili, gdy wciąga film albo książka. Ciało bywa ciężkie lub lekkie, dźwięki z otoczenia oddalają się, choć nadal są słyszalne. Sugestie wydają się dziać „same": ręka unosi się, zanim pojawi się poczucie, że się ją podnosi.

Część osób widzi wyraźne obrazy, inne raczej czują albo myślą. Nie wszyscy mają wrażenie, że byli „w hipnozie", i to także jest częsty opis. Prowadzący nie przejmuje kontroli: osoba może w każdej chwili otworzyć oczy, odmówić sugestii albo przerwać sesję.

Indukcja
Wprowadzenie: seria sugestii, które pomagają skupić uwagę i przygotowują do dalszej pracy. Może trwać kilka minut i nie wymaga zamykania oczu.

Sugestia
Propozycja zmiany doświadczenia, np. „ręka staje się lżejsza". Osoba na nią odpowiada, często z poczuciem, że dzieje się to bez jej wysiłku.

Hipnotyzowalność
Indywidualna podatność na sugestie w hipnozie. Mierzy się ją standardowymi skalami i pozostaje względnie stała przez dziesięciolecia (Piccione i in., 1989).

Autohipnoza
Samodzielne wchodzenie w stan skupienia i praca z sugestią, np. z nagraniem lub własnym, wcześniej przygotowanym tekstem.

Częsty mit

„Pod hipnozą można dokładnie odtworzyć zapomniane wspomnienia."

Hipnoza zwiększa pewność, z jaką ludzie opowiadają o wspomnieniach, ale niekoniecznie ich trafność. Pod wpływem sugestii mogą pojawić się szczegóły dodane lub zniekształcone, a osoba będzie w nie mocno wierzyć. Dlatego Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne już w 1985 r. ostrzegało przed używaniem hipnozy do „odświeżania" wspomnień, na przykład w postępowaniach sądowych.

Badania bliżej. Ciekawostki.

Sugestia nie jest wyłączeniem kontroli

Współczesne modele hipnozy opisują zmianę uwagi, wyobraźni i oceny tego, co dzieje się „z własnej woli". Osoba może wykonać sugestię z poczuciem spontaniczności, a jednocześnie zachować możliwość odmowy. Podatność jest cechą indywidualną, nie miarą charakteru ani inteligencji.

Najmocniejsze dane dotyczą bólu

Metaanaliza 85 kontrolowanych badań wykazała redukcję bólu eksperymentalnego, szczególnie przy bezpośrednich sugestiach analgetycznych i u osób o średniej lub wysokiej podatności. Nowszy przegląd kliniczny z 2026 r. znalazł małe korzyści wobec nieaktywnych kontroli, ale brak wyraźnej przewagi nad relaksacją, edukacją bólową czy CBT. To dobry przykład, jak czytać wynik bez obietnicy „działa na wszystko".

Pamięć jest podatna na pewność

Hipnoza może zwiększać subiektywną pewność opowieści, ale nie daje gwarancji jej prawdziwości. Im bardziej prowadzący sugeruje konkretną wersję wydarzeń, tym większe ryzyko dopowiedzeń. Z hipnozy nie powinno się robić narzędzia do odzyskiwania rzekomo ukrytych wspomnień.

Ciekawostki

- Nie każdy doświadcza obrazów. Dla jednej osoby sugestia jest obrazem, dla innej zmianą napięcia mięśni, dźwiękiem albo po prostu myślą.
- Hipnoza sceniczna opiera się także na selekcji ochotników, kontekście społecznym i zgodzie na zabawę konwencją.
- Autohipnoza nie oznacza samotnego leczenia. Oznacza samodzielne użycie wyuczonych instrukcji, zwykle w ograniczonym celu.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- Ludzie wyraźnie różnią się podatnością na hipnozę, a ta cecha jest stabilna w czasie (Piccione i in., 1989).
- Sugestie hipnotyczne zmniejszają odczuwanie bólu w warunkach eksperymentalnych. Metaanaliza 85 kontrolowanych badań wykazała istotny efekt, najsilniejszy u osób wysoko podatnych (Thompson i in., 2019).
- W medycynie hipnoza jest stosowana jako metoda wspomagająca. Brytyjskie wytyczne NICE wymieniają hipnoterapię jako opcję w zespole jelita drażliwego, gdy inne metody nie pomagają.

