

06

Metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi

Dariusz Drażkowski

**Metody redukcji lęku
przed wystąpieniami publicznymi**

Dariusz Drążkowski

**Metody redukcji lęku
przed wystąpieniami publicznymi**



Poznań 2021

WPIK Open Access 06

Copyright by:
Dariusz Drażkowski

Copyright by:
Wydawnictwo Rys

Redaktor naukowy WPIK Open Access:
dr hab. Aleksandra Piłarska, prof. UAM

Recenzja:
dr hab. Jan Chodkiewicz, prof. UŁ

Koncepcja okładki:
Wydział Psychologii i Kognitywistyki UAM

Korekta:
Marzena Krzyżanowska

Redakcja:
Sebastian Surendra



Wydanie I
Poznań 2021

ISBN 978-83-66666-57-3

DOI 10.48226/978-83-66666-57-3

Wydanie:



Wydawnictwo Rys
ul. Kolejowa 41
62-070 Dąbrówka
tel. 600 44 55 80

e-mail: tomasz.paluszynski@wydawnictworys.com
www.wydawnictworys.com

Spis treści

Abstrakt.....	7
Wprowadzenie	9
Rozdział 1.	
Lęk przed wystąpieniami publicznymi	13
1. Mechanizmy lęku przed wystąpieniami publicznymi	15
2. Sposoby redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi	18
Rozdział 2.	
Terapie ekspozycyjne.....	23
1. Ekspozycja wirtualna	26
2. Wizualizacja	28
3. Systematyczna desensytyzacja	31
4. Terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji	33
5. Etykietowanie emocji.....	36
Rozdział 3.	
Terapie poznawcze.....	39
1. Komunikaty zaszczipiające	40
2. Iluzja przezroczystości	42
3. Komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna	45
4. Interpretacja pobudzenia lękowego jako ekscytacji	48
Rozdział 4.	
Inne metody	51
1. Przygotowanie do wystąpień publicznych	51
2. Trening umiejętności przemawiania.....	53
3. Samomodelowanie	56
4. Biofeedback i relaksacja.....	58
Rozdział 5.	
Wnioski	63
1. Wnioski dla naukowców	63
2. Wnioski dla praktyków	68
3. Wnioski dla zmagających się z lękiem.....	71
Podsumowanie	75
Literatura.....	79

Abstrakt

Lęk przed wystąpieniami publicznymi jest odczuwany przez większość ludzi. Dla znacznej części osób lęk ten ma tak dużą intensywność, że nie tylko czyni przemawianie nieprzyjemnym dla nich doświadczeniem, ale także może utrudniać i ograniczać ich funkcjonowanie w trakcie zajęć edukacyjnych, w miejscu pracy czy w życiu społecznym. Naukowcy od ponad 50 lat testują skuteczność różnych metod redukujących ten typ lęku. Brakuje jednak w języku polskim pozycji, które przedstawiałyby podsumowanie efektów ich starań. Dlatego celem tego opracowania jest omówienie metod redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi o potwierdzonej empirycznie skuteczności. W pracy opisano podstawowe mechanizmy działania lęku przed wystąpieniami publicznymi i przedstawiono kategoryzację metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi z podziałem na metody ekspozycyjne, terapie poznawcze i inne formy terapii. Praca adresowana jest do naukowców, praktyków (terapeutów, trenerów) oraz do osób chcących obniżyć swój lęk przed wystąpieniami publicznymi. Starano się na tyle szczegółowo opisać metodologię najważniejszych badań testujących skuteczność metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi, by z jednej strony pomóc naukowcom w projektowaniu własnych tego typu badań, a z drugiej strony by możliwe było zastosowanie części z opisanych metod przez praktyków lub samodzielnie przez osoby zmagające się z wysokim lękiem przed wystąpieniami publicznymi. We wnioskach z opracowania wskazano kierunki przyszłych badań, omówiono ograniczenia w łączeniu poszczególnych metod oraz wskazano możliwości samodzielnego zastosowania (przy zachowaniu należytej ostrożności) metod opisanych w tej pracy w ramach działań samopomocowych.

Wprowadzenie

W księgarniach można znaleźć bardzo wiele poczytnych poradników o tym, jak sprawnie występować przed publicznością i jak radzić sobie z lękiem (stressem, trema) przed przemawianiem. Tylko w nielicznych z tych opracowań można spotkać odwołania do opracowań naukowych. Często autorzy tych poradników to sprawni i znani mówcy, którzy dzielą się własnym doświadczeniem oraz własnymi receptami na odczuwany lęk przed przemawianiem. Podstawą wiarygodności tego typu rad i rekomendacji jest najczęściej sprawne występowanie przed publicznością ich autorów oraz sukces i popularność temu towarzysząca. Jednak sposoby redukcji lęku, które sprawdziły się dla jednej osoby, niekoniecznie muszą być skuteczne dla innych osób, a wręcz mogą przynieść efekty odwrotne od zamierzonych, nasilając lęk przed przemawianiem. W tym kontekście nie dziwi zatem, że lektura poradników na temat metod ograniczania lęku przed przemawianiem nie pomaga w radzeniu sobie z tym lękiem (np. Motley, Molloy, 1994). Rozstrzygnięcie co do skuteczności określonej metody redukcji lęku jest możliwe poprzez przeprowadzenie rzetelnych badań naukowych. Dzięki wynikom tych badań można dowiedzieć się, że pozornie skuteczna metoda redukcji lęku przed przemawianiem, polegająca na radzeniu przemawiającym, aby zrelaksowali się i nie martwili tym, co publiczność sobie o nich pomyśli, w ogóle nie obniża lęku przed przemawianiem (Savitsky, Gilovich, 2003). Niestety, na polskim rynku wydawniczym brakuje pozycji opisujących metody redukujące lęk przed wystąpieniami publicznymi o naukowo potwierdzonej skuteczności. Istnieje wprawdzie kilka książek, o dużej wartości naukowej i praktycznej, opisujących metody leczenia zaburzeń lękowych (np. Bourne, 2011; Hayes, Smith, 2014; Hope, Heimberg, Juster, Turk, 2007; Wells, 2010), które w mniejszym lub większym stopniu odnoszą się do lęku przed wystąpieniami publicznymi, jednak pozycje te w sposób niewyczerpujący opisują istniejące metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi. Celem tej pracy jest uzupełnienie tej luki poprzez przeprowadzenie przeglądu literatury przedmiotu i przedstawienie czytelnikom najbardziej skutecznych metod pozwalających obniżyć lęk przed przemawianiem.

Praca ta składa się z pięciu rozdziałów. W pierwszym z nich omówiono specyfikę i definicję lęku przed wystąpieniami publicznymi, opisano mechanizmy uczestniczące w procesie powstawania tego lęku oraz przedstawiono kategoryzację typów metod redukujących ten lęk. W rozdziale drugim opisano ogólne założenia terapii ekspozycyjnych oraz przedstawiono pięć metod, redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami, zaliczanych do terapii ekspozycyjnych: ekspozycję wirtualną, wizualizację, systematyczną desensytyzację, terapię ekspozycyjną opartą na akceptacji, etykietowanie emocji. W rozdziale trzecim przedstawiono główne założenia terapii poznawczych oraz opisano cztery mało znane metody, które reprezentują poznawcze podejście do redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi: komunikaty zaszczepiające, iluzję przezroczystości, komunikacyjnie zorientowaną terapię motywacyjną, interpretację pobudzenia lękowego jako ekscytacji. W rozdziale czwartym opisano inne metody redukujące lęk przed wystąpieniami publicznymi, których główne mechanizmy nie opierają się ani na ekspozycji na bodziec lękotwórczy, ani na podejściu poznawczym. Do tej kategorii metod zaliczono: treningi umiejętności przemawiania, przygotowanie się do wystąpień, samomodelowanie, biofeedback i relaksację. W ostatnim rozdziale opisano wnioski płynące z analizy omówionych w tej pracy metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem. Wnioski te sformułowano w odniesieniu do trzech grup potencjalnych odbiorców tej pracy, tj. naukowców, praktyków i osób zmagających się z wysokim lękiem przed wystąpieniami publicznymi.

Całe opracowanie jest skierowane do tych trzech grup osób, które mogą w swojej pracy lub w codziennym życiu wykorzystać wnioski z niego płynące. Badacze lęku przed przemawianiem i badacze konstruktywów powiązanych (np. umiejętności przemawiania, autoprzedstawienia) znajdują w tym opracowaniu opis metodologii nie tylko znanych, ale i mniej znanych badań, które mogą ich zainspirować w procesie projektowania własnych badań. We wnioskach dla naukowców zaproponowano kierunki przyszłych badań, które sformułowano w oparciu o model efektywności interwencji zdrowotnych RE-AIM (Glasgow, Vogt, Boles, 1999). Praktycy, a więc trenerzy szkolący mówców i terapeuci leczący kliniczną formę lęku przed przemawianiem, dzięki lekturze tej pozycji poznają zalety i wady stosowania określonych metod redukujących

lęk przed przemawianiem oraz poznają mechanizmy psychologiczne wyjaśniające ich skuteczność, co pozwoli im lepiej dopasować stosowane metody do potrzeb ich klientów i pacjentów. We wnioskach dla praktyków wskazano na ograniczenia w łączeniu poszczególnych metod redukujących lęk przed przemawianiem wynikające ze sprzecznych założeń leżących u podstaw części z metod. Z kolei osoby zmagające się z lękiem przed publicznym przemawianiem, dzięki rozbudowanym opisom metod redukujących ten lęk zawartym w tej pracy, będą mogły przy zachowaniu należytej ostrożności zastosować preferowane przez siebie metody. We wnioskach dla tej grupy czytelników zaproponowano miks metod opisanych w tej pracy, które z jednej strony łatwo zastosować, a które z drugiej strony są skuteczne w ograniczaniu lęku. Finalnie przedstawiono propozycję oceny pięciu różnych istotnych aspektów wszystkich metod opisanych w tej pracy.

Rozdział 1.

Lęk przed wystąpieniami publicznymi

Wystąpienia publiczne są ważnym aspektem ludzkiej komunikacji, ponieważ umożliwiają jednostkom prezentowanie swoich idei, wyrażanie swojego Ja i przekonywanie innych co do swoich racji (Bodie, 2010; Pull, 2012). Sprawność w zakresie wystąpień publicznych jest konieczna dla rozwoju relacji międzyludzkich, osiągnięć edukacyjnych i sukcesu zawodowego. Występowanie publiczne jest ważnym doświadczeniem rozwojowym, które może oddziaływać na tożsamość przemawiającego. Jednak lęk przed wystąpieniami publicznymi ogranicza rozwój umiejętności przemawiania u wielu osób. Lęk przed wystąpieniami publicznymi jest powszechny do tego stopnia, że jego odczuwanie można uznać za normatywne (Stein, Walker, Forde, 1996). Nawet w przypadku rozwinięcia wysokich umiejętności wygłaszania przemówień nadal można odczuwać lęk przed przemawianiem do publiczności – 76% zawodowych mówców odczuwa tego typu lęk w trakcie swoich wystąpień (Bodie, 2010). Publiczne przemawianie jest uznawane za jedno z najbardziej stresujących wydarzeń – ludzie częściej obawiają się wystąpień publicznych niż wysokości, tarapatów finansowych, a nawet własnej śmierci¹ (Dwyer, Davidson, 2012).

Wysokie natężenie lęku przed wystąpieniami publicznymi może być uznawane za typ zaburzenia lękowego, jakim jest lęk społeczny (fobia społeczna). Takie podejście reprezentuje amerykańska klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-5, która zalicza lęk przed wystąpieniami publicznymi do podtypu lęku społecznego związanego z osiągnięciami (Bögels i in., 2010). Natomiast europejska klasyfikacja zaburzeń psychicznych ICD-11 traktuje lęk przed wystąpieniami publicznymi jako jeden z symptomów lęku społecznego (Kogan i in., 2016). W porówna-

¹ Jednak śmierci boją się bardziej niż wystąpień publicznych. Badanie Karen Dwyer i Marliny Davidson (2012) pokazało, że 20% amerykańskich studentów najbardziej obawia się własnej śmierci, a 18,4% – publicznych przemówień. Natomiast studenci proszeni o wymienienie kilku różnych lęków, jakich doświadczają, najczęściej wymieniali wystąpienia publiczne (62%), na drugim miejscu wśród obaw były problemy finansowe (55%), a na trzeciej pozycji była własna śmierć (43%).

niu do innych lęków społecznych najbardziej charakterystyczną cechą lęku przed wystąpieniami publicznymi jest spostrzeganie przez mówcę zagrożenia niezadowolającą oceną ze strony publiczności (Schlenker, Leary, 1982). Na tej podstawie Graham Bodie (2010, s. 72) zdefiniował lęk przed wystąpieniami publicznymi jako „specyficzny dla danej sytuacji lęk społeczny, który powstaje w związku z rzeczywistym lub przewidywanym przeprowadzeniem prezentacji ustnej”. Wyniki badań wskazują, że u zdecydowanej większości osób cierpiących na fobię społeczną diagnozuje się także zaburzenie w postaci lęku przed wystąpieniami publicznymi, w tym 40% z nich doświadcza ciężkiej postaci tego zaburzenia (Ruscio i in., 2008). Na tej podstawie można uznać, że niemal każda osoba cierpiąca na fobię społeczną obawia się także wystąpień publicznych, co tłumaczy, dlaczego w ICD-11 lęk przed przemawianiem stanowi jeden z symptomów lęku społecznego. Z drugiej strony, z uwagi na relatywną powszechność zaburzenia w postaci lęku przed wystąpieniami publicznymi (nawet u 33% społeczeństwa diagnozuje się to zaburzenie; Stein, 1996) i rzadkość występowania fobii społecznej (między 1% a 4% osób cierpi na to zaburzenie; Stein i in., 2017) u większości osób doświadczających klinicznej formy lęku przed wystąpieniami publicznymi nie diagnozuje się fobii społecznej. Lęk przed wystąpieniami publicznymi jest najczęstszym rodzajem fobii społecznej, a osoby zmagające się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi są szczególnie narażone na rozwój fobii społecznej (Blöte, Kint, Miers, Westenberg, 2009). Niektórzy badacze są zdania, że lęk przed wystąpieniami publicznymi jest lżejszą formą lęku społecznego, sugerując jedynie ilościowe różnice w natężeniu obaw między oboma zaburzeniami (Bögels i in., 2010). Jednak inni badacze wskazują na specyfikę symptomów (jakościową różnicę) lęku przed publicznym przemawianiem, która pozwala uznać to zaburzenie za podtyp lęku społecznego, tak jak to zrobiono w DSM-5 (Heimberg i in., 2014).

W literaturze przedmiotu, zgodnie z klasyczną klasyfikacją lęku Charlesa Spielbergera (1966), rozróżnia się dwa typy lęku przed wystąpieniami publicznymi (Bodie, 2010): jako cechy (ogólna tendencja do doświadczania lęku w różnych sytuacjach przemawiania i w różnym czasie) i jako stanu (lęk doświadczany w trakcie konkretnego przemówienia). Wyniki badań potwierdzają różnice indywidualne w tendencji do odczuwania lęku przed wystąpieniami publicznymi – część osób przy

okazji każdego przemówienia odczuwa wysoki lęk, a część nigdy nie doświadczyła tego typu lęku (Stein i in., 1996). Z drugiej strony natężenie lęku przed przemawianiem zmienia się w zależności od wielu czynników, np. wielkości publiczności, długości wystąpienia, stopnia przygotowania do niego czy fazy przemówienia (Bodie, 2010; Carlile, Behnke, Kitchens, 1977). Zmieniający się poziom lęku przed wystąpieniami publicznymi potwierdza to, że lęk ten jest stanem psychologicznym.

1. Mechanizmy lęku przed wystąpieniami publicznymi

Omawiając lęk przed wystąpieniami publicznymi, wyróżnia się jego trzy systemy: fizjologiczny, poznawczy i behawioralny. W tym pierwszym lęk wyraża się w zwiększonej aktywności współczulnego układu nerwowego i prowadzi do szeregu zmian fizjologicznych w organizmie: zwiększenia tętna i ciśnienia krwi, zaczerwienienia skóry (dekolta, uszy, twarz), spadku temperatury ciała, pocenia się dłoni, przyspieszonego i spłyconego oddechu, odczucia ścisku w żołądku i suchości w ustach (Addison, Ayala, Hunter, Behnke, Sawyer, 2004; Clements, Turpin, 1996; Witt i in., 2006). Reakcje te są wynikiem naturalnych procesów chemicznych w organizmie człowieka będących odpowiedzią na uruchomienie systemu walki lub ucieczki w obliczu zagrożenia. Organizm ludzki nie rozróżnia przyczyn stresu, dlatego w trakcie przemawiania uwalniane są te same hormony co w przypadku innych zagrożeń, np. zagrożenia życia. System poznawczy lęku opiera się na niepożądanych, negatywnych myślach (np. „Ludzie oceniają mnie”, „Zaraz zapomnę, co mam powiedzieć”). Są one często związane z odczuciem fizjologicznego lęku oraz stanowią efekt obaw przed negatywną oceną mówcy ze strony publiczności, a także przed negatywną oceną zdenerwowania mówcy. Negatywne myśli, pojawiające się w trakcie przemawiania, mają często irracjonalny i katastroficzny charakter (np. „Wszyscy będą się ze mnie śmiali”). Behawioralne przejawy lęku przed przemawianiem to wszelkiego rodzaju widoczne dla obserwatora oznaki zdenerwowania, takie jak: unikanie kontaktu wzrokowego z publicznością, drżenie rąk i głosu, sztywność w gestykulacji czy obniżona sprawność mówienia (Hofmann, Gerlach, Wender, Roth, 1997; Lewin i in., 1996; Zinzuk-Zielazna, Kleka, Obrębska, 2018).

W celu dokonania pomiaru poszczególnych systemów lęku stosuje się metody samoopisowe (np. kwestionariusze), obserwację oraz monitorowanie wskaźników fizjologicznych. Samoopisowe metody pomiaru lęku przed publicznym przemawianiem mierzą natężenie poznawczych, emocjonalnych i fizjologicznych aspektów lęku (Chodkiewicz, Miniszewska, 2015). Do pomiaru behawioralnego systemu lęku przed wystąpieniami publicznymi można też wykorzystać publiczność jako obserwatorów oceniających poziom zdenerwowania mówców (Bodie, 2010). Z kolei fizjologiczny system lęku może być mierzony w trakcie przemówienia za pomocą specjalistycznej aparatury monitorującej różne wskaźniki pobudzenia lękowego, np. zmiany w pracy serca (Sawyer, Behnke, 1999). Co ciekawe, wskaźniki fizjologicznego pobudzenia lękowego mogą nie być powiązane z subiektywnym odczuciem lęku czy z jakością przemawiania (Gallego, McHugh, Penttonen, Lappalainen, 2021). Od początku badań nad lękiem zwracano uwagę na to, że pomiary trzech systemów lęku nawet jeśli są rzetelne, to nie są ze sobą skorelowane (Bodie, 2010). James McCroskey (1984), czołowy badacz zagadnienia, sugeruje, że metody samoopisowe, oceny obserwatorów i wskaźniki fizjologiczne nie mierzą tego samego zjawiska. Do tej pory kwestia współdziałania trzech systemów lęku pozostaje nie do końca wyjaśniona (Bodie, 2010; Gallego i in., 2021).

Pomimo że odczuwanie umiarkowanego lęku w trakcie wystąpień publicznych jest typowym doświadczeniem większości ludzi, to może wpłynąć negatywnie na jakość przemówień. Przede wszystkim lęk zmniejsza wielkość pamięci roboczej i upośledza inne funkcje poznawcze (Owens, Stevenson, Hadwin, Norgate, 2014), co prowadzi do spadku płynności mówienia. Odczuwanie lęku wpływa także na spadek gotowości do podejmowania ryzyka (Raghunathan, Pham, 1999) oraz na wzrost potrzeby przynależności (Drażkowski, Behnke, Kaczmarek, 2021), co może rzutować na treść przemówienia i na zachowanie mówcy. Odczuwanie wysokiego poziomu lęku przed wystąpieniami publicznymi negatywnie wpływa na jakość przemawiania i na jego ocenę przez publiczność (Bodie, 2010), co ma konsekwencje nie tylko dla samopoczucia mówcy, ale także bywa destruktywne dla jego funkcjonowania edukacyjnego, zawodowego i społecznego, mogąc nawet doprowadzić do zmiany jego zawodu (Hofmann i in., 1997; Monroe, Borzi, Burrell, 1992, Stein i in., 1996; Stein i in., 2000). Wystąpienia

publiczne są istotną częścią edukacji szkolnej oraz pracy zawodowej (Raja, 2017), będąc uznawanymi za pożądane umiejętności na rynku pracy (Ulinski, O'Callaghan, 2002). Dla niektórych osób lęk przed wystąpieniami publicznymi jest wyniszczający i powoduje, że unikają oni prezentacji ustnych ze szkodą dla swojego rozwoju zawodowego (Güvendir, Oya, Dündar, 2020). Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń lękowych osoby zmagające się z wysokim lękiem przed publicznym przemawianiem często unikają lub uciekają od sytuacji, które wiążą się z wystąpieniami publicznymi (Maner, Schmidt, 2006). Osoby, które zmagają się z tym lękiem, mogą być świadome swoich irracjonalnych obaw, ale zazwyczaj bez odpowiedniej praktyki i treningu trudno im kontrolować swoje reakcje.

Dlaczego ludzie tak obawiają się przemawiania przed publicznością? Istnieje wiele przyczyn odczuwania lęku w trakcie wystąpień publicznych. Głównym źródłem lęku wydaje się możliwość uzyskania od publiczności w trakcie przemawiania aprobaty lub dezaprobaty, co może aktywizować częściowo nieświadome motywy autoprezentacyjne mówcy, m.in.: dążenie do maksymalizacji zysków (podziwu, szacunku, współczucia) nad stratami, dążenie do ochrony lub podnoszenia poczucia własnej wartości, dążenie do tworzenia i ekspresji określonej tożsamości (Leary, 2004). Wydaje się, że silny związek autoprezentacji mówcy z jego tożsamością i poczuciem własnej wartości może być źródłem aktywizacji obaw przed utratą przez mówcę cenionych wartości, np. wizerunku osoby kompetentnej i inteligentnej. Tego typu obawy mogą przekierować uwagę mówcy z treści przemówienia na publiczność poprzez zastanawianie się nad tym, co publiczność aktualnie myśli o mówcy i o jego przemówieniu. Poczucie bycia obserwowanym i ocenianym (zwłaszcza przez osoby o wyższym statusie) także może wyjaśniać narastanie lęku w trakcie wystąpień publicznych (Bodie, 2010). Lęk przed wystąpieniami publicznymi łączy się często z przywoływaniem przez mówcę we wspomnieniach wcześniejszych porażek w trakcie wystąpień, ze stawianiem nierealistycznych celów przemówień czy ze spostrzeganiem publiczności jako nieprzychylniej i negatywnie nastawionej do mówcy (Leary, Kowalski, 2001). Dla wielu osób sytuacja przemawiania do publiczności jest sytuacją nową i nieznaną (Bodie, 2010). Tymczasem ludzie mają ogólnie skłonność do odczuwania lęku w tego typu sytuacjach. Najczęściej wskazuje się

na teorię uczenia się i podejście poznawczo-behawioralne jako wyjaśnienia źródeł odczuwania lęku przed przemawianiem (Chodkiewicz, Miniszewska, 2015). Poszczególne aspekty podejścia poznawczo-behawioralnego i innych teorii wyjaśniających podłoże lęku zostaną omówione przy okazji opisywania poszczególnych metod redukcji lęku przed przemawianiem, które zostały opracowane na ich gruncie.

2. Sposoby redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi

Z uwagi na powszechność odczuwania lęku przed wystąpieniami publicznymi i na jego destruktywny charakter psychologowie od wielu lat starają się opracowywać metody redukujące ten lęk i sprawdzać ich skuteczność w badaniach empirycznych. Do tej pory opracowano kilkadziesiąt tego typu metod i zrealizowano setki badań testujących ich skuteczność w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi. Chcąc zrealizować cel tego opracowania, jakim jest omówienie metod redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi o potwierdzonej empirycznie skuteczności, konieczne było przeprowadzenie przeglądu literatury przedmiotu ukierunkowanego na identyfikację prac opisujących badania testujące skuteczność metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi. W tym celu przeszukano bazę danych EBSCO Host, wpisując w wyszukiwarkę (bez ograniczeń czasowych publikacji prac) następujące anglojęzyczne frazy: *public speaking anxiety reduction* (40 znalezionych pozycji), *public speaking anxiety treatment* (130 znalezionych pozycji), *speech anxiety treatment* (319 znalezionych pozycji), *speech anxiety reduction* (118 znalezionych pozycji), *communication apprehension* (25 znalezionych pozycji), *reduction communication apprehension treatment* (44 znalezionych pozycji). Otrzymany zbiór prac został uzupełniony recenzowanymi pracami z internetowej bazy danych Google Scholar poprzez wpisanie w wyszukiwarkę identycznych fraz co w przypadku bazy danych EBSCO Host. Ograniczono się do przejrzania tytułów i abstraktów 100 wyszukanych prac dla jednej wpisanej frazy. W opracowaniu tym nie sposób omówić wszystkich metod redukcji lęku przed wystąpieniami

publicznymi, o których można przeczytać w literaturze przedmiotu, dlatego konieczne stało się wprowadzenie kryteriów wykluczania opisu części metod. Ograniczono się do opisanego w tym opracowaniu metod, których skuteczność w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi sprawdzono i potwierdzono co najmniej dwukrotnie. W przypadku metod, których skuteczność w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi została potwierdzona empirycznie tylko raz, sprawdzano, czy ta metoda okazała się skuteczna w redukcji innych zaburzeń lękowych. Jeśli znaleziono co najmniej dwa badania potwierdzające skuteczność takiej metody w redukcji innych zaburzeń lękowych, to włączano opis tej metody do pracy. Natomiast nie opisano w tej pracy metod, które mają małą skuteczność (jak trening zaszczerpienia przed stresem; Burnley, Cross, Spanos, 1993) i które mają wątpliwe podłoże teoretyczne (metoda Lefkoe; Cunningham, Lefkoe, Sechrest, 2006) lub których część założeń jest pseudonaukowa (terapia przetwarzania i desensytyzacji za pomocą ruchu gałek ocznych; Herbert i in., 2000). W opracowaniu tym nie będą podejmowane kwestie leczenia lęku przed wystąpieniami publicznymi za pomocą farmakoterapii, a wyłącznie zostaną opisane interwencje psychologiczne i behawioralne. Opracowanie to jest adresowane do psychologów (praktyków), którzy nie podejmują decyzji o zastosowaniu farmakoterapii w procesie leczenia klinicznego lęku przed wystąpieniami publicznymi. W ostatnich latach badacze próbują ustalić wpływ takich substancji, jak: kanaboidy (Bergamaschi i in., 2011), oksytocyna (Guastella, Howard, Dadds, Mitchell, Carson, 2009), witamina C (Al-fahham, 2019), kwetiapina (Donahue i in., 2009), D-cykloseryna (Guastella i in., 2008; Hofmann i in., 2006) na redukcję lęku przed wystąpieniami publicznymi. Kierunek tych badań wydaje się obiecujący i można oczekiwać, że w miarę wzrostu ilości tego typu badań paleta możliwości redukcji lęku zostanie poszerzona. Warto nadmienić, że istnieją metody redukujące lęk o naukowo potwierdzonej skuteczności (Bourne, 2011), których nie testowano jeszcze w odniesieniu do lęku przed wystąpieniami publicznymi, a które mają duży potencjał ku temu, by i ten rodzaj lęku zredukować. Tych metod nie scharakteryzowano w tej pracy.

Na podstawie opisanego przeglądu literatury przedmiotu zidentyfikowano ponad 20 różnych metod psychologicznych redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi o potwierdzonej naukowo

skuteczności. Wobec znaczącej liczby i zróżnicowania tych metod istnieje konieczność ich usystematyzowania. Tego typu próby klasyfikacji metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem zrealizowano w kilku opracowaniach naukowych. W metaanalizie badań nad skutecznością metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami Mike'a Allena i współpracowników (1989) wyróżniono systematyczną desensytyzację, poznawczą modyfikację, treningi umiejętności oraz cztery inne typy metod stanowiące kombinację połączonych trzech wymienionych typów metod. Autorzy tej klasyfikacji włączyli metody wizualizacji do kategorii treningów umiejętności. Z kolei Joe Ayres ze współpracownikami (1994) wyodrębnili terapie afektywne, poznawcze, treningi umiejętności oraz wizualizację, która zawiera w sobie komponenty pozostałych trzech typów. W najnowszej metaanalizie badań nad skutecznością metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami Omid Ebrahimi i współpracownicy (2019) wyróżnili metody poznawcze, behawioralne i „inne” interwencje (m.in. wizualizację).

Wszystkie trzy zestawienia metod redukujących lęk przed przemawianiem łączy uwzględnienie metod poznawczych, dlatego w tym opracowaniu także postanowiono wyodrębnić tę kategorię. Zakres kategorii metod typu systematyczna desensytyzacja, terapie afektywne i behawioralne w dużej mierze pokrywa się. To, co łączy w znaczącym stopniu te trzy kategorie, to ekspozycja na bodziec wzbudzający lęk, tj. przemawianie do publiczności. Postanowiono zatem wyodrębnić kategorię terapii ekspozycyjnych, wzorując się na innych opracowaniach, w których postąpiono w podobny sposób (np. Reeves, Curran, Gleeson, Hanna, 2021). Wizualizację postanowiono włączyć do kategorii terapii ekspozycyjnych z uwagi na to, że wyobrażenie sobie reakcji publiczności na przemówienie stanowi rodzaj ekspozycji na bodziec lękowy (Finn, Sawyer, Schrod, 2009). Ostatnia kategoria wyróżnionych w tym opracowaniu metod redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi to „inne” interwencje, do których zaliczono m.in. treningi umiejętności. Podział ten jest użyteczny dla tego opracowania, gdyż pozwala je ustrukturyzować tak, by poprowadzić zrozumiałą i logiczną dla czytelnika narrację o metodach pozwalających redukować lęk przed wystąpieniami publicznymi. Warto nadmienić, że większość metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi opiera się na zasadach terapii po-

znawczo-behawioralnej i zawiera, mniejszą bądź większą, ekspozycję na publiczność (Ebrahimi i in., 2019).

Lęk w trakcie publicznego występowania może pojawić się w specyficznych sytuacjach społecznych nawet u osób, które zwykle nie odczuwają tego typu lęku, np. w miejscu pracy czy w szkole. Przykładowo, lęk w trakcie publicznego przemawiania może być efektem odczuwania zagrożenia stereotypem, czyli sytuacji, gdy przemówienie jest powiązane z negatywnym stereotypem odnoszącym się do danej grupy społecznej (Steele, Aronson, 1995). Zagrożenie stereotypem prowadzi do wzrostu odczuwanego lęku, przez co pogarsza funkcjonowanie poznawcze jednostek (Schmader, Johns, Forbes, 2008). W jednym z badań aktywowano taki stereotyp u kobiet, sugerując im, że kobiety odczuwają większy poziom lęku przed przemawianiem niż mężczyźni, co doprowadziło do tego, że zachowywały się w bardziej lękowy sposób w trakcie swoich przemówień (Désert, Gonçalves, Leyens, 2013). Odczuwanie lęku przed przemawianiem może być szczególnie dotkliwie w środowisku edukacyjnym, gdzie są powszechne sytuacje aktywizacji zagrożenia stereotypem w trakcie przemawiania przed innymi uczniami, co może dotyczyć zwłaszcza uczniów z mniejszości, dziewczynek czy dzieci z biedniejszych domów. Istnieje szereg interwencji o naukowo potwierdzonej skuteczności, które pozwalają ograniczyć odczuwanie zagrożenia stereotypem w środowisku edukacyjnym (Drażkowski, 2014). Interwencje te mają potencjał, by zmniejszyć lęk odczuwany w trakcie przemówień wygłaszanych w szkole. Osoby pracujące w oświacie (np. psychologowie szkolni) powinny rozważyć ich zastosowanie nie tylko w celu obniżenia lęku przed przemawianiem u uczniów.

Rozdział 2.

Terapie ekspozycyjne

Terapie ekspozycyjne są z powodzeniem stosowane w leczeniu różnych zaburzeń lękowych, w tym zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, agorafobii i zespołu stresu pourazowego (Foa, Huppert, Cahill, 2006). Terapia ekspozycyjna polega na systematycznym przechodzeniu w kontrolowanym otoczeniu przez hierarchię sytuacji eksponujących bodziec lękotwórczy, które są stopniowane w zależności od poziomu lęku, jaki wywołują (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, Vervliet, 2014). Taka forma terapii pozwala jej uczestnikom przyzwyczać się do zagrażającej sytuacji (Borkovec, Sides, 1979), co prowadzi do zmniejszenia reakcji lękowej na występowanie przed publicznością. Terapia ekspozycyjna stanowi element procesu terapeutycznego w terapii poznawczo-behawioralnej, a także może funkcjonować jako autonomiczna interwencja (Norton, Price, 2007). Wyniki niedawnej metaanalizy (Reeves i in., 2021) pokazały, że terapia ekspozycyjna stosowana samodzielnie jest tak samo skuteczna w redukcji lęku przed przemawianiem jak terapia ekspozycyjna stosowana w kombinacji z innymi rodzajami terapii, np. w połączeniu z terapią poznawczą (Powers, Sigmarsson, Emmelkamp, 2008).

Najczęściej przytaczaną teorią wyjaśniającą działanie terapii ekspozycyjnej jest teoria przetwarzania emocjonalnego (Foa, Kozak, 1986), która zakłada, że emocje są przechowywane w ramach asocjacyjnych struktur poznawczych w pamięci. Odczuciu lęku towarzyszy i go poprzedza aktywacja struktur poznawczych unikania i ucieczki. Terapia ekspozycyjna umożliwia jej uczestnikom przezwyciężenie tendencji do unikania sytuacji lękotwórczych poprzez bezpośrednie wystawienie ich na działanie tych sytuacji (Finn i in., 2009). Zgodnie z tą teorią mówcy, którzy mają problemy z przystosowaniem się do lękowej sytuacji przemawiania do publiczności, błędnie postrzegają tę sytuację społeczną, co przyczynia się do odczuwania przez nich nadmiernego poziomu pobudzenia. W celu przetwarzania emocjonalnego sytuacji wystąpienia publicznego konieczne są: ekspozycja na bodziec lękotwórczy (przemówienie do publiczności) oraz włączenie do struktur pamięciowych nowych informacji, które podważają zniekształcone spo-

strzeżenie sytuacji wzbudzającej lęk. Te nowe informacje mają osłabić wyolbrzymiane prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych konsekwencji przemówienia (np. przekonania, że cała publiczność będzie się śmiała z mówcy). W kontrolowanych warunkach ekspozycji na bodziec lękotwórczy ryzyko pojawiania się negatywnych konsekwencji przemówienia jest małe, tak jak mała jest wielkość tych konsekwencji (np. nikt z publiczności nie zaśmiał się, a nawet jeśli ktoś to zrobił, to mówca kontynuował dalej swoje przemówienie). Taka bezpośrednia konfrontacja z lękotwórczym bodźcem, tj. z publicznością, przy ograniczonej możliwości wyjścia z tej sytuacji, prowadzi do zmiany relacji między bodźcem lękowym a strukturami poznawczymi, dzięki czemu lęk wywoływany przez bodziec może zmniejszyć się w procesie habituacji (Benito, Walther, 2015). Jeśli nie wystąpią żadne negatywne konsekwencje podczas kontaktu z publicznością, mówca zrewiduje błędne lub zniekształcone przekonania na temat wystąpień publicznych, co doprowadzi do zmniejszenia odczuwania przez niego lęku w przyszłości (Foa, Kozak, 1986). W rezultacie tego procesu ulegają osłabieniu skojarzenia między lękotwórczym bodźcem a negatywnymi wyobrażeniami na temat konsekwencji działania bodźca (np. mówcy przestają się obawiać, że publiczność będzie się z nich śmiała), co prowadzi do spadku odczuwanego lęku. Warunkiem powodzenia tego procesu jest aktywacja umiarkowanego poziomu pobudzenia lękowego na bodziec. Zbyt duży poziom lęku w trakcie przemówienia może prowadzić do niewłączenia nowych informacji w asocjacyjne struktury pamięciowe z powodu spadku poziomu uwagi towarzyszącemu dużemu poziomowi pobudzenia (Foa i in., 2006). W miarę trwania terapii ekspozycyjnej kształtują się nowe, bardziej pozytywne reakcje na bodziec, które osłabiają reakcje lękowe.

Terapie ekspozycyjne można sklasyfikować według długości czasu, przez jaki jej uczestnicy znajdują się w obecności bodźca wywołującego lęk (Finn i in., 2009). Krótka stopniowana ekspozycja polega na prezentowaniu uczestnikom terapii zagrażającego bodźca przez okres od kilku sekund do kilku minut, w zależności od stopnia zagrożenia. W trakcie sesji stosuje się wielokrotne krótkie ekspozycje zagrażającego bodźca, aby zmaksymalizować efekt habituacji. Druga strategia terapeutyczna, znana jako przedłużona/intensywna ekspozycja, obejmuje dłuższe okresy ekspozycji na zagrażający bodziec. W trakcie sesji terapeutycznej

jej uczestnicy mają kontakt z najbardziej lękowymi aspektami sytuacji przez okres od 10 do 15 minut. W terapii ekspozycyjnej lęku przed wystąpieniami publicznymi najczęściej stosuje się krótkie przemówienia (1–5 minut długości), które są wielokrotnie powtarzane. Tego typu ekspozycje na sytuację przemawiania do publiczności mają empirycznie udokumentowaną skuteczność (Lawm, Schwartz, Houlihan, Cassisi, 1994; Newman, Hofmann, Trabert, Roth, Taylor, 1994). Protokoły realizacji terapii ekspozycyjnej mogą różnić się między sobą. Porównując ze sobą procedurę terapii ekspozycyjnej z dwóch badań, testujących skuteczność tej formy terapii w redukcji lęku przed przemawianiem, przeprowadzanych przez Geralda Lawma i współpracowników (1994) oraz przez Michelle'a Newmana i współpracowników (1994), można dostrzec zasadnicze różnice. Zespół Lawma zastosował stopniowaną ekspozycję na sytuację przemawiania (wzrastająca liczba widzów i długości wystąpień) połączoną z informacjami zwrotnymi dla przemawiającego ukierunkowanymi na wzmocnienie pozytywnych zachowań w trakcie przemawiania i na dostarczenie sugestii co do dalszej poprawy umiejętności przemawiania. Z kolei zespół Newmana nie stosował stopniowanej ekspozycji – na każdej z siedmiu kolejnych sesji uczestnicy terapii prezentowali 3-minutowe wystąpienia przed resztą grupy (sześciu pacjentów i dwóch terapeutów). W trakcie terapii zastosowano elementy treningu umiejętności przemawiania z psychoedukacją, modelowaniem, informacjami zwrotnymi (na podstawie nagrań wideo przemówień) i pracami domowymi między sesjami. Co intrygujące, publiczność zachęcano do nieprzychylnych reakcji względem mówców. W obu terapiach przyjęto podejście czysto behawioralne, unikając zmiany nieadaptacyjnych przekonań mówców. Pomimo znaczących różnic między formami terapii ekspozycyjnej, które opisano powyżej, oba programy redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami przyniosły oczekiwane rezultaty.

Terapia ekspozycyjna *in vivo* (wobec prawdziwej publiczności) ma jednak kilka ograniczeń w redukcji lęku przed przemawianiem. Podstawowym problemem przy zastosowaniu terapii ekspozycyjnej *in vivo* są bodźce wzbudzające lęk przed przemawianiem, tj. publiczność. Zastosowanie „prawdziwej” publiczności jest w praktyce bardzo trudne do realizacji. W trakcie grupowych sesji terapeutycznych można wprawdzie stworzyć publiczność z grupy uczestniczącej w zajęciach,

ale będzie to maksymalnie kilkanaście osób (z reguły 6–10). Ponadto terapia ekspozycyjna *in vivo* jest uważana za terapię czasochłonną, kosztowną, uciążliwą dla terapeutów (Bouchard i in., 2017). Trudno w trakcie tej terapii przestrzegać zasad tworzenia hierarchii lęków oraz kontrolować reakcję publiczności. Zarówno osoby zmagające się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi, jak i terapeuci mają ograniczoną akceptację dla tej formy terapii (García-Palacios, Botella, Hoffman, Fabregat, 2007; Pittig, Kotter, Hoyer, 2019). Część osób z wysokim poziomem lęku przed przemawianiem nie było w stanie kontynuować swoich przemówień w terapii ekspozycyjnej zastosowanej przez zespół Lawma (1994), przerywając swój udział w terapii.

Pomimo że element ekspozycji na bodziec lękowy występuje w jakimś stopniu w większości metod redukcji lęku przed przemawianiem, to jednak można wyróżnić kilka form terapii, w których główny mechanizm działania opiera się na przemawianiu do publiczności. Są to: ekspozycja w wirtualnej rzeczywistości, wizualizacja, systematyczna desensytyzacja, terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji, etykietowanie emocji. Metody te w dalszej części rozdziału zostaną kolejno omówione.

1. Ekspozycja wirtualna

Lękotwórczy bodziec może być prezentowany uczestnikowi terapii ekspozycyjnej nie tylko w formie przemawiania do prawdziwej publiczności (*in vivo*). Uczestnik terapii ekspozycyjnej może przemawiać do wirtualnej publiczności (za pomocą technologii cyfrowej). Zaletą ekspozycji na bodziec lękotwórczy w wirtualnej rzeczywistości jest to, że osoby z zaburzeniami lękowymi preferują prowadzenie terapii ekspozycyjnej w środowisku wirtualnym w porównaniu do terapii prowadzonej wobec „prawdziwej” publiczności (García-Palacios i in., 2007). W wirtualnej rzeczywistości można zaprojektować pozytywne reakcje publiczności, które da się w pełni kontrolować. Zatem terapia ekspozycyjna w wirtualnej rzeczywistości może wzbudzać mniejszy opór potencjalnych pacjentów przed jej podjęciem i kontynuacją niż terapia *in vivo*.

Znaczenie dla skuteczności terapii ekspozycyjnej w wirtualnej rzeczywistości może mieć stopień realności prezentowanej publiczności

w środowisku wirtualnym. Początkowo stosowane w tym celu awatary osób z publiczności nie były zbyt realistyczne (Pertaub, Slater, Barker, 2002), co stanowiło ograniczenie tej metody. W miarę rozwoju technologii cyfrowej zwiększała się realistyczność wirtualnej publiczności i immersyjność sytuacji przemawiania. Na chwilę obecną największą realność wirtualnego prezentowania publiczności daje zastosowanie nagrań wideo prawdziwej publiczności w 360 stopniach oglądanych na okularach do wirtualnej rzeczywistości. Użytkownik technologii wirtualnej rzeczywistości zakłada okulary wyposażone w dwa stereoskopowe wyświetlacze pokrywające całe pole widzenia, które odcinają go od bodźców wzrokowych płynących ze świata zewnętrznego. Wyświetlany obraz jest interaktywny w stosunku do ruchów głowy użytkownika, tworząc iluzję widzenia głębi i możliwość rozglądania się po wirtualnym świecie. Dzięki tym rozwiązaniom użytkownik technologii wirtualnej rzeczywistości patrzy na immersyjny świat w wygenerowanym komputerowo środowisku.