Otwarte pytania

- Czy hipnoza jest odrębnym stanem świadomości, czy przede wszystkim efektem oczekiwań, motywacji i wyobraźni. Ten spór trwa od dziesięcioleci.
- Dlaczego jedni ludzie są bardzo podatni, a inni prawie wcale.
- Na ile korzyści w praktyce klinicznej wynikają z samej hipnozy, a na ile z relacji terapeutycznej i innych elementów leczenia.

Granice bezpieczeństwa

- Hipnoza nie odbiera woli. W każdej chwili można otworzyć oczy, odmówić sugestii i zakończyć sesję.
- Do pracy terapeutycznej potrzebna jest osoba z kwalifikacjami w danym obszarze zdrowia. Znajomość technik hipnozy nie uprawnia do leczenia problemów, których prowadzący nie leczyłby bez niej.
- Przy psychozie, ciężkich zaburzeniach dysocjacyjnych lub w kryzysie psychicznym potrzebna jest szczególna ostrożność i konsultacja ze specjalistą.
- Nie słuchaj nagrań hipnotycznych ani relaksacyjnych podczas prowadzenia pojazdu.
- Unikaj „odzyskiwania” wspomnień w hipnozie: rośnie ryzyko fałszywych wspomnień, w które łatwo uwierzyć.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Kiedy ostatnio samo wyobrażenie wywołało w tobie prawdziwą reakcję ciała: ślinę na myśl o cytrynie, dreszcz, przyspieszony oddech?

Źródła i dalsza lektura

1. Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 63(1), 1–9.
2. Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1985). Scientific status of refreshing recollection by the use of hypnosis. JAMA, 253(13), 1918–1923.
3. Piccione, C., Hilgard, E. R., & Zimbardo, P. G. (1989). On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 289–295.
4. Thompson, T. i in. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 99, 298–310.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Irritable bowel syndrome in adults: diagnosis and management (CG61).
6. Matejuk, P. (2022). Autohipnoza. Bliskie spotkania z samym sobą. Sensus.
7. Yim, T. H., & Derbyshire, S. W. G. (2026). A systematic review of hypnosis for clinical pain relief. European Journal of Pain, 30(8), e70369.
8. Yim, T. H., & Derbyshire, S. W. G. (2026). A systematic review of hypnosis for clinical pain relief. European Journal of Pain, 30(8), e70369.

definicja Sekcji 30 APA (Elkins i in., 2015) — krótki tekst, który porządkuje, czym hipnoza jest w badaniach i praktyce.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app

Oddech i odczuwanie ciała

Jedyny automatyczny proces, który łatwo przejąć świadomie. Zmiana rytmu oddechu zmienia też to, co czujemy.



O czym mówimy

Zwykle oddychamy kilkanaście razy na minutę, nie zwracając na to uwagi. Wystarczy jednak wydłużyć wydech albo kilka razy odetchnąć głębiej, żeby zmieniło się tętno, napięcie mięśni i nastrój. Dlatego praca z oddechem pojawia się w jodze, śpiewie, sporcie, medytacji i psychoterapii. Ten rozdział dotyczy spokojnych praktyk i odczuwania ciała. Intensywnych technik oddechowych celowo tu nie uczymy.

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Przy wolnym, spokojnym oddechu ludzie opisują rozluźnienie, ciepło, wyraźniejsze bicie serca, czasem senność. Uwaga przenosi się z myśli do ciała: do brzucha, klatki piersiowej, dłoni.

W intensywnych praktykach, z szybkim i głębokim oddechem przez dłuższy czas, pojawia się mrowienie dłoni i ust, zawroty głowy, skurcze mięśni, silne emocje, czasem obrazy. Te doznania mają w dużej mierze fizjologiczne wyjaśnienie, o którym mowa niżej.