Zespół badaczy z holenderskich uniwersytetów (Stupar-Rutenfrans, Ketelaars, van Gisbergen, 2017) przeprowadził badanie testujące skuteczność ekspozycji w wirtualnej rzeczywistości w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi przy użyciu tego typu okularów. 35 uczestników ich badania przez trzy tygodnie wykonywało sesje polegające na przemawianiu przez pięć minut z założonymi okularami do oglądania wirtualnej rzeczywistości (przy wykorzystaniu ich osobistych smartfonów). W każdym tygodniu sesje różniły się stopniem ekspozycji na lękotwórcze sytuacje wyrażonym w postaci wielkości publiczności. W pierwszym tygodniu badani przemawiali do pustej sali, w drugim tygodniu do 12 osób, by w trzecim tygodniu przemawiać do 100 osób. Przeciętnie każda osoba badana odbyła w tygodniu trzy–cztery tego typu sesje. Wyniki badania pokazały, że lęk przed wystąpieniami publicznymi istotnie spadł po zakończeniu terapii ekspozycyjnej w wirtualnej rzeczywistości, zwłaszcza u osób odczuwających wysoki poziom tego lęku.

Do niedawna okulary do oglądania wirtualnej rzeczywistości były mało dostępne, drogie i wymagały równie drogiego komputera wysokiej klasy do ich uruchomienia, a także wysokiego stopnia biegłości technicznej do opracowania wirtualnej ekspozycji i obsługi sprzętu. Istnieje obecnie kilka gotowych, konsumenckich platform do wirtualnej

rzeczywistości wraz z przyjaznymi dla użytkownika środowiskami programistycznymi (Lindner i in., 2017). Rozwój technologiczny obiecuje zrewolucjonizowanie dostępności narzędzi terapeutycznych wykorzystujących wirtualną rzeczywistość, a także umożliwienie rozwoju i szerokiego rozpowszechnienia aplikacji do samodzielnego stosowania terapii ekspozycyjnej w środowisku wirtualnym (Miloff i in., 2016). Zanim jednak takie zastosowanie będzie mogło być rekomendowane w warunkach klinicznych, podejście to wymaga dalszej walidacji.

Wyniki niedawno opublikowanej metaanalizy (Reeves i in., 2021) potwierdziły skuteczność terapii ekspozycyjnej w wirtualnej rzeczywistości w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi oraz pokazały, że zastosowanie wirtualnej publiczności w terapiach ekspozycyjnych przynosi minimalnie mniejszy spadek lęku przed przemawianiem niż w przypadku zastosowania prawdziwej publiczności w terapii ekspozycyjnej *in vivo*. Terapia ekspozycyjna w wirtualnej rzeczywistości, tak jak terapia *in vivo*, jest skuteczna w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi w próbach nieklinicznych oraz w próbach klinicznych. Zdaniem autorów metaanalizy, terapia ekspozycyjna w wirtualnej rzeczywistości może być stosowana jako opcja leczenia dla osób z subklinicznymi lub łagodnymi objawami lękowymi, co ma odciążyć terapeutów i zwiększyć dostępność ich usług dla osób zmagających się z najsilniejszymi objawami lęku przed publicznym przemawianiem. Dla tych ostatnich terapia ekspozycyjna w wirtualnej rzeczywistości może posłużyć jako przygotowanie do sesji grupowych z terapeutą lub jako wspieranie procesu terapeutycznego, np. poprzez ekspozycję na wirtualną publiczność jako część pracy domowej między sesjami. Metaanaliza ta pokazała też, że już pojedyncza sesja terapii ekspozycyjnej w wirtualnej rzeczywistości może być skuteczna w redukcji lęku. Ograniczeniem w stosowaniu tej metody może być cena sprzętu koniecznego do wejścia w świat wirtualny, brak umiejętności w obsłudze tej technologii czy lęk przed technologią.

2. Wizualizacja

Publiczność może być także wyobrażana przez uczestnika terapii ekspozycyjnej. Tego typu formę ekspozycji najczęściej stosuje się w trakcie systematycznej desensytyzacji (metoda opisana w następ-

nym podrozdziale). Wyobrażenie sobie publiczności jest dużo prostsze i bezpieczniejsze niż praca z prawdziwą publicznością (in vivo). Wyobrażający może zwizualizować bardzo przychylnie reakcje publiczności. Sytuacja wizualizacji różni się jednak w znaczącym zakresie od przemawiania in vivo czy od ekspozycji na wirtualną publiczność. Zasadnicza różnica odnosi się do możliwości wyobrażenia sobie nie tylko reakcji publiczności (jak ma to miejsce w przypadku innych form terapii ekspozycyjnej), ale także możliwości wyobrażenia sobie własnego przemówienia. Jest to skuteczny element wizualizacji, który wykracza poza mechanizmy działania opisane w terapii ekspozycyjnej. Metody wizualizacji używane w praktyce opisanej poniżej są skonstruowane na bazie terapii ekspozycyjnej, technik psychoanalitycznych i technik modyfikacji poznawczej (pozytywnego myślenia; Ayres, Hopf, 1985).

W najprostszym ujęciu technika wizualizacji polega na wyobrażeniu sobie, że wygłasza się skuteczną prezentację. Wizualizacja, jak opisali to Joe Ayres i Tim Hopf (1985), polega na tym, że mówca myśli pozytywnie o wszystkim, co wydarzy się w dniu przemówienia od chwili, gdy wstaje rano, do momentu, gdy przemówienie zostanie zaprezentowane. Ćwiczenie wizualizacyjne opracowane przez tych badaczy polega na odczytywaniu scenariusza uczestnikom zajęć, podczas gdy mają zamknięte oczy i proszeni są o zrelaksowanie się. Osoby badane mają wyobrazić sobie, że są osobą opisaną w skrypcie, i zwizualizować siebie przygotowującego się do przemówienia i wygłaszającego mowę. Badanie Ayresa i Hopfa pokazało, że wcześniejsza wizualizacja przemówienia istotnie obniża lęk odczuwany w trakcie przemówienia, zwłaszcza u osób odczuwających silny lęk przed przemawianiem. Ayres i Hopf w kolejnych latach rozwijali badania nad metodą wizualizacji, potwierdzając jej skuteczność w zakresie redukcji lęku przed przemawianiem (Ayres, Hopf, 1989). Wykazali m.in. że obniżony poziom lęku przed przemawianiem po zastosowaniu wizualizacji utrzymuje się nawet osiem miesięcy po zakończeniu terapii (Ayres, Hopf, 1990). Badacze ci pokazali, że skuteczność wizualizacji w ograniczaniu lęku przed przemawianiem jest zbliżona do skuteczności desensytyzacji i terapii racjonalno-emotywnej (typ terapii poznawczej; Ayres, Hopf, 1987). Wskazali też na ograniczenia w stosowaniu metody wizualizacji, która okazała się mniej skuteczna w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi u osób o ograniczonej zdolności wyobrażania (Ayres i in., 1994).

Ayres i Hopf (1992), dokonując analiz zrealizowanych do tej pory badań, wysunęli wniosek, że wizualizacja redukuje lęk przed wystąpieniami, ale nie prowadzi do wzrostu skuteczności przemawiania. Badacze postanowili zmodyfikować technikę wizualizacji, wzorując ją na wizualizacji stosowanej w sporcie (Behnke, Chlebosz, Kaczmarek, 2017), która skutecznie podnosi jakość wykonania określonej czynności (np. pływania). Jedną z procedur wizualizacji stosowaną w sporcie zakłada w pierwszej kolejności obserwowanie mistrzowskiego wykonania danej czynności, a następnie próbę wyobrażenia sobie, że w podobnie perfekcyjny sposób wykonuje się daną czynność. Metoda ta wykorzystuje mechanizm modelowania zachowania. By sprawdzić skuteczność wizualizacji perfekcyjnego wykonania (wzorowanego na wizualizacji stosowanej przez sportowców), Ayres i Hopf (1992) przyporządkowali badanych studentów cechujących się podwyższonym poziomem lęku przed przemawianiem do jednego z trzech warunków: wizualizacji klasycznej (procedura zbliżona do tej stosowanej we wcześniej opisanych w tym podrozdziale badaniach), wizualizacji perfekcyjnego wykonania oraz do warunku kontrolnego. Na początku badania wszyscy jego uczestnicy przemawiali, co umożliwiała obserwatorom dokonanie oceny jakości ich wystąpień. Uczestnicy badania w warunku wizualizacji perfekcyjnego wykonania rozpoczęli terapię od ćwiczenia relaksacyjnego, następnie wyobrażali sobie rozmowę z bliskim przyjacielem (trening wizualizacji), po czym oglądali 5-minutowe nagranie świetnej przemowy polityk – kompetentnej mówczyni na wiecu wyborczym. Badani mieli za zadanie skupić się na sposobie przemawiania polityk (nie na jego treści) tak, by stworzyć w umyśle „mentalny film” tego wystąpienia. Po kilkukrotnej wizualizacji przemówienia polityk badani wyobrażali sobie kilka razy, że sami przemawiają w taki sposób, w jaki robi to owa polityk. Następnie wszystkie osoby badane ponownie były oceniane przez obserwatorów w trakcie przemówienia oraz oceniały odczuwany przez siebie lęk przed przemawianiem na poziomie stanu i cechy oraz opisywały swoje myśli w trakcie przemawiania. Wyniki badania pokazały, że zarówno klasyczna wizualizacja, jak i wizualizacja perfekcyjnego wykonania były skuteczne w redukowaniu lęku przed wystąpieniami publicznymi jako stanu i jako cechy oraz negatywnego myślenia w trakcie przemówienia (w porównaniu do warunku kontrolnego). Przemówienia uczestników badania, którzy odbyli sesję

wizualizacji perfekcyjnego wykonania, zostały lepiej ocenione niż w przypadku klasycznej wizualizacji czy w przypadku grupy kontrolnej – badani wykazywali większą płynność w mówieniu oraz mniejszą sztywność i zahamowania w trakcie przemawiania. Późniejsze badania (Ayres, 2005) pokazały, że wizualizacja perfekcyjnego przemówienia skutecznie zmniejsza pobudzenie (m.in. nadmierne poruszanie się, używanie nerwowych i powtarzających się gestów) oraz sztywność (m.in. bycie spiętym, nieruszanie się, nieużywanie gestów w trakcie przemawiania) przemawiającego, co sugeruje spadek behawioralnych oznak lęku w trakcie przemawiania.

Wizualizacja jest relatywnie prostą metodą, którą można z powodzeniem samodzielnie stosować. Jej ograniczeniem jest przede wszystkim to, że nie wszystkie osoby mają odpowiedni poziom zdolności do wyobrażania, by móc czerpać wszystkie korzyści płynące z praktykowania wizualizacji (Ayres i in., 1994). Wizualizacja może być z powodzeniem łączona z innymi metodami redukcji lęku.

3. Systematyczna desensytyzacja

Celem systematycznej desensytyzacji jest zmiana negatywnych i nieświadomych skojarzeń pomiędzy awersyjnym bodźcem (np. wystąpieniem publicznym) a lękiem. Podstawowy mechanizm redukcji lęku w terapii systematycznej desensytyzacji opiera się na zmniejszeniu reaktywności uczestnika poprzez ekspozycję na sytuacje przemawiania o wzrastającym stopniu wzbudzenia lękowego pobudzenia.

Terapia desensytyzacyjna rozpoczyna się od nauki metod relaksacyjnych (np. medytacji, głębokiej relaksacji mięśniowej). Osiąganie stanu relaksacji² jest niezbędne dla powodzenia tej terapii, która wykorzystuje mechanizm warunkowania przeciwstawnego (Wolpe, 1954) – relaksacja jako zjawisko przeciwstawne do lęku nie może z nim współwystępować (nie można czuć się zrelaksowanym i załkniętym w tym samym momencie). Zatem lęk przed wystąpieniami publicznymi jest redukowany

² Ciekawym pomysłem jest zastąpienie relaksacji ćwiczeniami fizycznymi. W jednym z badań wyobrażanie sobie wystąpienia połączone z ćwiczeniami fizycznymi przyniosło większą redukcję lęku przed przemawianiem niż samo wyobrażanie przemówienia (Schwartz, Kaloupek, 1987).

poprzez zastąpienie go stanem zrelaksowania. Współcześnie uważa się, że systematyczna desensytyzacja działa po prostu dzięki powtarzającej się ekspozycji na pobudzającą sytuację (Finn i in., 2009).

Kolejnym krokiem w procesie terapii systematycznej desensytyzacji jest opracowanie przez jej uczestnika hierarchii sytuacji lękotwórczych związanych z publicznym przemawianiem (Stevens, 2021). Lista może zaczynać się od sytuacji czytania o czymś wystąpieniu publicznym (mało lękotwórcza sytuacja), a kończyć na występowaniu przed bardzo liczną publicznością bez możliwości wcześniejszego przygotowania do przemowy (wysoce lękotwórcza sytuacja). W procesie tworzenia hierarchii sytuacji lękotwórczych ważne jest unikanie dużych różnic w intensywności wzbudzanego lęku między jedną sytuacją lękotwórczą a kolejną na liście. Sam proces tworzenia tej listy może poprzez werbalizację i analizę sytuacji przemawiania sprzyjać ograniczeniu lęku.

Właściwe sesje terapeutyczne rozpoczynają się od relaksacji. Następnie uczestnicy proszeni są o wyobrażenie sobie w sposób możliwie żywy i realistyczny serii sytuacji związanych z wystąpieniami publicznymi. Sytuacje te wyobrażane są w kolejności od najmniej do najbardziej lękotwórczych, zgodnie z wcześniej sporządzoną listą hierarchii sytuacji lękotwórczych. Jeśli uczestnik terapii jest w stanie zrelaksować się, wyobrażając sobie jedną z sytuacji z listy hierarchii sytuacji lękotwórczych, to przechodzi do wyobrażenia sobie następnej sytuacji w hierarchii (Friedrich, Goss, Cunconan, Lane, 1997). Jeśli nie jest w stanie zrelaksować się, wyobrażając sobie określoną sytuację, przerywa proces wyobrażania sytuacji i skupia się na przywróceniu stanu głębokiej relaksacji.

W celu ułatwienia transferu efektów sesji na rzeczywiste sytuacje przemawiania uczestnicy terapii powinni przemawiać wobec innych osób (ekspozycja *in vivo*), a nie wyłącznie wyobrażać sobie przemawianie. Publicznością mogą być inne osoby uczestniczące w terapii grupowej lub życzliwie nastawieni bliscy uczestnika terapii, który w ramach prac domowych między sesjami może do nich przemawiać.

Systematyczna desensytyzacja jest skuteczna w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi w perspektywie krótkoterminowej i długoterminowej (McCroskey, 1972). Wyniki badań sugerują, że rozpoczęcie leczenia lęku przed wystąpieniami publicznymi od systematycznej desensytyzacji jest najlepszą opcją dla osób odczuwających wysoki poziom tego lęku (Whitworth, Cochran, 1996). Terapia ta może być

z powodzeniem stosowana przez terapeutów posiadających jedynie minimalne przeszkolenie (McCroskey, Ralph, Barrick, 1970) oraz w drodze samodzielnego stosowania (Lent, Russell, Zamostny, 1981; Marshall, Presse, Andrews, 1976). Jednak osoby stosujące w ramach samopomocy systematyczną desensytyzację muszą pamiętać o kluczowym znaczeniu „systematyczności”, która zakłada regularne ćwiczenia wymagające sumienności i odpowiednio wysokiej motywacji. Stosowanie systematycznej desensytyzacji wymaga też przeznaczenia na ćwiczenia odpowiedniej ilości czasu. Ta metoda może nie być skuteczna dla osób, które przejawiają trudności w opanowaniu techniki relaksacji lub które mają problem z wyobrażaniem sobie przemówień.

4. Terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji

Ekspozycja na przeżywanie lęku w trakcie przemawiania wykorzystywana jest w terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji. Ten rodzaj terapii, w przeciwieństwie do klasycznych terapii ekspozycyjnych, nie opiera się na mechanizmie habituacji wobec lękotwórczego bodźca. Ekspozycja na lękotwórczy bodziec w terapii akceptacji i zaangażowania (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999) jest wykorzystywana w celu zwiększania gotowości jednostki do doświadczania lęku, aby wytrenować jej zdolność do defuzji, a więc do akceptacji niepokojących myśli i uczuć związanych z lękiem poprzez rozwijanie nieosądzającej perspektywy zewnętrznego „obserwatora” własnych doświadczeń (myśli i emocji; Hayes i in., 1999). Defuzja prowadzi do osiągnięcia psychologicznego dystansu wobec własnych myśli i uczuć. Zatem w przeciwieństwie do klasycznych form terapii ekspozycyjnych, w których ekspozycja była sama w sobie czynnikiem obniżającym lęk, w terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji jest jedynie środkiem do nauki akceptacji lęku (Orsillo, Roemer, Block, LeJeune, Herbert, 2004). Ekspozycja na sytuacje lękotwórcze jest w tej terapii traktowana jako możliwość pomocy pacjentowi w doświadczaniu lęku jako mniej zagrażającego i jako metoda osłabienia związku między niepokojącymi myślami a zachowaniami (Hayes i in., 1999). W tym podejściu uczestnicy terapii są uczeni koncentrowania swojej uwagi na angażowaniu się w pożądane zachowania (publiczne przemówienie), świadomej akceptacji niepokojących myśli i doznań (a nie na redukcji lękowego pobudzenia).

Erica England wraz ze współpracownikami (2012) jako pierwsi sprawdzili skuteczność ekspozycyjnej terapii opartej na akceptacji w redukcji klinicznego lęku przed wystąpieniami publicznymi. W ich badaniu uczestniczyły wyłącznie osoby ze zdiagnozowanym zaburzeniem lękowym w postaci lęku przed publicznym przemawianiem. Uczestnicy badania uczęszczali na sześć sesji grupowej terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji. W trakcie sesji uczestniczyli w ćwiczeniach odgrywania roli, w których przemawiali do pozostałych członków grupy. Osoby uczestniczące w sesjach przemawiały zarówno improwizując, jak i przygotowując się do swoich występów. Tak jak ma to miejsce w terapii desensytyzacyjnej, uczestnicy sesji ćwiczyli swoje przemówienia w oparciu o spersonalizowaną hierarchię lęków. Terapia koncentrowała się na akceptacji i defuzji niepokojących myśli, uczuć i doznań podczas występów publicznych. Ponadto pacjenci praktykowali medytację uważności przed i w trakcie ćwiczeń ekspozycyjnych, a także pomiędzy sesjami jako zadanie domowe. Ekspozycyjna terapia oparta na akceptacji doprowadziła u jej uczestników do: znaczącej poprawy w zakresie deklarowanej pewności siebie w trakcie występów publicznych, spadku liczby negatywnych myśli i obaw związanych z przemawianiem, wzrostu ocenianych przez obserwatorów umiejętności społecznych w trakcie przemawiania. Co jednak najważniejsze, wszystkie osoby uczestniczące w ekspozycyjnej terapii opartej na akceptacji nie tylko doświadczyły systematycznego spadku lęku przed wystąpieniami publicznymi w trakcie trwania terapii, ale także sześć tygodni po zakończonej terapii u żadnej z tych osób nie zdiagnozowano zaburzenia lękowego w postaci lęku przed publicznym przemawianiem. Można zatem mówić o pełnej reemisji klinicznego lęku przed przemawianiem osób uczestniczących w tej formie terapii ekspozycyjnej. Tymczasem 17% osób uczestniczących w klasycznej terapii ekspozycyjnej, które także brały udział w badaniu England i jej współpracowników jako grupa porównawcza, nie zostało wyleczonych z zaburzenia lękowego w postaci lęku przed publicznym przemawianiem. Ponadto badanie to pokazało, że osoby o wysokim poziomie zdolności do defuzji osiągały większe spadki lęku przed przemawianiem w odpowiedzi na udział w terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji niż osoby o niskim poziomie zdolności do defuzji.

Z kolei Lisa Glassman i jej współpracownicy (2016) włączyli główne założenia terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji do tera-

pii poznawczo-behawioralnej i porównali ją z klasyczną terapią poznawczo-behawioralną. W ich badaniu również brały udział osoby ze zdiagnozowanym klinicznym lękiem przed przemawianiem, które uczestniczyły w jednej z dwóch wyżej wymienionych form terapii. Sesje terapii poznawczo-behawioralnej opartej na akceptacji miały podobny charakter co sesje prowadzone przez zespół England (2012). W trakcie 90-minutowej sesji jej uczestnicy praktykowali wykorzystywanie defuzji poprzez ćwiczenie polegające na wygłaszaniu krótkich mów (bez publiczności) i słuchaniu swoich wcześniej spisanych myśli, które były czytane przez terapeutę. Jednocześnie starali się skupić swoją uwagę na przemówieniu. Celem tego ćwiczenia była nauka tworzenia dystansu pomiędzy sobą a swoimi wewnętrznymi doświadczeniami (np. myślami) oraz nauka przekierowywania uwagi na przemówienie. Wyniki tego badania pokazały, że obie terapie doprowadziły do spadku lęku przed przemawianiem, jednak klasyczna terapia poznawczo-behawioralna była bardziej skuteczna w tym zakresie od terapii opartej na akceptacji. Natomiast przemówienia uczestników terapii opartej na akceptacji zostały ocenione lepiej przez obserwatorów niż przemówienia terapii poznawczo-behawioralnej. Zdaniem Glassman i jej współpracowników, różnica ta wynikała z tego, że strategie kontroli lęku stosowane w terapii poznawczo-behawioralnej lęku (np. poznawcza restrukturyzacja myśli) w dużym stopniu obciążają zasoby poznawcze mówcy, co nie ma miejsca w przypadku stosowania terapii opartej na akceptacji. Analiza aktywności mózgów uczestników badania częściowo potwierdziła ich wnioski. Zatem być może terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji nie jest tak samo skuteczna w redukcji lęku przed przemawianiem, jak i inne formy terapii, ale może prowadzić do większej poprawy jakości przemawiania.

Terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji posiada wiele zalet, ale wymaga specjalistycznego przeszkolenia terapeutów i na ten moment ma ograniczony potencjał do samodzielnego stosowania. Jej znaczącym ograniczeniem jest jej odmienność w porównaniu do innych metod redukcji lęku przed przemawianiem. W tej formie terapii lęk przed publicznymi wystąpieniami jest akceptowany, a w innych terapiach walczy się z nim. Z tego powodu nie jest wskazane łączenie terapii ekspozycyjnej opartej na akceptacji z innymi metodami redukcji lęku przed przemawianiem (więcej o tym w *Rozdziale 5.2*).

5. Etykietowanie emocji

Współcześnie uważa się, że jednym z głównych mechanizmów terapii ekspozycyjnej jest wygaszanie lęku, a nie habituacja (Craske, Liao, Brown, Vervliet, 2012). Habituacja zakłada osłabienie pierwotnych wspomnień związanych z sytuacją wzbudzającą lęk. Natomiast proces wygaszania wiąże się z tworzeniem nowych wspomnień, które skutecznie konkurują z pierwotnymi wspomnieniami wzbudzającymi lęk, przejmując kontrolę nad reakcjami emocjonalnymi. Dowody na rzeczy prymatu procesu wygaszania nad habituacją płyną z badań neurobiologicznych. Badania te pokazują, że większa aktywność połączeń między częścią brzuszno-przyśrodkową kory przedczołowej mózgu, w której przechowywane są wspomnienia, a ciałem migdałowatym, które jest centralnym ośrodkiem reagowania na lęk, jest związana z lepszym wygaszaniem strachu (Delgado, Nearing, LeDoux, Phelps, 2008; Phelps, Delgado, Nearing, LeDoux, 2004). Z drugiej strony osłabienie aktywności ciała migdałowatego w tych połączeniach neuronalnych także może przyczyniać się do wygaszania lęku, co może wspierać skuteczność terapii ekspozycyjnej w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi. Zatem wyniki badań neurologicznych sugerują, że nie tyle osłabienie „złych wspomnień” (jak zakłada proces habituacji), a wzmocnienie „dobrych wspomnień” (jak zakłada proces wygaszania) zmniejsza lęk w terapii ekspozycyjnej.

W tym momencie na arenę rozważań o neurologicznym mechanizmie wygaszania w terapii ekspozycyjnej wkracza etykietowanie emocji. Wyniki badań pokazują, że etykietowanie własnych doświadczeń emocjonalnych aktywuje obszary kory przedczołowej i zmniejsza aktywność ciała migdałowatego (Gorno-Tempini i in., 2001; Hariri, Mattay, Tessitore, Fera, Weinberger, 2003; Narumoto i in., 2000). Etykietowanie emocji różni się od innych strategii regulacji emocji, takich jak tłumienie czy poznawcza modyfikacja, tym, że nie jest bezpośrednio ukierunkowaną intencjonalną strategią regulacji emocji (Burklund, Creswell, Irwin, Lieberman, 2014). Wielokrotne powtarzanie etykietowania określonych stanów afektywnych może wzmacniać połączenia neuronalne między korą przedczołową a ciałem migdałowatym, prowadząc do zwiększenia zdolności do regulowania emocji.

W oparciu o wcześniejsze wyniki badań (Kircanski, Lieberman, Craske, 2012; Tabibnia, Lieberman, Craske, 2008), wskazujące

na większą skuteczność w redukcji lęku terapii ekspozycyjnej wykorzystującej etykietowanie emocji, Andrea Niles wraz ze współpracownikami (2015) założyła, że w przypadku redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi może wystąpić podobny efekt. W ich badaniu wzięli udział studenci o podwyższonym poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi, którzy zostali przyporządkowani do jednego z dwóch warunków badawczych: klasycznej terapii ekspozycyjnej i terapii ekspozycyjnej połączonej z etykietowaniem emocji. Na początku i na końcu badania jego uczestnicy wygłaszali 1-minutowe wystąpienie publiczne, w trakcie którego rejestrowano ich pobudzenie fizjologiczne (tętno i przewodnictwo skórno-galwaniczne) oraz subiektywne odczucie lęku. Następnie uczestnicy badania wykonywali zadanie pozwalające określić ich zdolności do regulacji emocji. Uczestnicy badania w trakcie terapii ekspozycyjnej w ciągu dwóch dni wygłaszali przed publicznością dziesięć przemówień trwających po jedną minutę. Przed każdą przemową uczestnicy terapii ekspozycyjnej połączonej z etykietowaniem emocji określali za pomocą komputera, jaką emocję aktualnie odczuwają, wybierając jedną z czterech opcji: złość, smutek, lęk lub inne emocje. Etykiety poszczególnych emocji różniły się między kolejnymi przemówieniami, np. lęk określany był jako strach, zdenerwowanie, niepokój itd. Następnie osoby badane określały swoje obawy co do reakcji publiczności, wybierając jedną z czterech opcji, np. „Publiczność będzie naśmiewała się ze mnie”. W warunku klasycznej terapii ekspozycyjnej poza przemawianiem do publiczności uczestnicy badania wykonywali neutralne zadania. Wyniki badania Niles i jej współpracowników pokazały, że etykietowanie emocji zwiększyło skuteczność terapii ekspozycyjnej w redukcji fizjologicznego pobudzenia lękowego (ale nie zaobserwowano różnic w zakresie lęku mierzonego samoopisowo). Etykietowanie emocji okazało się skuteczne zwłaszcza dla osób, które w trakcie terapii częściej etykietowały lękotwórcze bodźce. Ponadto osoby, które miały niższy poziom zdolności do regulacji emocji przed podjęciem terapii, doświadczały większego spadku lęku przed przemawianiem, co sugeruje, że etykietowanie emocji pozwala lepiej je regulować. Ogólnie wyniki tego badania sugerują, że etykietowanie emocji dzięki zmianom powstającym w obwodach przedczołowo-migdałowych może poprawić skuteczność terapii ekspozycyjnej

w redukcji lęku przed przemawianiem, zwłaszcza u osób mających znaczącą trudność w zakresie regulacji emocji.

Procedura nazywania odczuwanych emocji przed przemówieniem nie jest skomplikowana i wydaje się, że z powodzeniem może być implementowana przez praktyków oraz samodzielnie stosowana przez osoby zmagające się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi. Osoby te mogą przed przemówieniem komunikować sobie i innym ludziom (np. publiczności), co czują i czego się obawiają, co z kolei powinno im pomóc w regulowaniu ich lęku.

Rozdział 3.

Terapie poznawcze

Podstawowym założeniem leżącym u podstaw projektowania różnych form terapii poznawczych ograniczających lęk przed wystąpieniami publicznymi jest istnienie negatywnych lub irracjonalnych myśli i przekonań związanych z przemawianiem, które prowadzą do odczuwania tego lęku (Fremouw, Zitter, 1978; Meichenbaum, Gilmore, Fedoravicius, 1971). Celem terapii poznawczych jest więc zmodyfikowanie negatywnych przekonań i zastąpienie ich bardziej adaptacyjnymi, które zakładają pozytywne spostrzeganie sytuacji przemawiania, publiczności i siebie jako mówcy. W trakcie terapii może okazać się konieczna praca pacjenta nad zmianą przekonań na swój temat na bardziej pozytywne, co oznacza ukierunkowanie terapii na podniesienie jego samooceny. Typowy schemat sesji terapii poznawczej zakłada identyfikację u jej uczestnika obaw i negatywnych przekonań związanych z sytuacją przemawiania, by następnie terapeuta wykazał ich irracjonalność oraz przedstawił propozycję bardziej adaptacyjnych przekonań (Glogower i in., 1978). W efekcie tego u pacjenta powinna nastąpić zmiana sposobu myślenia o publicznym przemawianiu, co może spowodować ograniczenie lęku w trakcie przemawiania. Kluczowe znaczenie dla skuteczności terapii poznawczej ma wypracowanie zdolności do przywoływania pozytywnych i adaptacyjnych myśli w trakcie przemawiania.

Jednym z rodzajów terapii poznawczej u udokumentowanej skuteczności w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi jest terapia racjonalno-emotywna. Larry Trexler i Thomas Karst (Karst, Trexler, 1970; Trexler, Karst, 1972) jako pierwsi sprawdzali skuteczność terapii racjonalno-emotywniej w leczeniu lęku przed przemawianiem. W zastosowanej przez nich terapii skupili się na wykazaniu irracjonalności trzech przekonań: 1) silnej potrzeby bycia kochanym i aprobowanym przez publiczność, 2) potrzeby bycia perfekcyjnym, 3) tendencji do spostrzegania porażki jako katastrofy. W trakcie trzech sesji terapeuci starali się podważyć te irracjonalne przekonania. Pomiędzy sesjami pacjenci wykonywali zadania domowe polegające na psychoedukacji. Wyniki

badania Trexlera i Karsta potwierdziły skuteczność tej formy terapii poznawczej w redukcji lęku przed przemawianiem.

Współcześnie terapie poznawcze są najczęściej łączone z podejściem behawioralnym w formie terapii poznawczo-behawioralnej. Ta forma terapii integruje podejście poznawcze z zastosowaniem ekspozycji na sytuację przemawiania, która wspomaga proces modyfikacji przekonań poznawczych (Heimberg, Becker, 2002). Choć sama idea leżąca u podstaw terapii poznawczo-behawioralnych jest prosta (zastąpienie nieadaptacyjnych myśli i zachowań bardziej adaptacyjnymi), to jej realizacja jest bardziej złożona. W języku polskim istnieje kilka książek dla praktyków i dla pacjentów omawiających szczegółowo stosowanie współczesnych form terapii poznawczo-behawioralnej do redukcji lęku (np. Bourne, 2011; Hayes, Smith, 2014; Hope i in., 2007; Hope, Heimberg, Turk, 2007; Wells, 2010), do których mogą sięgnąć czytelnicy tego opracowania chcący zgłębić ten temat. Tymczasem w dalszej części tego rozdziału zostaną omówione specyficzne i mało znane skuteczne metody poznawcze redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi, których zastosowanie jest relatywnie proste, co umożliwi ich samodzielne zastosowanie. Są to: komunikaty zaszczepiające, iluzja przezroczystości, komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna, interpretacja pobudzenia lękowego jako ekscytacji.

1. Komunikaty zaszczepiające

Do rodziny terapii poznawczych można zaliczyć technikę komunikatów zaszczepiających opracowaną w badaniach testujących skuteczność różnych form obrony przed perswazją (Compton, 2013). Skuteczność tych technik można wyjaśnić, posługując się analogią medycznych szczepień – jednostki, które otrzymują osłabioną formę wirusa, uodparniają się na przyszłe, silniejsze już szczepki tego wirusa. Z perspektywy psychologicznej odporność na komunikat perswazyjny uzyskiwana jest, gdy jednostki otrzymują: 1) ostrzeżenie przed zbliżającym się zagrożeniem ich aktualnego sposobu myślenia, 2) kontrargumenty, czyli przykłady potencjalnych wyzwań kwestionujących swój aktualny sposób myślenia, 3) argumenty obalające te kontrargumenty, które mogą pomóc zachować aktualny sposób myślenia.

Komunikaty zaszczipiające były z powodzeniem wykorzystywane do ochrony szeregu ważnych postaw zdrowotnych (np. postaw antyalkoholowych i antynikotynowych; Compton, Jackson, Dimmock, 2016). W przypadku zaszczipiania przed lękiem związanym z wystąpieniami publicznymi komunikaty zaszczipiające powinny zawierać: 1) ostrzeżenie o możliwości odczuwania lęku w trakcie przemawiania (np. „większość osób w trakcie przemawiania odczuwa zdenerwowanie”), 2) treści negatywnych myśli pojawiających się w trakcie przemawiania (np. „wszyscy będą oceniać mój wygląd podczas mojej prezentacji”), 3) informacje, które pomogą jednostce poradzić sobie z tymi negatywnymi myślami (np. „nie martw się, bo w rzeczywistości ludzie nie oceniają Ciebie i twojego wyglądu w takim stopniu, w jakim myślisz, że to robią – są najbardziej skupieni na sobie”). Tego typu komunikaty przedstawił Ben Jackson wraz ze współpracownikami (2017) studentom biorącym udział w ich badaniu. Studenci przed wystąpieniem publicznym otrzymywali opis trzech negatywnych myśli związanych z występowaniem publicznym, które mogą prowadzić do zwiększenia odczuwanego lęku. Osoby badane pod opisem każdej negatywnej myśli znajdowały kilka argumentów (powołujących się na wyniki badań naukowych) obalających racjonalność tych myśli. Studenci występowali grupowo, a jakość ich grupowego i indywidualnego sposobu prezentacji miała wpływ na końcową ocenę z przedmiotu na studiach. Wyniki badania Jacksona i współpracowników pokazały, że przy kontroli cech osobowości i postrzeganej ważności zadania, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, ci studenci, którzy otrzymali komunikaty zaszczipiające, odczuwali znacząco niższy lęk przed przemówieniem, a po przemówieniu zgłaszali, że doświadczali niższego lęku somatycznego. Zaszczipieni uczestnicy badania oceniali również, że otrzymany komunikat zaszczipiający przyczynił się do tego, że mniej przejmowali się swoim lękiem. Wyniki tego badania pokazują, że komunikaty zaszczipiające mogą być skuteczną strategią pomagającą jednostkom zredukować ich lęk przed wystąpieniami publicznymi.

Dużą zaletą komunikatów zaszczipiających jest prostota ich implementacji. Cały program redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi realizowany w tej metodzie opierał się na przeczytaniu przez osoby badane jednej strony kartki A4 zawierającej opis komunikatów zaszczipiających. Taki mało zaawansowany charakter stosowania tej metody sprawia, że ma ona duży potencjał samopomocowy.

2. Iluzja przezroczyści

Jeden z komunikatów zaszczepiających wykorzystanych w badaniu Jacksona i współpracowników (2017) przedstawiał negatywną myśl: „Wszyscy zobaczą, że jestem zdenerwowany”, która może pojawić się w umysłach osób występujących publicznie. Badacze, proponując osobom badanym argumenty obalające zasadność tej myśli, opisali iluzję przezroczyści. Iluzją, której ulegają przemawiający, jest to, że publiczność dostrzeże ich zdenerwowanie. Doprecyzowując, iluzja przezroczyści wyraża się w tym, że przemawiający oceniają wyższy poziom swojego odczuwanego lęku i zdenerwowania w trakcie przemawiania, niż robi to publiczność, która spostrzega przemawiającego jako bardziej zrelaksowanego, niż mu się to wydaje. Źródłem iluzji przezroczyści jest z jednej strony to, że ludzie, sprawniej niż sądzą, potrafią ukrywać swoje stany afektywne przed obserwatorami (Gilovich, 1998; Miller, McFarland, 1987; Vorauer, Ross, 1999). Z drugiej strony, podłożem działania tej iluzji jest trudność w wychodzeniu poza własne doświadczenie fenomenologiczne w trakcie oceniania tego, jak się jest spostrzegającym przez innych ludzi (Chapman, Johnson, 2002; Epley, Gilovich, 2001; Jacowitz, Kahneman, 1995). Jednostka oceniająca to, jak jest spostrzegana przez innych ludzi, zakotwicza się na tym, jak siebie spostrzega w danej sytuacji i na tej podstawie oszacowuje to, jak inni ją widzą. Zatem skoro osoba przemawiająca publicznie doświadcza silnego zdenerwowania, to znaczy, że inni ludzie też będą spostrzegać ją jako zdenerwowaną. Iluzja przezroczyści jest silniej doświadczana przez tych o wysokim lęku przed publicznym przemawianiem niż przez mówców o niskim poziomie tego lęku (Mansell, Clark, 1999; Rapee, Lim, 1992). Podsumowując mechanizm działania tej iluzji: mówcom wydaje się, że odczuwane przez nich emocje są widoczne dla publiczności. Wykazano obecność iluzji przezroczyści w wielu różnych sytuacjach społecznych, w których jednostki przeceniały zdolność obserwatorów do trafnej oceny maskowanych przez nich emocji (np. Gilovich, Savitsky, 1999; Van Boven, Gilovich, Medvec, 2003).

Najważniejsze z punktu widzenia tej pracy są wyniki dwóch badań zrealizowanych przez Kennetha Savitsky'ego i Thomasa Gilovicha (2003). W pierwszym z nich badacze poprosili osoby badane o wygłoszenie przemówień bez wcześniejszego przygotowania. Osoby

przemawiające przeceniały stopień, w jakim ich zdenerwowanie było widoczne, oceniając siebie jako bardziej zdenerwowanych, niż były spostrzegane przez obserwatorów. Wyniki tego badania są zgodne z wynikami innych badań, które pokazują, że osoby przemawiające oceniają poziom swojego zdenerwowania jako wyższy, niż robi to publiczność oceniająca ich przemówienie (Behnke, Sawyer, King, 1987).

W drugim badaniu Savitsky i Gilovich (2003) pokazali, że proste poinformowanie osób przemawiających o istnieniu zjawiska iluzji przezroczystości poprawiło jakość ich wystąpień, nie tylko w ich własnych oczach, ale także obserwatorów. Mówcy poinformowani o iluzji przezroczystości w porównaniu z mówcami niepoinformowanymi oceniali swoje wystąpienia bardziej pozytywnie i oczekiwali, że obserwatorzy ocenią ich jako bardziej zrelaksowanych, a ich wystąpienia zostaną ocenione bardziej pozytywnie. Mieli rację. Obserwatorzy spostrzegali mówców poinformowanych o iluzji przezroczystości jako bardziej opanowanych, a ich wystąpienia były oceniane bardziej pozytywnie niż wystąpienia osób niepoinformowanych o iluzji. Co istotne, badacze włączyli do badania warunek, w którym instruowali mówców, aby zrelaksowali się i nie martwili się tym, co obserwatorzy pomyślą o nich, zwłaszcza jeśli się zdenerwują. Mówcy w tym warunku byli tak samo zdenerwowani i tak samo oceniani przez obserwatorów jak mówcy w warunku kontrolnym, w którym nie informowano o iluzji przezroczystości. Zatem proste uspakajanie przemawiających nie jest skuteczną metodą redukcji ich lęku. Uzyskany układ wyników pozwolił Savitsky'emu i Gilovichowi (2003) wysunąć wniosek, że przemawiający odczuwający lęk obawiają się, że ich zdenerwowanie będzie widoczne dla publiczności, co zwrótnie nasila jeszcze bardziej odczuwany przez nich lęk. Może to doprowadzić do nakręcenia u przemawiających spirali wzrastającego lęku i obaw o to, że zdenerwowanie jest widoczne dla publiczności. Poinformowanie o istnieniu iluzji przezroczystości blokuje nakręcanie się spirali narastania lęku w przeciwieństwie do prostego uspakajania, które okazuje się nieskuteczne.

Badania nad iluzją przezroczystości rzucają cień na wyniki badań nad komunikatami zaszczepiającymi. Jackson wraz ze współpracownikami (2017) poinformowali uczestników ich badania o istnieniu tej iluzji. Nie wiadomo więc, czy zaobserwowana przez nich redukcja

lęku u przemawiających była rezultatem działania poinformowania ich o iluzji przezroczystości czy działania komunikatów zaszczepiających w ogóle. To tak, jakby ktoś testujący nowy lek obniżający gorączkę, zawierający kilka nowatorskich substancji czynnych oraz paracetamol, uznawał, że skoro ten lek skutecznie obniża gorączkę, to dzieje się tak częściowo dzięki nowatorskim substancjom czynnym. Tymczasem za obniżenie gorączki może odpowiadać wyłącznie paracetamol. Podobnie, za redukcję lęku zaobserwowaną w badaniu Jacksona i współpracowników (2017) może odpowiadać wyłącznie poinformowanie osób badanych o iluzji przezroczystości. Problem odseparowania od siebie czynników redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi dotyczy też wielu innych badań testujących metody opisane w tej pracy.

Na podstawie wyników badań Savitsky'ego i Gilovicha (2003) można rekomendować przemawiającym, którzy obawiają się tego, że ich zdenerwowanie będzie widoczne dla publiczności, by przestali się tym martwić. Najprawdopodobniej, nawet jeśli się zdenerwują, to tylko oni będą o tym wiedzieć. Zastosowanie iluzji przezroczystości jest bardzo proste, wystarczy wiarygodnie opisać jej działanie, powołując się na wyniki badań naukowych. Dotychczasowe badania testujące iluzję przezroczystości przeprowadzono na grupie osób z populacji ogólnej (studenci), którzy najprawdopodobniej mieli przeciętny poziom lęku przed przemawianiem publicznym. Interpretując wyniki badania w tym świetle, należy zachować daleko idącą ostrożność w rekomendowaniu metody iluzji przezroczystości osobom zmagającym się z wysokim poziomem lęku przed wystąpieniami publicznymi. Nie ma podstaw, by rekomendować tę metodę osobom ze zdiagnozowaną kliniczną formą tego lęku. Ponadto późniejsze badania pokazały, że doświadczanie iluzji przezroczystości nie jest powszechne. W jednym z badań tylko 36% mówców doświadczało tej iluzji (MacInnis, Mackinnon, MacIntyre, 2010). Może to oznaczać, że większość mówców poprawnie ocenia stopień, w jakim inni ludzie dostrzegą ich zdenerwowanie w trakcie przemawiania. W tym kontekście wydaje się, że informowanie o iluzji przezroczystości będzie skuteczną metodą redukcji lęku przede wszystkim dla osób, które wierzą w tę iluzję, tj. dla ograniczonej liczby osób.

3. Komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna

Do grona technik redukcji lęku opartych na podstawach terapii poznawczej można zaliczyć komunikacyjnie zorientowaną terapię motywacyjną opracowaną przez Michaela Motleya (1990, 1995; Motley, Molly, 1994). Punktem wyjścia dla stworzenia tej terapii było badanie różnic w motywacji odczuwanej w trakcie wygłaszania przemówień przez osoby o niskim poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi w porównaniu do motywacji osób o wysokim poziomie tego lęku. Okazało się, że osoby przeżywające wysoki poziom lęku przed wystąpieniami publicznymi charakteryzują się silną motywacją ukierunkowaną na osiągnięcia. Natomiast osoby przeżywające niski poziom lęku charakteryzują się silną motywacją ukierunkowaną na komunikację. Celem komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej jest zatem wzmocnienie orientacji na komunikację, co powinno skutkować spadkiem lęku odczuwanego w sytuacji wystąpień publicznych. By zrozumieć mechanizm działania komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej, konieczne jest omówienie obu typów motywacji obecnych w trakcie przemawiania.

Osoby zorientowane na osiągnięcia w trakcie swoich wystąpień publicznych uważają, że publiczność jest przede wszystkim zainteresowana oceną ich jako mówców oraz oceną ich prezentacji. Wobec tego mówcy ci przyjmują założenie, że muszą przemawiać perfekcyjnie, a każdy ich błąd zostanie dostrzeżony i negatywnie oceniony przez publiczność. Ponadto osoby zorientowane na osiągnięcia są zdania, że sukces prezentacji będzie zależał od specjalnych zdolności oratorskich, które niewielu mówców posiada. Wyżej wymienione przekonania towarzyszące orientacji na osiągnięcia przyczyniają się, zdaniem Motleya (1990), do odczuwania znaczącego lęku przed wystąpieniami publicznymi.

Natomiast orientacja na komunikację oparta jest na przekonaniach mówcy o tym, że publiczne przemawianie angażuje te same umiejętności społeczne, które są wykorzystywane w trakcie zwykłej, codziennej rozmowy. Takie założenie implikuje, że sytuacja przemawiania publicznego nie jest dla mówcy sytuacją nową oraz implikuje przyzwolenie na popełnianie drobnych błędów w trakcie przemówień, co ogranicza poziom odczuwanego lęku. Ponadto z tej perspektywy zdecydowana większość

ludzi ma niezbędne umiejętności do przemawiania publicznego, które nie wymaga posiadania specjalistycznych, złożonych umiejętności. Kolejne założenie orientacji na komunikację odnosi się do spostrzegania publiczności. Mówcy zorientowani na komunikację uznają, że publiczność jest zainteresowana ich przemową, a jej podstawowy cel stanowi zrozumienie komunikatu mówcy, a nie jego ocena. Przy takim podejściu sukces przemówienia nie zależy od oceny zdolności oratorskich mówcy dokonanej przez publiczność, ale zależy wyłącznie od stopnia zrozumienia przez publiczność jego przesłania. Osoby przemawiające zorientowane na komunikację skupiają się na komunikacie, który mają do przekazania oraz na tym, by być dobrze zrozumianym przez publiczność.

Podsumowując, zmiana motywacji z orientacji na osiągnięcia na orientację na komunikację zmienia spostrzeganie tych cech sytuacji wystąpienia publicznego, które są najbardziej stresujące dla przemawiających. Przemówienia dla publiczności przestają więc być spostrzegane jako nowe sytuacje społeczne pozostające pod kontrolą oceniającej mówcę publiczności, ale stają się spostrzegane jako sytuacje dobrze znane, które są pod kontrolą przemawiającego. W jaki sposób można zmienić swoją motywację w trakcie przemówień z zagrażającej orientacji na osiągnięcia na uspakajającą orientację na komunikację? W dotychczasowych badaniach (Ayres i in., 2000; Motley, Molly, 1994) testujących skuteczność komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej w redukcji lęku stosowano prostą psychoedukację – uczestnicy badań czytali krótką książkę (20 000 słów) Motleya, w której opisywał on mechanizmy powstawania lęku w trakcie przemówień i oba typy orientacji.

W badaniu Motleya i Molly (1994) testującym tę metodę redukcji lęku brali udział studenci charakteryzujący się podwyższonym lękiem przed wystąpieniami publicznymi, którzy zostali losowo przydzieleni do jednego z czterech warunków: grupy kontrolnej (brak interwencji), grupy systematycznej desensytyzacji (badani wysłuchali na dwóch sesjach 5-godzinnego nagrania samopomocowego opisującego działanie tej terapii), grupy komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej (badani przeczytali krótką książkę Motleya), grupy placebo (badani przeczytali fragment popularnej książki opisującej sposoby redukcji lęku w trakcie przemawiania). Wszyscy uczestnicy badania wypełnili kwestionariusz mierzący poziom ich lęku przed wystąpieniami publicznymi przed zastosowaniem manipulacji eksperymentalnej oraz tydzień

później, na zakończenie badania. Wyniki badania pokazały, że po zakończeniu badania poziom lęku przed wystąpieniami publicznymi był najniższy wśród uczestników, którzy przeszli komunikacyjnie zorientowaną terapię motywacyjną (czyli przeczytali książkę Motleya). Osoby, które były w grupie systematycznej desensytyzacji, także raportowały niższy poziom lęku przed przemawianiem niż osoby z grupy kontrolnej i z grupy placebo, ale odczuwały wyższy poziom lęku niż osoby z grupy komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej. Wyniki tego badania potwierdziły skuteczność komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi.

Jednak Joe Ayres, Tim Hopf i Elizabeth Peterson (2000) wskazali na ograniczenia metodologii opisanego powyżej badania. Uczestnicy badania Motleya i Molly (1994) nie wygłaszali przemówień, zgłaszając jedynie, że czują mniejszy lęk przed wystąpieniami publicznymi. Ayres i współpracownicy (2000) przeprowadzili więc badanie o udoskonalonej metodologii w porównaniu do badania Motleya i Molly (1994). Do udziału w tym badaniu wyselekcjonowali studentów o ponadprzeciętnym poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi, którzy zostali przyporządkowani do bardzo podobnych warunków badania, jak miało to miejsce w badaniu Motleya i Molly. Drobne różnice polegały na tym, że w warunku systematycznej desensytyzacji badani oglądali nagranie samopomocowe o potwierdzonej skuteczności w redukcji lęku. Z kolei w warunku zastosowania komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej badani po lekturze książki Motleya musieli porozmawiać na jej temat z eksperymentatorem, który upewniał się, że badani właściwie zrozumieli istotę tej terapii. W badaniu Ayresa i współpracowników (2000) dokonywano pomiaru lęku przed przemawianiem jako cechy i jako stanu, kompetencji komunikacyjnej oraz chęci do komunikacji z innymi ludźmi. Pomiar tych zmiennych był dokonywany tuż po zakończeniu przemawiania do publiczności, które miało miejsce dwukrotnie na przestrzeni tygodnia (przed i po terapii). Wyniki tego badania pokazały, że zarówno komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna, jak i systematyczna desensytyzacja prowadziły do spadku poziomu lęku przed przemawianiem mierzonego jako cecha i jako stan oraz prowadziły do wzrostu spostrzeganej kompetencji komunikacyjnej. Takich zmian nie zaobserwowano w warunku kontrolnym i w warunku placebo. W żadnym warunku nie nastąpił wzrost motywacji do komunikacji.

Na podstawie opisu wymienionych badań można uznać, że komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna jest bardzo obiecująca w redukcji lęku przed przemawianiem. Ma kilka zalet: jest skuteczna, można ją stosować samodzielnie, gdyż polega na przeczytaniu fragmentu książki, jest prosta. Podstawową jej wadą jest brak dostępności w języku polskim materiałów, którymi posługiwał się Motley. Jednak wydaje się, że głębsza refleksja nad oboma typami motywacji do przemawiania opisanymi w tym opracowaniu oraz gotowość do zmiany orientacji w trakcie przemawiania na komunikację powinny przynieść zbliżone efekty dla redukcji lęku przed przemawianiem, co psychoedukacja zastosowana przez Motleya. Komunikacyjnie zorientowaną terapię motywacyjną można łatwo łączyć z innymi metodami redukcji lęku przed przemawianiem, np. z terapiami ekspozycyjnymi.

4. Interpretacja pobudzenia lękowego jako ekscytacji

Obiecującą metodą poznawczą redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami jest przeformułowanie pobudzenia lękowego na pobudzenie wywołane ekscytacją. Metodę tę opracowała Alison Wood Brooks (2014). Paradoksalnie celem tej metody nie jest redukcja lękowego pobudzenia, czyli uspokojenie się osób przemawiających. Celem metody Brooks jest zmiana znaczenia nadawanego fizjologicznemu pobudzeniu towarzyszącemu wystąpieniom publicznym. Przyspieszone bicie serca, spłycenie oddechu i inne reakcje współczulnego układu nerwowego mogą być interpretowane jako przejaw lęku, jeśli tym reakcjom fizjologicznym towarzyszą negatywne myśli związane z przemawianiem. Podobny wzorec pobudzenia fizjologicznego występuje w przypadku odczuwania ekscytacji. Osoby odczuwające ekscytację, tak samo jak osoby odczuwające lęk, skupiają się na przyszłości, antycypując określone wydarzenia. W oparciu o te podobieństwa można zachęcić mówców do tego, by zinterpretowali swoje pobudzenie lękowe jako przejaw odczuwanej ekscytacji, a nie jako przejaw lęku. Wyniki badań pokazały, że osoby odczuwające ekscytację przejawiają wzmożoną tendencję do koncentrowania się na potencjalnych pozytywnych rezultatach ich działań, będąc nastawionymi optymistycznie i wierząc, że mogą osiągnąć więcej pozytywnych wyników (Ashby, Isen, Turken,

1999; Fredrickson, 2001; Schnall, Roper, Fessler 2010). Ponadto osoby odczuwające ekscytację lepiej wykonują zadania (Jamieson, Mendes, Blackstock, Schmader, 2010) w przeciwieństwie do osób odczuwających lęk, które radzą sobie gorzej. Zatem wyniki tych badań sugerują, że mówca odczuwający ekscytację będzie sprawniej przemawiał niż mówca odczuwający lęk.

Powyższe przypuszczenia postanowiła empirycznie zweryfikować Brooks (2014, badanie 2), która poprosiła uczestników badania o wygłoszenie 2-minutowego przemówienia przed kamerą. Przed przemówieniem część osób została poproszona o reinterpretację odczuwanego przez nich lęku jako odczuwanie spokoju lub jako odczuwanie ekscytacji. W zależności od warunku badania jego uczestnicy zostali poproszeni, by odpowiedzieć przed przemówieniem na pytanie zadane przez eksperymentatora: „Jak się czujesz?”, – „Jestem spokojny/a” lub – „Jestem podekscytowany/a” (mieli także postarać się uwierzyć w to, co mówią). Następnie przemawiali na zadany temat do eksperymentatora i do kamery, wiedząc, że nagranie ich wystąpienia zostanie ocenione przez rówieśników. Wyniki badania pokazały, że reinterpretacja lęku jako ekscytacji wpłynęła na to, że przemawiający czuli się bardziej podekscytowani, mówili dłużej i byli postrzegani jako bardziej przekonujący, kompetentni, pewni siebie i wytrwali mówcy w porównaniu do osób reinterpretujących lęk jako spokój. Uzyskane wyniki Brooks wyjaśnia w ten sposób, że zdecydowanie łatwiej jest uznać przejawy lęku za ekscytację niż za uspokojenie, gdyż ekscytacja charakteryzuje się wysokim pobudzeniem podobnie jak lęk, podczas gdy uspokojenie wiąże się z niskim poziomem pobudzenia. Co więcej, uspokajanie się, a więc tłumienie odczuwanego lęku, nie jest skuteczną formą radzenia sobie z lękowym pobudzeniem w trakcie przemawiania. Osoba tłumiąca lęk nadal odczuwa tę emocję, ale stara się ją maskować lub ukryć przed publicznością. Niektóre osoby tłumiące lęk mogą doświadczać paradoksalnego wzrostu intensywności odczuwania tej emocji. Natomiast poznawcza reinterpretacja jest bardziej skuteczna w redukowaniu lęku niż jego tłumienie (Hofmann i in., 2009).

Inne badanie Brooks (2014, badanie 3), dotyczące reinterpretacji lęku przed testem matematycznym, pokazało, że poziom tętna osób próbujących reinterpretować lękowe pobudzenie jako spokój nie różni się od tętna osób reinterpretujących to pobudzenie jako ekscytację. Wyniki

te sugerują, że jednostka nie może za pomocą poznawczej reinterpretacji lęku jako spokoju zmniejszyć wielkości pobudzenia układu współczulnego. Kolejne badanie Brooks (2014, badanie 4) dostarczyło wglądu w mechanizm psychologiczny wyjaśniający skuteczność reinterpretacji lęku jako ekscytacji. Wyniki tego badania sugerują, że reinterpretacja lęku jako ekscytacji prowadzi do zmiany zagrażającego nastawienia na wynik działania na nastawienie na „szansę”, co prowadzi do poprawy skuteczności działania. Zatem, osoby przemawiające poprzez reinterpretację wewnętrznych stanów afektywnych (z lęku na ekscytację) mogą dokonać reinterpretacji zewnętrznej sytuacji (z zagrożenia na szansę). Badania testujące model biopsychospołeczny pokazują możliwy odwrotny kierunek tej zależności, tj. reinterpretacja zagrażającej sytuacji jako wyzwania może prowadzić do zmniejszenia wielkości pobudzenia (np. Behnke, Kaczmarek, 2018; Blascovich, Tomaka, 1996; Blascovich, Mendes, Hunter, Lickel, Kowai-Bell, 2001).

Warto dodać, że zgodnie z prawem Yerkesa-Dodsona (opisującym zależność pomiędzy lękiem a skutecznością działania w kształcie odwróconej litery U) zbyt wysokie poziomy pobudzenia, nawet interpretowane jako skrajna ekscytacja, mogą prowadzić do spadku skuteczności działania. Zatem metoda poznawczej reinterpretacji lęku jako ekscytacji może nie być odpowiednią formą radzenia sobie z lękiem dla osób o wysokim poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi, które doświadczają znacznego pobudzenia. Osoby chcące zastosować tę prostą metodę powinny przed wystąpieniem publicznym mówić na głos do siebie lub do innych osób „jestem podekscytowany/a” oraz powtarzać sobie „ekscytuj się”. Ponadto, z perspektywy modelu biopsychospołecznego pomocne może być przyjęcie nastawienia na szanse związane z wystąpieniem w przeciwieństwie do nastawienia na zagrożenia. Podobnie jak terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji, tak interpretacja lękowego pobudzenia jako ekscytacji różni się od pozostałych metod redukcji lęku, gdyż nie jest ukierunkowana na redukcję lękowego pobudzenia. Sprawia to, że metodę tę trudno stosować w połączeniu z innymi metodami redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami.

Rozdział 4.

Inne metody

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu do kategorii innych metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami postanowiono włączyć przygotowanie do wystąpień publicznych, treningi umiejętności przemawiania, samomodelowanie oraz biofeedback i relaksację. Metody te nie są uznawane za rodzaj terapii ekspozycyjnych i poznawczych, choć mogą zawierać w sobie elementy tych terapii.

1. Przygotowanie do wystąpień publicznych

Jednym z kluczowych czynników decydujących o poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi oraz o jakości przemawiania jest wysiłek włożony w przygotowania do wystąpień. Wiele poradników na temat skutecznego przemawiania opisuje ważną rolę przygotowania się do wystąpienia przed publicznością. Ćwiczenie publicznego przemawiania może przyczynić się do wzrostu pewności siebie przemawiającego, do nasilenia pozytywnego nastawienia do przemawiania czy też do przewidywania i prewencyjnego rozwiązywania problemów związanych z przemówieniem. Powtarzanie przemówień może zwiększyć świadomość specyficznej sytuacji przemawiania do publiczności (Byers, Weber, 1995; Daly, Vangelisti, Neel, Cavanaugh, 1989). Wielokrotne powtórzenie przemówienia może również pomóc w zapamiętaniu treści przemówienia (Smith, Frymier, 2006). Co najważniejsze z perspektywy tej pracy, potwierdzono empirycznie, że przygotowanie przemówienia jest skuteczną metodą redukcji lęku przed przemawianiem (Weissberg, Lamb, 1977).

Kent Menzel i Lori Carrell (1994) w swoim badaniu wykazali, że jakość przemawiania publicznego zwiększa się wraz ze wzrostem: czasu poświęconego na przygotowania do przemówienia, liczby prób z publicznością lub bez publiczności (zarówno mówiąc na głos, jak i po cichu), ilości sporządzonych notatek. Z kolei wraz ze wzrostem odczuwanego lęku malała jakość przemawiania. Autorzy badania sugerują, że im więcej

czasu zostanie poświęconego na przygotowania do przemawiania, tym mniejszy będzie odczuwany lęk w trakcie przemawiania, co z kolei ma prowadzić do wzrostu jakości przemawiania. Nie jest jednak jasne czy osoby lękowe wkładają więcej czy mniej wysiłku w przygotowania do przemawiania. Z jednej strony badanie Menzel i Carrell pokazało, że osoby o wysokim poziomie lęku-cechy więcej czasu spędzają na przygotowaniu do przemawiania. Z drugiej strony inne badania pokazują, że osoby obawiające się przemawiania publicznego bardziej przejmują się wielkością widowni i długością przemówienia niż przygotowawaniem do przemówienia (Neer i in., 1982, za: Menzel, Carrell, 1994). Co więcej, osoby zmagające się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi przejawiają wzmożoną tendencję do prokrastynacji w procesie przygotowywania się do przemawiania (Behnke, Sawyer, 1999), co zwiększa ryzyko ograniczonego przygotowania do przemówienia.

Wgląd w proces przygotowania do przemawiania publicznego osób doświadczających wysokiego lęku przed wystąpieniami publicznymi dostarczyły wyniki badania Johna Daly'ego, Anity Vangelisti i Davida Webera (1995). Badacze w pierwszej kolejności określili, w jaki sposób przygotowują się do przemówień wysoce kompetentni mówcy. Następnie sprawdzili, jak przygotowują się do przemawiania mówcy odczuwający lęk przed wystąpieniami publicznymi. Wyniki ich badania pokazały, że osoby odczuwające wysoki poziom lęku przed wystąpieniami publicznymi nie przygotowują się w taki sposób, jak robią to kompetentni mówcy, przejawiając wiele nieskutecznych zachowań. Osoby obawiające się przemawiania mniej czasu spędzają na przygotowaniu tekstu przemówienia, mniej troszczą się o sprzęt potrzebny do przemawiania (w tym o pomoce wizualne), w mniejszym stopniu koncentrują się na potrzebach publiczności. Badacze sugerują, że osoby odczuwające duży lęk przed przemawianiem nie wierzą we własne możliwości przemawiania, przez co tracą sporo czasu na chaotyczne aktywności świadczące o ich zagubieniu w przygotowaniach do przemawiania. Osoby te doświadczają trudności z wymyśleniem istotnych informacji do swoich przemówień, nieustannie szukają „właściwych” słów lub wyrażeń, cofają się do już skompletowanych materiałów i ciągle upewniają się, że wyczerpali dany temat. Wyniki badania Daly'ego i współpracowników są także wskazówką dla planowania skutecznego procesu przygotowania się do przemawiania. Sprawni mówcy

(w porównaniu do mniej sprawnych) w większym stopniu skupiali się przed przemówieniem na potrzebach i zainteresowaniach publiczności oraz na uporządkowaniu myśli w spójnej kolejności, w większym stopniu dbali o przygotowanie sprzętu i materiałów pomocnych w przygotowaniach (np. karteczek do notatek) oraz bardziej skupiali się na celach proceduralnych przemówienia. W innym badaniu (Smith, Frymier, 2006) wykazano, że ćwiczenie przemawiania wobec większej publiczności (co najmniej cztery osoby) prowadzi do spadku lęku przed występowaniem publicznym i do wzrostu jakości przemawiania.

Wnioskiem płynącym z omawianych wyników badań dla osób zmagających się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi jest zaplanowanie czasu na przygotowanie się do wystąpienia publicznego potrzebnego do powtarzania wystąpienia, zarówno w myślach, jak i na głos. Wydaje się, że skuteczną metodą redukcji lęku będzie robienie prób przemówienia przed większym gronem osób. Takie próby będą miały walory terapii ekspozycyjnej, o ile przemawiający zadba o to, by „próbna publiczność” była życzliwie nastawiona do niego. Proces przygotowywania się do przemówienia stanowi również doskonałą okazję do zastosowania innych metod redukcji lęku, np. ćwiczenia przyjęcia orientacji na komunikację w trakcie przemawiania. Niestety, istnieje wiele sytuacji społecznych, w których nie ma czasu na przygotowanie się do przemówienia (np. w miejscu pracy) i pojawia się konieczność wygłoszenia improwizowanego przemówienia, co ogranicza zakres stosowania tej metody redukcji lęku przed publicznym przemawianiem. W procesie przygotowywania do przemawiania stosuje się ćwiczenie wielu podobnych zachowań (np. wystąpienia próbne, przygotowywanie prezentacji), które zawierają treningi umiejętności przemawiania, które zostaną teraz szczegółowo omówione.

2. Trening umiejętności przemawiania

Zastosowanie treningu umiejętności przemawiania do redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi zakłada, że niektórzy ludzie mają braki w umiejętnościach, które powinny zostać skorygowane, zanim będą mogli przemawiać publicznie. Wedle tego podejścia część mówców odczuwa lęk przed słabą jakością ich przemówienia wynikający

z posiadanych deficytów umiejętności do przemawiania. Zatem konieczne do redukcji tych obaw jest nabycie umiejętności przemawiania. Podstawowa struktura sesji treningowej ćwiczącej umiejętności przemawiania składa się z następujących po sobie etapów (Smółka, 2008): 1) modelowania (oglądania kompetentnego mówcy), 2) odgrywania roli (przemawiania), 3) udzielania informacji zwrotnych (po przemówieniu mówca otrzymuje informacje od trenera lub od widowni na temat swojego wystąpienia), 4) ponownego grania roli (ponowne przemówienie z uwzględnieniem informacji zwrotnych). Powyższe etapy z reguły poprzedzone są działaniami psychoedukacyjnymi. Ogólnie dużą część treningu umiejętności przemawiania stanowi wygłaszanie przemówień połączone z przyjmowaniem konstruktywnej krytyki (Brooks, Platz, 1968).

William Fremouw i Robert Zitter (1978) jako jedni z pierwszych badaczy sprawdzili skuteczność treningu umiejętności przemawiania w redukcji lęku przed przemawianiem. Badacze przyporządkowali badanych studentów do jednego z czterech warunków: treningu umiejętności przemawiania, treningu poznawczej restrukturyzacji i relaksacji, treningu placebo, grupy kontrolnej. Trening umiejętności przemawiania składał się z modelowania (np. obserwowania i naśladowania sprawnego mówcy), przemawiania oraz otrzymywania informacji zwrotnych odnoszących się do przemówienia mówcy nagranego na wideo. Trudność przemówień stopniowano, począwszy od czytania fragmentu tekstu w pozycji siedzącej, a skończywszy na prezentacji spontanicznych przemówień. Trening koncentrował się na rozwijaniu siedmiu umiejętności składających się na sprawne przemówienie: tempie, brzmieniu i natężeniu głosu, postawie ciała, kontakcie wzrokowym, gestach i organizacji wypowiedzi. Uczestnicy zostali poinstruowani, by ćwiczyć poszczególne umiejętności (np. kontakt wzrokowy) pomiędzy pięcioma sesjami (trwającymi godzinę) składającymi się na trening. Wyniki tego badania pokazały, że zarówno w grupie treningu umiejętności przemawiania, jak i w grupie restrukturyzacji poznawczej i relaksacji nastąpił znaczący spadek lęku (w samoocenie mówców i w ocenie obserwatorów), który utrzymywał się w okresie dwóch miesięcy po zakończeniu treningów. Trening umiejętności przemawiania był równie skuteczny w redukcji lęku dla osób o wysokim i o niskim poziomie lęku przed przemawianiem.

Caroline Burnley wraz ze współpracownikami (1993) porównywała skuteczność treningu umiejętności przemawiania z treningiem zaszczerpienia przed stresem w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi. Badacze uwzględnili także warunek badania, w którym zastosowali kombinację obu treningów. W ich badaniu wzięli udział studenci o podwyższonym poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi. Trening umiejętności przemawiania był zbliżony do treningu zastosowanego przez Fremouwa i Zittera (1978) i składał się z trzech półtoragodzinnych warsztatów szkoleniowych. W trakcie szkolenia stosowano psychoedukację dotyczącą ośmiu podstawowych umiejętności przemawiania (brzmienie głosu, tempo mówienia, natężenie głosu, wysokość głosu, kontakt wzrokowy, gesty ciała, postawa ciała i organizacja wypowiedzi) oraz uczono uczestników zajęć technik głębokiego oddychania. Na jednej z sesji analizowano część nagrań wideo z wystąpieniami publicznymi uczestników zajęć, które miały miejsce przed rozpoczęciem treningu. Wyniki badania Burnley i współpracowników (1993) pokazały, że niezależnie od zastosowanego rodzaju treningu u wszystkich badanych po zakończeniu treningu nastąpił wzrost subiektywnej pewności siebie jako mówcy. Jednak tylko u osób, które przeszły trening umiejętności przemawiania, odnotowano spadek lęku ocenianego przez obserwatorów ich wystąpień. Trening zaszczerpienia przed stresem i trening terapii łączonych nie zmniejszyły znacząco behawioralnych przejawów lęku przed wystąpieniami publicznymi. Ponadto po zakończeniu treningu u osób badanych we wszystkich grupach (w tym w grupie kontrolnej) zmniejszył się poziom unikania i niepokoju społecznego oraz lęku przed negatywną oceną.

Wyniki metaanalizy (Allen i in., 1989) pokazały, że treningi umiejętności przemawiania są skuteczne w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi, ale są mniej skuteczne niż metody desensytyzacyjne i terapie poznawczej modyfikacji oraz mniej skuteczne niż treningi wykorzystujące kombinację wymienionych metod. Ocena skuteczności treningów umiejętności społecznych w redukcji lęku przed przemawianiem jest o tyle trudna, że wszystkie tego typu treningi zawierają w sobie ekspozycję na bodziec lękotwórczy. Być może podstawowy mechanizm skuteczności treningu umiejętności przemawiania opiera się na ekspozycji na publiczność w trakcie przemawiania.

Analiza protokołów treningów umiejętności do przemawiania wskazuje na to, że istnieje spora przestrzeń do poprawy ich skutecz-

ności w zakresie wzrostu umiejętności do wygłaszania przemówień, co może doprowadzić do większego spadku lęku przed wystąpieniami publicznymi. Szereg badań nad skutecznością treningów umiejętności społecznych dostarcza wskazówek, jak zwiększyć skuteczność treningu umiejętności do przemawiania (por. Smółka, 2008). Zaletą treningów umiejętności społecznych jest możliwość ich łączenia z innymi podejściami do redukcji lęku, np. z podejściem poznawczym. Z innej perspektywy wydaje się, że treningi umiejętności przemawiania sporo mogą zyskać na skuteczności w nauce przemawiania, jeśli wykorzystają na początkowym etapie treningu metody redukcji lęku przed przemawianiem. Zważywszy na to, że większość uczestników tych treningów odczuwa lęk przed przemawianiem, może to być dobry pomysł.

3. Samomodelowanie

Samomodelowanie definiuje się jako procedurę interwencji wykorzystującą obserwację nagrań wideo swojego adaptacyjnego zachowania (Dowrick, 1999). W przypadku przemawiania procedura samomodelowania polega na oglądaniu na nagraniach wideo fragmentów swoich sprawnych wystąpień publicznych. Metoda ta wywodzi się z teorii społecznego uczenia się (Bandura, Walters, 1977), która zakłada, że ludzie mogą uczyć się nowych zachowań poprzez obserwowanie i naśladowanie modeli. W praktyce treningów umiejętności społecznej ich uczestnicy obserwują i starają się naśladować sprawnych mówców, trenerów lub osoby prezentowane na nagraniach wideo. Na powodzenie uczenia się przez obserwację ma wpływ podobieństwo między obserwatorem a modelem – im bardziej model jest podobny do obserwatora, tym większa jest motywacja obserwatora do naśladowania zachowań modelu (Dowrick, 1999). W przypadku samomodelowania obserwatorem i modelem jest ta sama osoba, dlatego prawdopodobieństwo naśladowania swoich zachowań jest wysokie. Metoda samomodelowania jest skuteczna dla rozwoju wielu zróżnicowanych zachowań społecznych (Hitchcock, Dowrick, Prater, 2003). Rezultatem oglądania swojego sprawnego przemówienia jest zmiana przekonań poznawczych dotyczących sytuacji przemawiania na bardziej pozytywne oraz zmiana spostrzegania siebie jako lepszego mówcy. Ponadto wielokrotne oglą-

danie nagrań swoich wystąpień ma charakter ekspozycji na bodziec lękowy (podobnie jak w przypadku wizualizacji idealnego przemówienia). Dlatego skuteczność terapii samomodelowania można częściowo wyjaśnić mechanizmami działania poznawczej modyfikacji przekonań i ekspozycji na sytuację przemawiania.

Wpływ samomodelowania na redukcję lęku przed publicznymi wystąpieniami sprawdzali Kristine Rickards-Schlichting, Thomas Kehle i Melissa Bray (2004). W ich badaniu wzięło udział sześciu uczniów szkoły średniej o podwyższonym poziomie lęku przed wystąpieniami publicznymi. Uczniowie przemawiali do prawdziwej publiczności złożonej z ich rówieśników. W trakcie przemówień były oceniane behawioralne przejawy ich lęku (np. drżenie głosu). Po przemówieniu uczniowie pięciokrotnie w ciągu trzech tygodni oglądali nagranie wideo ze swoją mową, które zostało tak zmontowane, by usunąć fragmenty pokazujące wszelkie symptomy lęku przed przemawianiem. Nagrania te przedstawiały jedynie adaptacyjne, wzorcowe zachowania mówcy wraz z przychylnymi reakcjami publiczności. Po miesiącu od obejrzenia ostatniego z nagrań uczniowie ponownie przemawiali przed publicznością. Wszyscy uczniowie wykazali znaczne zmniejszenie objawów behawioralnych lęku w trakcie wygłaszania przemówienia, raportowali niższy poziom subiektywnego lęku przed przemawianiem oraz wyższy poziom pewności siebie w trakcie przemówień niż na początku badania.

Metodologia badania Rickards-Schlichting i współpracowników ma jednak swoje ograniczenia w postaci braku zastosowania warunków kontrolnych oraz małej wielkości próby. Inne badania przeprowadzone w ramach prac dyplomowych absolwentów psychologii przyniosły mieszane wyniki co do skuteczności terapii samomodelowania w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi (Bartholomay, 2015; Kruger, 2013; Poppenga, 1996, za: Bartholomay, 2015). Jednak uwzględniając wyniki badań odnoszące się do innych umiejętności społecznych (Dowrick, 1999; Hitchcock i in., 2003), można uznać, że metoda ta jest skuteczna w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi.

Wydaje się, że metoda samomodelowania nie powinna być stosowana wobec osób zmagających się z wysokim poziomem lęku przed wystąpieniami publicznymi z uwagi na to, że może być trudne przygotowanie materiału odpowiedniej długości pokazującego przemawianie bez widocznych oznak zdenerwowania. W takich sytuacjach może

pojawić się również ryzyko zdemaskowania przez uczestników treningu manipulacji dokonanej na nagraniu. Tymczasem wiara w realność nagrania może mieć znaczenie dla skuteczności samomodelowania. Z perspektywy praktyków inną wadą tej metody jest czasochłonność w przygotowaniu nagrań. Metoda samomodelowania może być z powodzeniem wykorzystywana w trakcie terapii ekspozycyjnej oraz jako element terapii poznawczych. Oglądanie swoich pomyślnych wystąpień publicznych może zmienić negatywne spostrzeganie siebie jako mówcy. Z kolei oglądanie przychylnych reakcji publiczności może pomóc w modyfikacji spostrzegania publiczności jako osób negatywnie nastawionych do mówcy. W przypadku terapii ekspozycyjnej samomodelowanie może być jednym z etapów ekspozycji na bodziec lękowy.

4. Biofeedback i relaksacja

Biofeedback i relaksację łączy to, że obie metody są ukierunkowane na redukcję fizjologicznego pobudzenia lękowego w trakcie przemawiania. Zalecane jest też łączenie obu metod. Z jednej strony można uznać, że relaksacja jest kluczowym i nieodłącznym elementem biofeedbacku. Z drugiej można stwierdzić, że nauka relaksacji może zyskać na skuteczności przy zastosowaniu biofeedbacku.

Od lat 60. XX wieku biofeedback jest wykorzystywany do leczenia różnych schorzeń medycznych oraz do poprawy stanu zdrowia człowieka. Podstawowym mechanizmem biofeedbacku jest proces samoregulacji funkcji fizjologicznych organizmu, a więc nauka kontrolowania mimowolnych procesów fizjologicznych zachodzących w organizmie (McKee, 2008). Do zastosowania metody biofeedbacku konieczne jest użycie specjalistycznych urządzeń i czujników, które dokonują pomiaru takich procesów fizjologicznych jak: tętno i ciśnienie krwi, temperatura skóry, aktywność fal mózgowych, przewodnictwo skórno-galwaniczne. Uczestnik tej terapii widzi w czasie rzeczywistym zwizualizowane (np. za pomocą wykresów na monitorze komputera) wskaźniki fizjologiczne swojego pobudzenia, co umożliwia mu dostrzeżenie zmian w wielkości pobudzenia w zależności od swojego zachowania czy sposobu myślenia. Dzięki temu możliwe staje się powiązanie określonych zachowań

(np. głębszego oddychania) ze spadkiem pobudzenia fizjologicznego. Od momentu, w którym osoba staje się świadoma swoich funkcji fizjologicznych, może nauczyć się modyfikować zachowania lub myśli w celu kontroli wielkości pobudzenia. Zastosowania biofeedbacku są różnorodne, od rehabilitacji po zarządzanie stresem (McKee, 2008).

Skuteczność biofeedbacku w redukcji lęku przed przemawianiem jest porównywalna w zakresie samoopisowego pomiaru lęku do systematycznej desensytyzacji (Gatchel, Hatch, Maynard, Turns, Tauton-Blackwood, 1979). Przewaga biofeedbacku nad desensytyzacją wyraża się w tym, że metoda ta umożliwi większą redukcję poziomu fizjologicznego pobudzenia lękowego.

Kluczowym mechanizmem powodzenia w zastosowaniu biofeedbacku jest nabycie przez pacjenta umiejętności wejścia w stan relaksacji, który pozwala mu kontrolować poziom fizjologicznego pobudzenia. Dlatego stosując biofeedback do kontroli pobudzenia, wykorzystuje się zwykle techniki relaksacyjne, takie jak kontrola oddychania (Hamon, Ramadour, Frey, 2018). Ponadto w większości typów terapii ekspozycyjnych zakłada się wprowadzenie jakiejś formy relaksacji. Relaksowanie się w trakcie przemawiania może być również wykorzystywane do redukcji lęku przed przemawianiem jako osobna metoda.

Nauka relaksacji mięśniowej może skutecznie obniżyć lęk przed przemawianiem, zwłaszcza jeżeli jest przedstawiana osobom ją stosującym jako umiejętność aktywnego radzenia sobie z tym lękiem (Gatchel, Hatch, Watson, Smith, Gaas, 1977; Goldfried, Trier, 1974). Co ciekawe, jeśli opiszemy pacjentowi relaksację mięśniową jako metodę hipnozy³, to wpłynie to na wzrost skuteczności tej metody relaksacji w redukcji lęku przed przemawianiem (Schoenberger, Kirsch, Gearan, Montgomery, Pastyrnak, 1997). Z jednej strony relaksacja mięśniowa zyskuje na skuteczności w redukcji lęku, gdy jest stosowana w połączeniu z biofeedbackiem, a z drugiej strony biofeedback zyskuje na skuteczności, gdy do kontroli pobudzenia wykorzystuje się relaksację mięśniową (Gatchel i in., 1977).

³ Wyniki metaanaliz badań wskazują, że hipnoza jest skuteczną metodą redukcji lęku (Valentine, Milling, Clark, Moriarty, 2019). Badanie Nancy Schoenberger i współpracowników (1997) sugeruje, że przedstawienie pacjentom terapii poznawczo-behawioralnej jako terapii hipnotycznej może zwiększyć jej skuteczność w redukcji lęku przed przemawianiem.

Ważnym aspektem wykorzystania określonej techniki relaksacji jest możliwość zastosowania jej w trakcie przemawiania, w czasie rzeczywistym. W tym kontekście obiecujące jest zastosowanie wybranych technik oddechowych, które skutecznie obniżają lęk (Jerath, Crawford, Barnes, Harden, 2015). Przykładowo, wykazano, że powolne, głębokie oddychanie ma działanie uspokajające w sytuacjach wzbudzających stres (Thayer, Yamamoto, Brosschot, 2010; Perciavalle i in., 2017). Istnieje wiele różnych protokołów sposobu oddychania skutecznie obniżającego lęk: powolne oddychanie (McCaul, Solomon, Holmes, 1979), oddychanie przeponowe (Chen, Huang, Chien, Cheng 2017), dłuższe wydechy (np. 8 sekund) niż wdechy powietrza (np. 2 sekundy; Cappo, Holmes, 1984), podwójny wdech z długim wydechem (MacCormick, 2020). Z drugiej strony w trakcie przemawiania publicznego nie jest zalecane płytkie i gwałtowne oddychanie z długimi wdechami i szybkimi wydechami. Taki sposób oddychania może nasilić pobudzenie autonomicznego układu nerwowego i zwiększyć odczuwane natężenie lęku. Wspólnym mechanizmem fizjologicznym redukcji lęku dla relaksacyjnych technik oddychania jest zmniejszenie aktywacji współczulnego układu nerwowego połączone ze zwiększoną aktywacją przywspółczulnego układu nerwowego (Jerath i in., 2015; Kop i in., 2011), dlatego dzięki powolnemu i głębokiemu oddychaniu można świadomie regulować pobudzenie autonomicznego układu nerwowego i pracy serca (Quintana, Heathers, 2014). Praktykowanie uważności własnego oddechu również pozwala redukować lęk, m.in. dzięki identycznemu mechanizmowi neurologicznemu, który wyjaśnia skuteczność metody etykietowania emocji, tj. dzięki zwiększaniu siły połączeń między ciałem migdałowatym a korą przedczołową (Doll i in., 2016).

Proces redukcji lęku za pomocą oddychania może być wspierany poprzez zastosowanie technologii. Obecnie istnieje wiele aplikacji, które promują głębokie oddychanie jako technikę relaksacyjną w przypadku pojawienia się stresorów życia codziennego (np. Headspace). Jednak ich zastosowanie w trakcie publicznego przemawiania jest ograniczone. Opracowano pierwsze programy, które kierują oddechem w trakcie przemówienia poprzez wyświetlanie komend na ekranie lub prompterze w trakcie prezentacji (Kimani, Shamekhi, Bickmore, 2021). Wyzwaniem pozostaje wkomponowanie oddychania relaksacyjnego

do przemówienia w taki sposób, by nie zaburzać ciągłości prezentacji, co stanowi ograniczenie w stosowaniu relaksacji oddechowej w trakcie przemawiania. Dłuższe pauzy w mówieniu między poruszonymi nowymi wątkami w trakcie prezentacji dają szansę na wykonanie oddechu (Igras-Cybulska, Ziółko, Żelasko, Witkowski, 2016) zgodnego z jednym z protokołów oddychania relaksacyjnego. Rezultaty pierwszych prób testujących możliwość wykorzystania technologii sterującej relaksacyjnym oddechem w trakcie przemawiania dają duże nadzieje na ich przyszłe szerokie zastosowanie (Kimani i in., 2021).

Wadą stosowania biofeedbacku jest niewątpliwie kosztowność aparatury koniecznej do jego zastosowania i trudność w jej obsłudze. Jednak w ostatnich latach rozwój technologii przełamał te ograniczenia. Istnieje coraz więcej aplikacji na smartfony i smartwatche, które pozwalają coraz dokładniej monitorować wskaźniki pobudzenia fizjologicznego i które z powodzeniem mogą być wykorzystywane do samodzielnego stosowania biofeedbacku w celu leczenia lęku (Firth i in., 2018). Pierwsze badania testujące taką możliwość potwierdzają skuteczność w redukcji lęku biofeedbacku w samodzielnej nauce relaksacji oddechowej za pomocą aplikacji na smartfonie (Saul, 2021).

Rozdział 5.

Wnioski

W tym opracowaniu pogrupowano i omówiono metody redukujące lęk przed wystąpieniami publicznymi o potwierdzonej naukowo skuteczności. Opisując poszczególne metody, starano się wskazać ich zalety i ograniczenia. Na podstawie dokonanego przeglądu metod można sformułować wnioski dla trzech grup osób potencjalnie nimi zainteresowanych, tj. dla naukowców badających metody redukujące lęk przed publicznym przemawianiem, dla praktyków stosujących te metody w swojej pracy z osobami zmagającymi się z lękiem przed przemawianiem oraz dla samych adresatów tych metod. We wnioskach dla naukowców opisano kierunki badań, których realizacja pomogłaby zwiększyć zakres wiedzy nad efektywnością metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi. Z kolei wnioski dla praktyków wskazują na ostrożność w łączeniu poszczególnych metod w terapii lęku przed publicznym przemawianiem. We wnioskach dla osób zmagających się z lękiem przed publicznymi wystąpieniami opisano, jak samodzielnie można zredukować ten lęk, stosując z należytą ostrożnością wybrane metody opisane w tym opracowaniu.

1. Wnioski dla naukowców

Przegląd literatury przedmiotu pozwolił zidentyfikować wiele skutecznych metod redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi. Pomimo że zrealizowano do tej pory kilkaset badań testujących metody redukcji lęku przed przemawianiem, to nadal istnieje wiele ważnych obszarów do zbadania. Ważnych nie tylko dla naukowego zrozumienia mechanizmów redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami, ale przede wszystkim istotnych dla praktyków i ich pacjentów – osób zmagających się z tym lękiem. Dla praktyków i dla osób zmagających się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi równie ważne, jak wyniki badań nad skutecznością (*effectiveness*) metod redukujących ten lęk, są wyniki badań nad ich efektywnością (*efficacy*; por. Flay i in., 2005). Skuteczność metod redukcji lęku przed przemawianiem była w tej pracy

szeroko opisywana i wyraża się w prostej odpowiedzi na pytanie: czy dana metoda skutecznie obniża lęk przed przemawianiem? Natomiast efektywność interwencji odnosi się do kwestii czy dana metoda w warunkach naturalnych będzie stosowana przez jej adresatów. Określona technika może być bardzo skuteczna w redukcji lęku przed przemawianiem, ale mało efektywna w warunkach naturalnych, gdyż mało osób będzie miało motywację i możliwość rozpoczęcia i ukończenia terapii realizowanej według tej metody. Problem ten omawiano przy okazji opisywania terapii ekspozycyjnych, które choć skuteczne w redukcji lęku (Ebrahimi i in., 2019), to jednak są mało akceptowane przez pacjentów (García-Palacios i in., 2007; Pittig i in., 2019), którzy często przerywają terapię (Lawm i in., 1994). Do tej pory badacze skupili się nad testowaniem skuteczności metod redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami, a nie na badaniu efektywności tych metod, co powinno być przedmiotem ich przyszłych badań.