Interocepcja
Odczuwanie stanu wnętrza ciała: bicia serca, oddechu, głodu, napięcia. Jest jednym z fundamentów tego, jak rozpoznajemy emocje (Khalsa i in., 2018).

Wolny oddech
Oddychanie wyraźnie wolniejsze niż zwykle, często około sześciu oddechów na minutę. Wiąże się ze wzrostem zmienności rytmu serca i poczuciem uspokojenia.

Hiperwentylacja
Oddychanie w nadmiarze w stosunku do potrzeb organizmu. Obniża poziom dwutlenku węgla we krwi.

Hipokapnia
Niski poziom dwutlenku węgla we krwi. Zwęża naczynia w mózgu i zmienia równowagę elektrolitów, stąd zawroty, mrowienie i skurcze.

Częsty mit

„Szybkie, głębokie oddychanie dotlenia mózg."

U zdrowej osoby krew i tak jest niemal całkowicie wysycona tlenem. Szybkie oddychanie przede wszystkim usuwa z organizmu dwutlenek węgla. Jego spadek zwęża naczynia krwionośne w mózgu i utrudnia oddawanie tlenu tkankom, więc mózg może dostać go mniej, a nie więcej (Laffey i Kavanagh, 2002). Mrowienie i zawroty, które bywają brane za „przepływ energii", to typowe objawy niskiego poziomu CO_2.

Badania bliżej. Ciekawostki.

Tempo oddechu jest sygnałem dla układu autonomicznego

Wolniejsze, regularne oddychanie zwiększa zmienność rytmu serca zsynchronizowaną z oddechem i może przesuwać równowagę autonomiczną w stronę większego wyciszenia. Nie jest to dowód, że każdy protokół oddechowy leczy lęk, ale wyjaśnia, dlaczego tempo, wydech i poczucie bezpieczeństwa wpływają na doświadczenie.

Oddech może zmieniać stan szybko

Praktyki z przyspieszonym oddechem, długimi zatrzymaniami lub dużą objętością wentylacji mogą wywołać mrowienie, zawroty głowy, skurcze dłoni i poczucie oddalenia. Część tych doznań wynika ze spadku CO_2, a nie z „uwalniania emocji". Mechanizm biologiczny nie odbiera przeżyciu znaczenia, ale pomaga je rozsądnie interpretować.

Co mierzą badania?

Badania nad oddechem często łączą subiektywne skale stresu z tętnem, ciśnieniem, HRV albo kortyzolem. Wyniki są obiecujące, lecz protokoły różnią się długością, tempem i instrukcją. Najbezpieczniej oddzielać krótkoterminową zmianę pobudzenia od trwałej poprawy zdrowia.

Ciekawostki

- Wydech naturalnie bywa dłuższy w stanie spoczynku, ale wymuszanie go na siłę może zwiększać napięcie.
- Ziewanie, westchnienie i spontaniczna zmiana rytmu są częścią regulacji, a nie oznaką, że ćwiczenie „nie działa".
- Oddychanie przez nos, ruch i pozycja ciała zmieniają warunki ćwiczenia równie realnie jak sama liczba oddechów na minutę.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- W metaanalizie 12 badań z losowym przydziałem praktyki oddechowe wiązały się z niewielkim lub umiarkowanym spadkiem odczuwanego stresu w porównaniu z grupami kontrolnymi. Większość badań miała umiarkowane ryzyko błędu (Fincham i in., 2023).
- Wolny oddech zwiększa zmienność rytmu serca i wiąże się z subiektywnym uspokojeniem (Zaccaro i in., 2018).
- Interocepcja jest ważnym obszarem badań nad lękiem, depresją i innymi trudnościami psychicznymi (Khalsa i in., 2018).

Otwarte pytania

- Które techniki, jak długo i dla kogo. Badania są małe i bardzo różnorodne.
- Na ile efekty intensywnych praktyk wynikają z fizjologii, a na ile z kontekstu, muzyki, grupy i oczekiwań.
- Jakie są długoterminowe skutki regularnych, intensywnych praktyk oddechowych.