Pomocnym narzędziem dla uporządkowania rekomendacji dla naukowców co do kierunku przyszłych badań nad efektywnością metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem jest stosowany w psychologii zdrowia model RE-AIM (Glasgow i in., 1999). Model ten z powodzeniem był wykorzystywany do oceny efektywności różnych interwencji zdrowotnych, np. pozytywnych interwencji ukierunkowanych na wzrost szczęścia ich użytkowników (Hone, Jarden, Duncan, Schofield, 2015; Kaczmarek, 2016). Model RE-AIM wyróżnia cechy interwencji zdrowotnych, które czynią je efektywnymi. W odniesieniu do każdej z cechy zostaną sformułowane rekomendacje co do kierunków przyszłych badań nad efektywnością metod redukcji lęku przed publicznym przemawianiem. Z uwagi na cel opracowania najwięcej uwagi poświęcono badaniom nad skutecznością tych metod. Model RE-AIM opisuje następujące cechy interwencji zdrowotnych (Glasgow i in., 1999; Kaczmarek, 2016):

- 1) **zasięg** (*Reach*) – wyraża się w odsetku osób z populacji, do których interwencja może dotrzeć. Zasięg odnosi się do charakterystyki (demograficznej, psychologicznej) osób, na których testowano metody redukujące lęk przed publicznym przemawianiem i reprezentatywności tych osób dla całej populacji oraz dla populacji osób zmagających się z tym lękiem. Z uwagi na to, że większość badań nad skutecznością metod redukujących lęk przed publicznym

przemawianiem była przeprowadzona na grupie studentów z krajów zachodnich o podwyższonym poziomie tego lęku, przysze badania powinny w większym stopniu uwzględnić w swoich próbach inne grupy społeczne: osoby starsze, osoby z niższym wykształceniem, osoby z klinicznie zdiagnozowanym lękiem przed publicznym przemawianiem, osoby z kultur kolektywistycznych.

- 2) **skuteczność** (*Efficacy*) – jest to zwiększanie zamierzonych efektów interwencji i minimalizowanie niezamierzonych, niekorzystnych skutków ubocznych. Testując skuteczność określonych technik redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi, badacze uwzględniają niemal wyłącznie zmienne powiązane z lękiem i samopoczuciem przemawiającego oraz z jakością przemawiania. Jednak badacze nie sprawdzają skutków ubocznych stosowania interwencji, tj. niezamierzonych konsekwencji interwencji (Bodie, 2010). Można przypuszczać, że większość skutków ubocznych interwencji ma charakter pozytywny, np. wzrost ogólnych umiejętności społecznych czy zdolności do regulacji emocji. Jednak w przypadku stosowania niektórych technik można obawiać się negatywnych skutków ubocznych. Przykładowo, w badaniach nie monitoruje się konsekwencji psychologicznych stresu związanego z przeprowadzaniem terapii ekspozycyjnej dla osób zmagających się z dużym poziomem lęku przed wystąpieniami publicznymi. Dla tych osób doświadczenie znaczącego lęku i stresu w trakcie stosowania terapii ekspozycyjnej w przypadku niepowodzenia tej terapii może doprowadzić nie tylko do nasilenia lęku, ale także może doprowadzić do np. obniżenia poczucia własnej wartości.

W tym kontekście brakuje badań wskazujących na to, jakie techniki dla jakich osób będą najbardziej dopasowane i skuteczne. Wcześniejsze badania pokazały, że cechy osobowe mogą moderować skuteczność stosowania określonych technik (np. Dwyer, 2000). Przykładowo, praktykom mogłaby pomóc wiedza o tym, jaka technika jest rekomendowana w zależności od nasilenia lęku przed wystąpieniami publicznymi pacjenta. Nie wiadomo także, jakie techniki redukcji lęku są najbardziej skuteczne dla osób cierpiących na ogólne zaburzenia lękowe lub lęk społeczny, dla osób nieśmiałych, dla osób z deficytami umiejętności społecznych, dla osób posiadających problemy w kontroli i regulacji pobudzenia emocjonalnego,

dla osób o niskiej sumienności itd. Badacze powinni skoncentrować swoje wysiłki na testowaniu moderującej roli cech uczestników terapii mających wpływ na zastosowanie metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi na spadek tegoż lęku.

Kolejnym problemem badań nad skutecznością metod redukujących lęk przed przemawianiem jest mała liczba badań testujących możliwości łączenia poszczególnych metod redukujących lęk. Tego typu badania pozwoliłyby wskazać, które metody redukcji lęku można łączyć, a których metod nie powinno się łączyć. Skuteczność połączonych metod redukcji lęku może być niższa niż skuteczność pojedynczych metod. Może to wystąpić w sytuacji, gdy założenia teoretyczne poszczególnych metod pozostają we wzajemnej sprzeczności, co zostanie szerzej opisane we wnioskach dla praktyków.

Badacze, projektując przyszłe badania, powinni w większym stopniu skupić się na zidentyfikowaniu mechanizmów psychologicznych wyjaśniających skuteczność poszczególnych technik. W przypadku takich technik jak komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna czy treningi umiejętności społecznych wyjaśnienie skuteczności ich działania pozostaje nadal w sferze spekulacji. Określenie mechanizmów skuteczności działania poszczególnych metod z jednej strony otworzy możliwość realizacji badań nad zwiększaniem ich skuteczności, a z drugiej pozwoli lepiej dopasować praktykom określone techniki do osobowości ich adresatów.

- 3) **przyswojenie** (*Adoption*) – odnosi się do proporcji i reprezentatywności środowisk, które przyjmują daną interwencję. Z uwagi na głównie laboratoryjne i kliniczne podejście do testowania skuteczności metod redukujących lęk nie sprawdza się, kto stosuje określoną interwencję, kto przerywa swój udział w terapii, a kto odmawia zastosowania określonej metody. Metody redukujące lęk mogą być skuteczne, ale z tego powodu, że ich zastosowanie jest zagrażające (np. terapie ekspozycyjne *in vivo*), regularne praktykowanie tych metod jest żmudne (np. systematyczna desensytyzacja), są mało znane (np. samodelowanie), dlatego przyswojenie tych metod w populacji może być niskie, a co za tym idzie niska może być ich efektywność. Badacze powinni w przyszłych badaniach

określić stopień przyswojenia określonych metod redukujących lęk przed przemawianiem.

- 4) **implementacja** (*Implementation*) – jest to zakres, w jakim określona interwencja jest przeprowadzana w warunkach naturalnych zgodnie z jej zasadami realizacji przez osoby niebędące autorami interwencji. W tym kontekście prostsze w zastosowaniu metody redukcji lęku przed przemawianiem (np. komunikaty zaszczeniające, iluzja przezroczystości, etykietowanie emocji) mogą mieć wyższe wskaźniki implementacji niż metody bardziej złożone, wymagające specjalistycznego przeszkolenia (np. terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji). Mniejszy stopień implementacji może być również związany z koniecznością użycia w trakcie terapii zaawansowanego sprzętu (np. w przypadku wirtualnej ekspozycji, biofeedbacku). Przyszłe badania w większym stopniu powinny sprawdzać skuteczność określonych metod redukujących lęk przed przemawianiem w warunkach naturalnych.
- 5) **utrzymanie** (*Maintenance*) – jest to stopień, w jakim pozytywne efekty interwencji utrzymują się w czasie po zakończeniu interwencji. Za mało jest badań sprawdzających, jak długo utrzymują się pozytywne efekty stosowania określonych metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi. Wyniki metaanalizy badań (Ebrahimi i in., 2019) wskazują na istnienie „efektu śpiocha” w odniesieniu do skutków metod redukujących lęk przed przemawianiem. Efekt śpiocha opisuje każdy rodzaj opóźnionego wpływu interwencji na jej odbiorcę po jej zakończeniu. Autorzy metaanalizy wskazują na to, że po zakończeniu interwencji lęk przed przemawianiem nadal maleje. Ten optymistyczny wniosek nie powinien jednak przyćmić tego, że w odniesieniu do większości metod opisanych w tej pracy nie są znane długotrwałe skutki ich działania. W literaturze przedmiotu brakuje także doniesień z badań wskazujących na to, w jaki sposób pacjenci mogą podtrzymywać uzyskane efekty terapii kilka miesięcy lub lat po jej zakończeniu. Zdecydowana większość badań testuje efekty interwencji bezpośrednio po jej zakończeniu. Wieloletnie badania podłużne oraz monitorowanie wpływu działań podtrzymujących efekty terapii na poziom lęku przed przemawianiem powinny dostarczyć oczekiwanej wiedzy w tym zakresie.

Podsumowując, do tej pory w badaniach nad metodami redukującymi lęk przed publicznym przemawianiem dominuje redukcjonistyczny paradygmat naukowy, który nadmiernie upraszcza rzeczywistość (Glasgow i in., 1999). Badacze powinni częściej wychodzić poza optymalne warunki laboratoriów psychologicznych i testować skuteczność metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem w naturalnych warunkach. Obiecujący przełom w tym zakresie dokonuje się w miarę rozwoju technologii i powiązanego z tym testowania metod redukujących lęk dostarczanych za pomocą internetu (np. Botella i in., 2009) lub za pomocą samopomocowych aplikacji na telefon (np. Boettcher i in., 2018; Stupar-Rutenfrans i in., 2017).

2. Wnioski dla praktyków

Praktycy są zachęceni do włączania wybranych metod redukcji lęku przed publicznym przemawianiem opisanych w tej pracy do swojego programu leczenia tego lęku. Za takim rozwiązaniem przemawiają wyniki badań sugerujące, że łączenie poszczególnych metod redukcji lęku przed publicznym przemawianiem daje lepsze rezultaty niż ich samodzielne stosowanie (Allen i in., 1989). Większość opisanych w tej pracy metod redukcji lęku można łączyć ze sobą lub włączać do repertuaru działań stosowanych przez terapeutów poznawczo-behawioralnych. Jednak praktycy, każdorazowo podejmując decyzję o włączeniu wybranej metody redukcji lęku przed publicznym przemawianiem do prowadzonej przez siebie terapii/warsztatów, powinni rozważyć, czy założenia teoretyczne poszczególnych metod nie pozostają ze sobą we wzajemnej sprzeczności. Poniżej przedstawiono zestawienia metod, których nie powinno się z tego powodu ze sobą łączyć:

- 1) Terapia ekspozycyjna ukierunkowana na akceptację nie powinna być łączona z: technikami relaksacyjnymi, biofeedbackiem, desensytyzacją, metodami interpretacji pobudzenia lękowego jako ekscytacji. Teoretyczne założenia tych metod wydają się sprzeczne. Terapia ekspozycyjna ukierunkowana na akceptację nie zakłada redukcji lęku, ale jego akceptację.

Natomiast bezpośrednim i podstawowym założeniem stosowania technik relaksacyjnych (lub jakiegokolwiek terapii włączającej je

w swój program), biofeedbacku i desensytyzacji nie jest akceptacja lęku, ale walka z nim poprzez jego redukcję. Trudno pogodzić tak sprzeczne cele. Z kolei metoda interpretacji pobudzenia lękowego jako ekscytacji akceptuje pobudzenie fizjologiczne towarzyszące lękowi, ale przeformułuje jego znaczenie, uznając to pobudzenie jako przejaw ekscytacji. Zatem nie ma miejsca w tej metodzie na akceptację lęku, tak jak jest to moliwe w przypadku terapii ekspozycyjnej ukierunkowanej na akceptację.

- 2) Metoda interpretacji pobudzenia lękowego jako ekscytacji nie powinna być łączona z: technikami relaksacyjnymi, biofeedbackiem, desensytyzacją, terapią ekspozycyjną ukierunkowaną na akceptację, etykietowaniem emocji. Podobnie jak w przypadku terapii ekspozycyjnej ukierunkowanej na akceptację, tak przy stosowaniu metody interpretacji pobudzenia lękowego jako ekscytacji zakłada się w pewnym zakresie akceptację lęku, tj. akceptację fizjologicznego pobudzenia towarzyszącego lękowi. Tymczasem techniki relaksacyjne, biofeedback i desensytyzacja są ukierunkowane na redukcję lękowego pobudzenia fizjologicznego. Obszar akceptacji lęku w przypadku metody interpretacji pobudzenia lękowego jako ekscytacji dotyczy akceptacji fizjologicznego systemu lęku przy odrzuceniu systemu poznawczego i behawioralnego. Z kolei terapia ekspozycyjna ukierunkowana na akceptację zakłada akceptację wszystkich trzech systemów lęku. Etykietowanie emocji także różni się zasadniczo od metody interpretowania pobudzenia lękowego jako ekscytacji. Mechanizmy etykietowania opierają się na zrozumieniu i akceptacji przeżywanego lęku, a uznawanie pobudzenia lękowego jako ekscytacji odrzuca etykietę lęku. Łączenie obu metod wydaje się być nieskutecznym pomysłem.
- 3) Samomodelowanie nie powinno być łączone z treningiem umiejętności społecznych. Idea leżąca u podstaw samomodelowania godzi w jeden z podstawowych mechanizmów skuteczności treningów umiejętności przemawiania, tj. w przekazywanie konstruktywnych informacji zwrotnych odnoszących się do wybranych aspektów przemawiania (Smółka, 2008). Często przekazywanie tego typu informacji zwrotnych odbywa się w odniesieniu do nagranych przemówień uczestników sesji, w których zwraca się uwagę na błędy popełnione w trakcie przemówień. Trudno pogodzić oglądanie w trakcie jednej

sesji nagrań „wygładzonych”, idealnych przemówień, z oglądaniem nagrań rzeczywistych przemówień zawierających błędy.

Powyższe zestawienie nie oznacza, że praktycy mogą swobodnie łączyć pozostałe metody redukcji lęku. Przedstawiono jedynie najbardziej jaskrawe sprzeczności założeń teoretycznych poszczególnych metod. W przypadku łączenia pozostałych metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi z jednej strony konieczna jest analiza założeń i procedur poszczególnych metod, co może z drugiej strony doprowadzić do konieczności modyfikacji i elastycznego dostosowania łączonych metod. Przykładowo, prowadzenie komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej może być sprzeczne z treningami umiejętności społecznych. Terapia ta zakłada, że w trakcie występów publicznych są angażowane te same umiejętności społeczne co w codziennych, zwykłych sytuacjach społecznych. W związku z tym, przyjmując orientację komunikacyjną, mówca akceptuje swoje błędy i potknięcia w trakcie występów. W przypadku treningów umiejętności społecznych koryguje się popełniane błędy poprzez przekazywanie konstruktywnych informacji zwrotnych. Z kolei modelowanie poprzez pokazywanie niezwykle sprawnych mówców, obecne w treningach umiejętności społecznych (oraz w wizualizacji perfekcyjnego przemówienia), może aktywizować orientację na osiągnięcia, godząc w orientację na komunikację. Jednak możliwe jest połączenie obu metod redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi poprzez np. prowadzenie komunikacyjnie zorientowanej terapii motywacyjnej na początku procesu terapeutycznego, a następnie w dalszej jego części prowadzenie treningu umiejętności społecznych. Dostosowanie treningu umiejętności przemawiania mogłoby polegać na korzystaniu w mniejszym stopniu z modelowania za pomocą pokazywania „mistrzowskich” przemówień, a korygujące informacje zwrotne odnoszące się do występów mogłyby być przekazywane nie w duchu nacisku na perfekcyjne przemówienie, a bardziej w duchu drobnej korekty sposobu komunikacji.

Ponadto praktycy powinni zachować ostrożność przy wykorzystywaniu metod o potwierdzonej skuteczności w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi wyłącznie na próbach nieklinicznych wobec osób zmagających się z klinicznym lękiem przed wystąpieniami publicznymi. Wprawdzie wyniki metaanalizy (Ebrahimi i in., 2019) wykazały, że nie ma różnic w skuteczności metod redukujących lęk przed publicznym

przemawianiem dla osób z klinicznie zdiagnozowanym lękiem przed przemawianiem w porównaniu do osób z podwyższonym poziomem tego lęku. Jednak póki skuteczność każdej z metody nie zostanie potwierdzona na próbach klinicznych, póty zalecana jest ostrożność w ich stosowaniu wobec osób ze zdiagnozowanym klinicznie lękiem przed przemawianiem. Do grona nieprzebadanych na próbach klinicznych metod należą: komunikaty zaszczepiające, iluzja przezroczystości, komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna, interpretacja pobudzenia lękowego jako ekscytacji, przygotowanie się do wystąpień, samomodelowanie.

3. Wnioski dla zmagających się z lękiem

Nie zrealizowano do tej pory wielu badań testujących możliwość samopomocowego (bez udziału terapeuty) stosowania określonych metod redukcji lęku przed przemawianiem (Ebrahimi i in., 2019). Te badania, które do tej pory przeprowadzono, wskazują na to, że systematyczna desensytyzacja (Lent i in., 1981; Marshall i in., 1976), terapia ekspozycyjna (Tillfors i in., 2008), terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji (Priestley, 2016) i różne terapie poznawczo-behawioralne (Anderson i in., 2007; Botella i in., 2007; Botella i in., 2010; Gallego i in., 2011) stosowane w wersji samopomocowej są skuteczne w redukcji lęku przed przemawianiem. Ogólnie metaanaliza badań wskazuje na to, że terapie samopomocowe są skuteczne w leczeniu klinicznych form lęku, ale są mniej skuteczne niż terapie prowadzone przez terapeutów (Haug i in., 2012). Wiele omawianych w tej pracy metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem było stosowanych bez udziału terapeutów, w warunkach laboratoryjnych, z minimalnym zaangażowaniem ze strony eksperymentatora, co sprawia, że można uznać, iż te metody mają samopomocowy charakter. Do tej grupy można zaliczyć: etykietowanie emocji, komunikaty zaszczepiające, iluzję przezroczystości, komunikacyjnie zorientowaną terapię motywacyjną, interpretację pobudzenia lękowego jako ekscytacji i etykietowanie emocji. Także charakter relaksacji oddechowych i przygotowania się do wystąpień publicznych ma samopomocowy potencjał.

Na podstawie powyższych analiz i rozważań można uznać, że duża część spośród omówionych w tej pracy metod redukcji lęku może być zastosowana samodzielnie w ramach działań samopomocowych. Osoby zmagające się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi mogą wybrać jedną lub kilka metod redukujących lęk przed przemawianiem opisanych w tej pracy, które mają potencjał samopomocowy i na podstawie ich opisu spróbować wykorzystać je w praktyce. Przedstawiony w tej pracy opis metod redukujących lęk ma syntetyczny charakter, co może utrudniać jego przyswojenie ze strony czytelników. Jednak zastosowane w badaniach testujących skuteczność tych metod protokoły, opisujące osobom badanym zasady stosowania poszczególnych metod, nie różniły się znacząco poziomem szczegółowości opisów metod od tego przedstawionego w tej pracy. Stosowanie tych technik można zarekomendować osobom zmagającym się z umiarkowanym bądź podwyższonym lękiem przed wystąpieniami publicznymi, ale nie osobom z klinicznym zaburzeniem lękowym. W przypadku niektórych metod do zastosowania ich w działaniach samopomocowych konieczne są określone materiały, np. dostęp do materiałów psychoedukacyjnych, aplikacji czy programów komputerowych. Poniżej przedstawiono opis polecanego miksu metod samopomocowych redukujących lęk przed publicznym przemawianiem, których realizacja nie wymaga angażowania (trudno dostępnych) materiałów. Starano się wyselekcjonować te metody, których stosowanie niesie ze sobą minimalne ryzyko wystąpienia niezamierzonych, negatywnych konsekwencji interwencji. Pomimo to zalecana jest ostrożność w stosowaniu opisanych metod i dopasowanie wyboru określonych metod do własnych preferencji.

Z perspektywy badań potwierdzających skuteczność terapii ekspozycyjnych pomocne w redukcji lęku przed przemawianiem może być podjęcie wysiłków, by nie unikać tego typu sytuacji i wygłaszać przemówienia. Pomocne w realizacji tego celu może być stworzenie osobistej hierarchii lęków i w ramach tej hierarchii przeprowadzanie próbnych przemówień. Przykładowa kolejność może wyglądać następująco: pozytywna wizualizacja, przemówienia po cichu, przemówienia na głos, przemówienia na głos do jednej osoby, przemówienia na głos do trzech osób itd. (terapia ekspozycyjna). Osoby stosujące tego typu próbne przemówienia nie powinny przekroczyć w trakcie prób dużego poziomu lęku. Proces ten może być wspomagany przez komunikowanie

sobie i innym osobom przed przemawianiem odczuwanych emocji (etykietowanie emocji). Z perspektywy podejścia poznawczego zmagający się z lękiem przed przemawianiem mogą starać się przyjmować motywację zorientowaną na komunikację w trakcie przemawiania (komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna), pamiętać o tym, że nawet jeśli się zdenerwują, to prawdopodobnie mało osób to zauważy (iluzja przezroczystości). Z perspektywy innych metod pomocne w redukcji lęku przed przemawianiem będzie poświęcenie większej ilości czasu na przygotowanie do przemówienia, a zwłaszcza na ćwiczenia przemówienia przed przyjazną publicznością (element terapii ekspozycyjnej). Jeśli już ktoś trenuje przed publicznością, to warto poprosić ją o konstruktywne informacje zwrotne odnoszące się do ich zachowania w trakcie przemówienia (element treningu umiejętności przemawiania). Dla dużej liczby osób pomocne w redukcji lęku przed przemawianiem będzie głębokie i powolne oddychanie (relaksacja oddechowa) stosowane przed przemówieniem oraz w jego trakcie, wtedy gdy jest czas na krótką przerwę w mówieniu, np. w czasie wysłuchiwania pytań od publiczności. Stosowanie tych technik może być wspierane przez psychoedukację z zakresu terapii poznawczo-behawioralnych, która jest dostępna na polskim rynku wydawniczym (np. Bourne, 2011; Hayes, Smith, 2014; Hope, Heimberg, Juster, Turk, 2007; Wells, 2010). Pozycje te zawierają pełne protokoły działań samopomocowych, które osoby chcące obniżyć swój lęk przed wystąpieniami publicznymi mogą wykorzystać w tym celu. Zważywszy na to, że proponowany miks metod nie przedstawia technik o wzajemnie sprzecznych mechanizmach działania oraz przyjmując założenie, że określone techniki działają na określone osoby, można spodziewać się, że tego typu miks powinien być skuteczniejszy niż zastosowanie pojedynczych metod, co sugerują wyniki wcześniejszych badań potwierdzających skuteczność łączenia poszczególnych metod (Allen i in., 1989). Z drugiej strony, powyższy „koktajl metod” nie był wcześniej testowany, dlatego jego zastosowanie wymaga ostrożności. Jeśli w trakcie stosowania rekomendowanych metod wystąpi znaczący wzrost lęku przed przemawianiem, należy zaprzestać jego kontynuacji. Może to być sygnał dla osoby zmagającej się z lękiem przed wystąpieniami publicznymi o konieczności udania się do specjalisty w celu poradzenia sobie z tym lękiem.