Granice bezpieczeństwa

- Nigdy nie ćwicz intensywnego oddychania ani wstrzymywania oddechu w wodzie, w wannie, za kierownicą ani w pozycji, w której omdlenie grozi upadkiem. Hiperwentylacja przed zanurzeniem jest znaną przyczyną utonięć, także u dobrych pływaków.
- Intensywne praktyki oddechowe zwykle nie są zalecane w ciąży, przy chorobach serca i nadciśnieniu, padaczce, po niedawnych operacjach, przy historii psychozy oraz napadów paniki.
- Jeśli podczas spokojnej praktyki pojawia się duszność, ból w klatce piersiowej lub silny lęk, wróć do naturalnego oddechu i przerwij ćwiczenie.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Gdzie w ciele najwyraźniej czujesz oddech właśnie teraz, czytając to zdanie?

Źródła i dalsza lektura

1. Zaccaro, A. i in. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. Frontiers in Human Neuroscience, 12, 353.
2. Fincham, G. W., Strauss, C., Montero-Marin, J., & Cavanagh, K. (2023). Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials. Scientific Reports, 13, 432.
3. Khalsa, S. S. i in. (2018). Interoception and mental health: A roadmap. Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 3(6), 501–513.
4. Laffey, J. G., & Kavanagh, B. P. (2002). Hypocapnia. New England Journal of Medicine, 347(1), 43–53.
5. Boyd, C. i in. (2015). Fatal and nonfatal drowning outcomes related to dangerous underwater breath-holding behaviors — New York State, 1988–2011. MMWR, 64(19).
6. Zaccaro, A. i in. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. Frontiers in Human Neuroscience, 12, 353.
7. Zaccaro, A. i in. (2018). How breath-control can change your life: A systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. Frontiers in Human Neuroscience, 12, 353.

przegląd Zaccaro i współpracowników (2018) w otwartym dostępie — czytelne podsumowanie badań nad wolnym oddechem.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app

Doświadczenia psychodeliczne

Substancje, które silnie zmieniają percepcję, emocje i poczucie siebie. Co wiadomo z badań i dlaczego bezpieczeństwo jest tu kluczowe.



O czym mówimy

Klasyczne psychodeliki, takie jak psylocybina, LSD czy DMT (obecne m.in. w ayahuasce), działają głównie przez receptory serotoninowe 5-HT2A. Wywołują silne, kilkugodzinne zmiany postrzegania, myślenia i emocji. Od początku XXI wieku wróciły do badań klinicznych, a jednocześnie w większości krajów, także w Polsce, pozostają substancjami kontrolowanymi. Ten rozdział nie zachęca do ich używania i nie zawiera instrukcji. Ma pomóc zrozumieć, co mówią badania.

Doświadczenie i pojęcia

Jak ludzie to opisują

Ludzie opisują nasilone kolory i wzory, zmienione poczucie czasu i przestrzeni, intensywne emocje, powracające wspomnienia, nowe skojarzenia. Część mówi o poczuciu jedności, sensu albo „rozpuszczania się ja".

Te same substancje mogą wywołać przerażenie, dezorientację i nieufność wobec otoczenia. Często w jednym doświadczeniu pojawiają się obie strony. Wiele osób podkreśla, że słowa słabo oddają to, co przeżyły, co utrudnia zarówno opowiadanie o tych stanach, jak i ich badanie.

Nastawienie i otoczenie
Po angielsku set and setting: stan psychiczny, oczekiwania i intencje oraz miejsce, ludzie, muzyka i kontekst kulturowy. Silnie wpływają na przebieg doświadczenia (Hartogsohn, 2016).

Doświadczenie mistyczne
W badaniach: poczucie jedności, wglądu, świętości, przekroczenia czasu i przestrzeni, oceniane kwestionariuszami (Griffiths i in., 2006).

Integracja
Porządkowanie tego, co się wydarzyło, i włączanie tego w codzienne życie: rozmowa, refleksja, zmiana nawyków. Nie wymaga ponownego użycia substancji.

Redukcja szkód
Podejście, które nie ocenia decyzji, tylko pomaga zmniejszać ryzyko związane z tym, co ludzie i tak robią.

Częsty mit

„Przebieg doświadczenia zależy wyłącznie od substancji i dawki."

Dawka ma ogromne znaczenie, ale nie wyjaśnia wszystkiego. W analizie danych z 23 badań z psylocybiną (409 podań) dawka była najważniejszym czynnikiem, a obok niej liczyły się też cechy osoby (np. skłonność do absorpcji), jej stan emocjonalny tuż przed sesją, wiek i warunki badania (Studerus i in., 2012). Dlatego badania kliniczne poświęcają tyle uwagi przygotowaniu, otoczeniu i wsparciu po sesji.

Badania bliżej. Ciekawostki.

Wynik zależy od całego protokołu

W badaniach klinicznych psylocybina jest podawana w określonej dawce, po kwalifikacji, z przygotowaniem, opieką w trakcie i integracją. Nie można przenosić wyniku takiego protokołu na dowolne użycie substancji. „Substancja działa" to zbyt mały opis: liczą się osoba, wsparcie, oczekiwania i otoczenie.

Sygnał skuteczności, ale nie gotowa recepta

Metaanaliza randomizowanych badań z 2024 r. obejmująca 436 uczestników znalazła istotną poprawę objawów depresji względem porównań, lecz liczba badań i uczestników nadal była ograniczona. W obserwacji sześciomiesięcznej psylocybina i escitalopram dawały utrzymaną poprawę nasilenia depresji, a różnice dotyczyły głównie funkcjonowania, więzi i sensu życia. To obiecujący obszar badań, nie instrukcja samoleczenia.

Zaślepienie jest trudne

Uczestnicy zwykle szybko domyślają się, czy otrzymali aktywną substancję. Oczekiwania mogą więc wpływać na raportowane doświadczenie i wynik. Dlatego dobre badania potrzebują aktywnych placebo, niezależnych ocen i ostrożnych wniosków.

Najważniejsze pytania bezpieczeństwa

Historia psychozy lub choroby afektywnej dwubiegunowej, choroby serca, interakcje lekowe i brak stabilnego wsparcia zmieniają profil ryzyka. W badaniach są to kryteria kwalifikacji, a nie przypis w stopce. To właśnie dlatego przygotowanie i integracja nie są dodatkiem do sesji, tylko częścią interwencji.

Ciekawostki

- W badaniach znaczenie osobiste doświadczenia może być duże, ale nie przewiduje samo w sobie poprawy objawów klinicznych.
- Dwie osoby przy tej samej dawce mogą mieć skrajnie różne doświadczenia; nie istnieje uniwersalna „typowa podróż".
- Najbardziej odpowiedzialny język mówi o badaniach i warunkach, zamiast obiecywać oświecenie, uzdrowienie albo trwałą zmianę osobowości.

Co wiemy.
Gdzie są granice.

Ustalenia badań

- Wytyczne bezpieczeństwa dla badań (Johnson i in., 2008) opisują, jak dobór uczestników, przygotowanie i nadzór ograniczają ryzyko. Poza takimi warunkami ryzyko jest trudniejsze do kontrolowania.
- Psylocybina jest badana m.in. w leczeniu depresji. W jednym z ważnych badań nie okazała się lepsza od escitalopramu w głównym wskaźniku, choć część wskaźników dodatkowych wypadła na jej korzyść (Carhart-Harris i in., 2021).
- W badaniach kontrolowanych psylocybina może wywoływać doświadczenia, które uczestnicy po miesiącach oceniają jako bardzo znaczące osobiście (Griffiths i in., 2006).

Otwarte pytania

- Badania trudno zaślepić: uczestnicy zwykle wiedzą, czy dostali substancję aktywną, a oczekiwania mogą wpływać na wyniki (Muthukumaraswamy i in., 2021).
- Jak trwałe są efekty i dla kogo. Wiele prób klinicznych wciąż jest stosunkowo małych.
- Na ile wyniki z kontrolowanych badań przenoszą się na sytuacje poza nimi.

Granice bezpieczeństwa

- W Polsce posiadanie psylocybiny, LSD, DMT i wielu innych psychodelików jest przestępstwem. Atlas nie zachęca do łamania prawa, a SACRUM nie pracuje z nielegalnymi substancjami.
- Szczególne ryzyko dotyczy osób z psychozą lub chorobą afektywną dwubiegunową w historii własnej albo bliskiej rodziny.
- Groźne interakcje: lit (w zgłoszeniach opisywano napady drgawkowe, Nayak i in., 2021). Ayahuasca zawiera inhibitory MAO, które w połączeniu z niektórymi lekami przeciwdepresyjnymi i innymi substancjami mogą wywołać zespół serotoninowy.
- Psychodeliki podnoszą ciśnienie krwi i tętno, co zwiększa ryzyko przy chorobach serca i nadciśnieniu.
- Doświadczenie może być trudne także po jego zakończeniu. Jeśli coś, co się wydarzyło, nie daje spokoju, warto porozmawiać ze specjalistą, który zajmuje się integracją.

Zatrzymaj się przy pytaniu.

Skąd pochodzą twoje wyobrażenia o psychodelikach: z filmów, rozmów, artykułów, własnych doświadczeń? Które z nich zmienił ten rozdział?

Źródła i dalsza lektura

1. Johnson, M. W., Richards, W. A., & Griffiths, R. R. (2008). Human hallucinogen research: Guidelines for safety. Journal of Psychopharmacology, 22(6), 603–620.
2. Griffiths, R. R., Richards, W. A., McCann, U., & Jesse, R. (2006). Psilocybin can occasion mystical-type experiences having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance. Psychopharmacology, 187(3), 268–283.
3. Hartogsohn, I. (2016). Set and setting, psychedelics and the placebo response: An extra-pharmacological perspective on psychopharmacology. Journal of Psychopharmacology, 30(12), 1259–1267.
4. Studerus, E., Gamma, A., Kometer, M., & Vollenweider, F. X. (2012). Prediction of psilocybin response in healthy volunteers. PLOS ONE, 7(2), e30800.
5. Carhart-Harris, R. i in. (2021). Trial of psilocybin versus escitalopram for depression. New England Journal of Medicine, 384(15), 1402–1411.
6. Muthukumaraswamy, S. D., Forsyth, A., & Lumley, T. (2021). Blinding and expectancy confounds in psychedelic randomized controlled trials. Expert Review of Clinical Pharmacology, 14(9), 1133–1152.
7. Nayak, S. M. i in. (2021). Classic psychedelic coadministration with lithium, but not lamotrigine, is associated with seizures: An analysis of online psychedelic experience reports. Pharmacopsychiatry, 54(5), 240–245.
8. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. 2005 nr 179 poz. 1485 z późn. zm.).
9. Metaxa, A.-M., & Clarke, M. (2024). Efficacy of psilocybin for treating symptoms of depression: systematic review and meta-analysis. BMJ, 385, e078084.
10. Erritzoe, D. i in. (2024). Effect of psilocybin versus escitalopram on depression symptom severity: 6-month follow-up. EClinicalMedicine, 76, 102799.
11. Metaxa, A.-M., & Clarke, M. (2024). Efficacy of psilocybin for treating symptoms of depression: systematic review and meta-analysis. BMJ, 385, e078084.
12. Erritzoe, D. i in. (2024). Effect of psilocybin versus escitalopram on depression symptom severity: 6-month follow-up. EClinicalMedicine, 76, 102799.

wytyczne Johnsona, Richardsa i Griffithsa (2008) — wciąż podstawowy tekst o tym, jak badania dbają o bezpieczeństwo uczestników.

Wróć do atlasu online: atlas-sacrum.vercel.app