Ten miks metod może być pomocny również dla osób odczuwających duży lęk przed wystąpieniami publicznymi lub dla osób o zdiagnozowanej, klinicznej formie tego lęku, ale rekomendowanym i bezpiecznym rozwiązaniem będzie podjęcie terapii u profesjonalisty, który będzie w stanie ocenić, czy poszczególne metody można włączyć w terapię przez niego prowadzoną. Na podstawie wyników metaanaliz i przeglądu literatury można uznać, że podejście poznawczo-behawioralne w leczeniu lęku przed publicznymi wystąpieniami ma najwięcej dowodów empirycznych co do swojej skuteczności.

Podsumowanie

W tej pracy omówiono metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi o potwierdzonej empirycznie skuteczności. Na podstawie dokonanego przeglądu literatury przedmiotu wyselekcjonowano 15 metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi. Wszystkie opisane w tej pracy metody są skuteczne w redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi, ale poszczególne metody mogą być mniej lub bardziej skuteczne. Rzetelną metodą oceny skuteczności poszczególnych metod jest metaanaliza wyników dotychczas przeprowadzanych badań testujących skuteczność metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami. Do tej pory przeprowadzone metaanalizy (Allen i in., 1989; Ebrahimi i in., 2019) odnosiły się do ogólnych kategorii typów metod, a nie do poszczególnych metod. Dlatego nie jest możliwe wykorzystanie tych metaanaliz do kompleksowej oceny metod opisanych w tym opracowaniu. Bez przeprowadzenia bardziej szczegółowych metaanaliz trudno jest ocenić skuteczność poszczególnych metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami. Natomiast możliwa jest ocena innych aspektów metod opisanych w tej pracy. Postanowiono podsumować tę książkę, prezentując w tabeli 1 zestawienie poszczególnych metod redukujących lęk przed publicznym przemawianiem wraz z oceną pięciu ich istotnych aspektów: ilości badań testujących skuteczność metody, możliwości łączenia określonej metody z innymi metodami, badania osób ze zdiagnozowanym klinicznym lękiem przed publicznymi wystąpieniami, możliwości stosowania metody w ramach działań samopomocowych, złożoności metody.

Tabela 1

Ocena metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami

Typ metody	Metoda	Ilość badań	Możliwość łączenia z innymi metodami	Próba kliniczna	Możliwość samopomocy	Złożoność
Terapie ekspozycyjne	Klasyczne terapie ekspozycyjne	Duża	Wysoka	Tak	Wysoka – konieczne inne materiały	Umiarkowana
	Ekspozycja wirtualna	Duża	Wysoka	Tak	Wysoka – konieczne inne materiały	Umiarkowana
	Wizualizacja	Duża	Wysoka	Tak	Wysoka	Umiarkowana
	Systematyczna desensytyzacja	Duża	Wysoka	Tak	Wysoka – konieczne inne materiały	Wysoka
	Terapia ekspozycyjna oparta na akceptacji	Mała	Niska	Tak	Wysoka – konieczne inne materiały	Wysoka
Terapie poznawcze	Etykietowanie emocji	Mała	Wysoka	Tak	Umiarkowana	Niska
	Klasyczne terapie poznawcze	Duża	Wysoka	Tak	Wysoka – konieczne inne materiały	Wysoka
	Komunikaty zaszczepiające	Mała	Wysoka	Nie	Wysoka – konieczne inne materiały	Niska
	Iluzja przezroczyści	Mała	Wysoka	Nie	Wysoka	Niska
	Komunikacyjnie zorientowana terapia motywacyjna	Mała	Umiarkowana	Nie	Wysoka	Umiarkowana
Inne metody	Interpretacja pobudzenia lękowego jako ekscytacji	Mała	Niska	Nie	Wysoka	Niska
	Treningi umiejętności przemawiania	Duża	Wysoka	Tak	Niska	Wysoka
	Przygotowanie się do wystąpień	Umiarkowana	Wysoka	Nie	Wysoka	Umiarkowana
	Samomodelowanie	Mała	Umiarkowana	Nie	Niska	Umiarkowana
	Biofeedback i relaksacja	Duża	Wysoka	Tak	Umiarkowana	Umiarkowana

W zakresie ilości badań testujących skuteczność metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami przyjęto następujące kryterium oceny: mała (1–3 badania), umiarkowana (4–6 badań), wysoka (>7 badań). Nie można uznać, że metody częściej badane są bardziej skuteczne niż metody rzadziej badane, ale można założyć, że osoba stosująca metody częściej testowane może spodziewać się w większym zakresie poprawy niż w przypadku metod rzadziej testowanych. Ta większa pewność co do pozytywnych efektów stosowania częściej testowanych metod bierze się z większego zróżnicowania (badanej populacji, kontekstu badania, zastosowanych protokołów terapeutycznych) większej ilości badań w porównaniu do mniejszej ilości badań. Ocena możliwości łączenia określonej metody z innymi metodami dokonano na podstawie analizy przedstawionej we wnioskach dla praktyków opisanych w *Rozdziale 5.2*. Kryterium oceny badania osób ze zdiagnozowanym klinicznym lękiem przed publicznymi wystąpieniami było określanie, czy w przypadku choć jednego z badań potwierdzono skuteczność w redukcji lęku przed publicznymi wystąpieniami na populacji klinicznej. Z kolei możliwość zastosowania określonej metody w ramach działań samopomocowych oceniono na podstawie tego, czy przeprowadzono badania, w których sprawdzano skuteczność metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi bez znaczącego udziału terapeuty lub eksperymentatora. Wyodrębniono dwa typy „wysokiej możliwości” zastosowania określonej metody w ramach działań samopomocowych: „wysoki” (lektura tego opracowania może być wystarczająca do podjęcia działań samopomocowych przy zachowaniu ostrożności), „wysoki – konieczne inne materiały” (lektura tego opracowania nie jest wystarczająca do podjęcia działań samopomocowych – konieczne jest skorzystanie z innych materiałów psychoedukacyjnych). Finalnie złożoność metody oceniono na podstawie długości protokołów opisujących sposób zastosowania określonej metody.

Ludzie częściej obawiają się wystąpień publicznych niż własnej śmierci. Odczuwanie znaczącego lęku przed wystąpieniami publicznymi może blokować w przypadku części osób ich rozwój edukacyjny, zawodowy i osobisty. Istnieje zatem duże zapotrzebowanie społeczne na obniżenie tego typu lęku. Psychologowie odpowiedzieli na tę potrzebę społeczną, przeprowadzając w ciągu ostatnich 50 lat setki badań, w których wykazali skuteczność ponad 20 metod redukujących lęk

przed wystąpieniami publicznymi. Pomimo tych starań nadal wiele osób zmaga się z wysokim lękiem przed wystąpieniami publicznymi, m.in. z powodu braku ich wiedzy o istnieniu skutecznych metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami. Istnieje szansa, że dzięki otwartemu dostępowi w Internecie do tej publikacji część osób poszukujących wiedzy na temat sposobów redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi dotrze do tej książki, co pozwoli im albo wybrać odpowiednią formę terapii, albo zastosować wybrane metody w ramach działań samopomocowych.

Literatura

- Addison, P., Ayala, J., Hunter, M., Behnke, R. R., Sawyer, C. R. (2004). Body sensations of higher and lower anxiety sensitive speakers anticipating a public presentation. *Communication Research Reports*, 21(3), 284–290.
- Al-fahham, A. A. (2019). Effect of low dose vitamin C on public speaking stress during group presentation. *Journal of Physics: Conference Series*, 1294, 062054.
- Allen, M., Hunter, J. E., Donohue, W. A. (1989). Meta-analysis of self-report data on the effectiveness of public speaking anxiety treatment techniques. *Communication Education*, 38(1), 54–76.
- Anderson, P., Zimand, E., Schmertz, S. K., Ferrer, M. (2007). Usability and utility of a computerized cognitive-behavioral self-help program for public speaking anxiety. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 198–207.
- Ashby, F. G., Isen, A. M., Turken, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106(3), 529–550.
- Ayres, J. (1988). Coping with speech anxiety: The power of positive thinking. *Communication Education*, 37(4), 289–296.
- Ayres, J. (2005). Performance visualization and behavioral disruption: A clarification. *Communication Reports*, 18(1–2), 55–63.
- Ayres, J., Hopf, T. S. (1985). Visualization: A means of reducing speech anxiety. *Communication Education*, 34(4), 318–323.
- Ayres, J., Hopf, T. S. (1987). Visualization, systematic desensitization, and rational emotive therapy: A comparative evaluation. *Communication Education*, 36(3), 236–240.
- Ayres, J., Hopf, T. S. (1989). Visualization: Is it more than extra-attention? *Communication Education*, 38(1), 1–5.
- Ayres, J., Hopf, T. S. (1990). The long-term effect of visualization in the classroom: A brief research report. *Communication Education*, 39(1), 75–78.
- Ayres, J., Hopf, T. (1992). Visualization: Reducing speech anxiety and enhancing performance. *Communication Reports*, 5(1), 1–10.
- Ayres, J., Hopf, T., Ayres, D. M. (1994). An examination of whether imaging ability enhances the effectiveness of an intervention designed to reduce speech anxiety. *Communication Education*, 43(3), 252–258.
- Ayres, J., Hopf, T., Peterson, E. (2000). A test of communication-orientation motivation (COM) therapy. *Communication Reports*, 13(1), 35–44.
- Bandura, A., Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Bartholomay, E. M. (2015). *Treating public speaking anxiety: A comparison of exposure and video self-modeling* (Praca magisterska). Pobrane z: <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/>
- Behnke, M., Chlebosz, K., Kaczmarek, M. (2017). *Trening mentalny. Psychologia sportu w praktyce*. Warszawa: Inne Spacery.
- Behnke, M., Kaczmarek, L. D. (2018). Successful performance and cardiovascular markers of challenge and threat: A meta-analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 130, 73–79.
- Behnke, R. R., Sawyer, C. R. (1999). Public speaking procrastination as a correlate of public speaking communication apprehension and self-perceived public speaking competence. *Communication Research Reports*, 16(1), 40–47.
- Behnke, R. R., Sawyer, C. R., King, P. E. (1987). The communication of public speaking anxiety. *Communication Education*, 36(2), 138–141.
- Benito, K. G., Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 147–157.
- Bergamaschi, M. M., Queiroz, R. H. C., Chagas, M. H. N., De Oliveira, D. C. G., De Martinis, B. S., Kapczinski, F., ... Crippa, J. A. (2011). Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naive social phobia patients. *Neuropsychopharmacology*, 36(6), 1219–1226.
- Blascovich, J., Mendes, W. B., Hunter, S. B., Lickel, B., Kowai-Bell, N. (2001). Perceiver threat in social interactions with stigmatized others. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 253–267.
- Blascovich, J., Tomaka, J. (1996). The biopsychosocial model of arousal regulation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 28, 1–51.
- Blöte, A. W., Kint, M. J., Miers, A. C., Westenberg, P. M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 305–313.
- Bodie, G. D. (2010). A racing heart, rattling knees, and ruminative thoughts: Defining, explaining, and treating public speaking anxiety. *Communication Education*, 59(1), 70–105.
- Boettcher, J., Magnusson, K., Marklund, A., Berglund, E., Blomdahl, R., Braun, U., ... Carlbring, P. (2018). Adding a smartphone app to internet-based self-help for social anxiety: a randomized controlled trial. *Computers in Human Behavior*, 87, 98–108.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168–189.
- Borkovec, T.D., Sides, J.K. (1979). The contribution of relaxation and expectancy to fear reduction via graded, imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 17(6), 529–540.

- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. (2009). The acceptability of an Internet-based self-help treatment for fear of public speaking. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(3), 297–311.
- Botella, C., Gallego, M. J., García-Palacios, A., Guillen, V., Baños, R. M., Quero, S., Alcañiz, M. (2010). An Internet-based self-help treatment for fear of public speaking: a controlled trial. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(4), 407–421.
- Botella, C., Guillen, V., Banos, R. M., García-Palacios, A., Gallego, M. J., Alcañiz, M. (2007). Telepsychology and self-help: The treatment of fear of public speaking. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 46–57.
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., ... Roucaut, F. X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: a three-arm randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 210(4), 276–283.
- Bourne, E. (2011). *Lęk i fobia. Praktyczny podręcznik dla osób z zaburzeniami lękowymi*. Kraków: WUJ.
- Brooks, A. W. (2014). Get excited: Reappraising pre-performance anxiety as excitement. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143, 1144–1158.
- Brooks, W. D., Platz, S. M. (1968). The effects of speech training upon self-concept as a communicator. *Communication Education*, 17(1), 44–49.
- Burklund, L. J., Creswell, J. D., Irwin, M., Lieberman, M. (2014). The common and distinct neural bases of affect labeling and reappraisal in healthy adults. *Frontiers in Psychology*, 5, 221.
- Burnley, M. C. E., Cross, P. A., Spanos, N.P. (1993). The Effects of Stress Inoculation Training and Skills Training on the Treatment of Speech Anxiety. *Imagination, Cognition and Personality*, 12(4), 355–366.
- Byers, P. Y., Weber, C. S. (1995). The timing of speech anxiety reduction treatments in the public speaking classroom. *Southern Journal of Communication*, 60(3), 246–256.
- Cappo, B. M., Holmes, D. S. (1984). The utility of prolonged respiratory exhalation for reducing physiological and psychological arousal in non-threatening and threatening situations. *Journal of Psychosomatic Research*, 28(4), 265–273.
- Carlisle, L. W., Behnke, R. R., Kitchens, J. T. (1977). A psychological pattern of anxiety in public speaking. *Communication Quarterly*, 25(4), 44–46.
- Chapman, G. B., Johnson, E. J. (2002). Incorporating the irrelevant: Anchors in judgments of belief and value. W: T. Gilovich, D. Griffin, D. Kahneman (red.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (s. 120–138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Chen, Y. F., Huang, X. Y., Chien, C. H., Cheng, J. F. (2017). The effectiveness of diaphragmatic breathing relaxation training for reducing anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(4), 329–336.

- Chodkiewicz, J., Miniszewska, J. (2015). Polska adaptacja Kwestionariusza Lęku przed Wystąpieniami Publicznymi. *Psychiatria Polska*, 49(1), 95–105.
- Clements, K., Turpin, G. (1996). Physiological effects of public speaking assessed using a measure of palmar sweating. *Journal of Psychophysiology*, 10, 283–290.
- Compton, J. (2013). Inoculation theory. W: Dillard, J. P., Shen, L. (red.), *The Sage handbook of persuasion: Developments in theory and practice*, 2nd ed., (s. 220–237). Los Angeles, CA: Sage.
- Compton, J. Jackson, B., Dimmock, J. A. (2016). Persuading others to avoid persuasion: Inoculation theory and resistant health attitudes. *Frontiers in Psychology*, 7, 122.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., Vervliet, B. (2012). Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 322–345.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23.
- Cunningham, V., Lefkoe, M., Sechrest, L. (2006). Eliminating fears: an intervention that permanently eliminates the fear of public speaking. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 13(3), 183–193.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., Neel, H. L., Cavanaugh, P. D. (1989). Pre-performance concerns associated with public speaking anxiety. *Communication Quarterly*, 37(1), 39–53.
- Daly, J. A., Vangelisti, A. L., Weber, D. J. (1995). Speech anxiety affects how people prepare speeches: A protocol analysis of the preparation processes of speakers. *Communications Monographs*, 62(4), 383–397.
- Delgado, M. R., Nearing, K. I., LeDoux, J. E., Phelps, E. A. (2008). Neural circuitry underlying the regulation of conditioned fear and its relation to extinction. *Neuron*, 59(5), 829–838.
- Désert, M., Gonçalves, G., Leyens, J. P. (2013). Public Speaking: Stereotype threat and control. *Revista de Psicologia Social*, 28(2), 169–181.
- Doll, A., Hölzel, B. K., Bratec, S. M., Boucard, C. C., Xie, X., Wohlschläger, A. M., Sorg, C. (2016). Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala–prefrontal cortex connectivity. *Neuroimage*, 134, 305–313.
- Donahue, C. B., Kushner, M. G., Thuras, P. D., Murphy, T. G., Van Demark, J. B., Adson, D. E. (2009). Effect of quetiapine vs. placebo on response to two virtual public speaking exposures in individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(3), 362–368.
- Dowrick, P. W. (1999). A review of self-modeling and related interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 8(1), 23–39.

- Drażkowski, D. (2014). Interwencje redukujące zagrożenia stereotypem w środowisku edukacyjnym. *Edukacja*, 128(3), 38–53.
- Drażkowski, D., Behnke, M., Kaczmarek, L. D. (2021). I am afraid, so I buy it! The effects of anxiety on consumer assimilation and differentiation needs amongst individuals primed with independent and interdependent self-construal. *PLoS ONE*, 16(9), e0256483.
- Dwyer, K. K. (2000). The multidimensional model: Teaching students to self-manage high communication apprehension by self-selecting treatments. *Communication Education*, 49, 72–81.
- Dwyer, K. K., Davidson, M. M. (2012). Is public speaking really more feared than death? *Communication Research Reports*, 29(2), 99–107.
- Ebrahimi, O. V., Pallesen, S., Kenter, R. M., Nordgreen, T. (2019). Psychological interventions for the fear of public speaking: a meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 488.
- England, E. L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Rabin, S. J., Juarascio, A., Goldstein, S. P. (2012). Acceptance-based exposure therapy for public speaking anxiety. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1–2), 66–72.
- Epley, N., Gilovich, T. (2001). Putting adjustment back in the anchoring and adjustment heuristic: Differential processing of self-generated and experimenter-provided anchors. *Psychological Science*, 12(5), 391–396.
- Finn, A. N., Sawyer, C. R., Schrodt, P. (2009). Examining the effect of exposure therapy on public speaking state anxiety. *Communication Education*, 58(1), 92–109.
- Firth, J., Torous, J., Carney, R., Newby, J., Cosco, T. D., Christensen, H., Sarris, J. (2018). Digital technologies in the treatment of anxiety: recent innovations and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 20(6), 1–8.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., ... Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6(3), 151–175.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Cahill, S. P. (2006). Emotional Processing Theory: An Update. W: B. O. Rothbaum (red.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (s. 3–24). New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226.
- Fremouw, W. J., Zitter, R. E. (1978). A comparison of skills training and cognitive restructuring-relaxation for the treatment of speech anxiety. *Behavior Therapy*, 9(2), 248–259.

- Friedrich, G., Goss, B., Cunconan, T., Lane, D. (1997). Systematic desensitization. W: J. A. Daly, J. C. McCroskey, J. Ayres, T. Hopf, D. M. Ayres (red.), *Avoiding communication: Shyness, reticence, and communication apprehension* (wyd. 2, s. 305–330). Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Gallego, A., McHugh, L., Penttonen, M., Lappalainen, R. (2021). Measuring Public Speaking Anxiety: Self-report, behavioral, and physiological. *Behavior Modification*. Publikacja online first. DOI: 10.1177/0145445521994308.
- Gallego, M. J., Emmelkamp, P. M. G., van der Kooij, M., Mees, H. (2011). The effects of a Dutch version of an internet-based treatment program for fear of public speaking: a controlled study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 459–472.
- García-Palacios, A., Botella, C., Hoffman, H., Fabregat, S. (2007). Comparing acceptance and refusal rates of virtual reality exposure vs. in vivo exposure by patients with specific phobias. *Cyberpsychology & Behavior*, 10(5), 722–724.
- Gatchel, R. J., Hatch, J. P., Maynard, A., Turns, R., Tauton-Blackwood, A. (1979). Comparative effectiveness of heart-rate biofeedback, false-biofeedback, and systematic desensitization in reducing speech anxiety: Short- and long-term effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 620–622.
- Gatchel, R. J., Hatch, J. P., Watson, P. J., Smith, D., Gaas, E. (1977). Comparative effectiveness of voluntary heart rate control and muscular relaxation as active coping skills for reducing speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(6), 1093–1100.
- Gilovich, T., Savitsky, K. (1999). The spotlight effect and the illusion of transparency: Egocentric assessments of how we are seen by others. *Current Directions in Psychological Science*, 8(6), 165–168.
- Gilovich, T., Savitsky, K., Medvec, V. H. (1998). The illusion of transparency: biased assessments of others' ability to read one's emotional states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(2), 332–346.
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322–1327.
- Glassman, L. H., Forman, E. M., Herbert, J. D., Bradley, L. E., Foster, E. E., Izzetoglu, M., Ruocco, A. C. (2016). The Effects of a Brief Acceptance-Based Behavioral Treatment Versus Traditional Cognitive-Behavioral Treatment for Public Speaking Anxiety. *Behavior Modification*, 40(5), 748–776.
- Glogower, F. D., Fremouw, W. J., McCroskey, J. C. (1978). A component analysis of cognitive restructuring. *Cognitive Therapy and Research*, 2(3), 209–223.
- Goldfried, M. R., Trier, C. S. (1974). Effectiveness of relaxation as an active coping skill. *Journal of Abnormal Psychology*, 83(4), 348–355.

- Gorno-Tempini, M. L., Pradelli, S., Serafini, M., Pagnoni, G., Baraldi, P., Porro, C., ... Nichelli, P. (2001). Explicit and incidental facial expression processing: an fMRI study. *Neuroimage*, 14(2), 465–473.
- Guastella, A. J., Howard, A. L., Dadds, M. R., Mitchell, P., Carson, D. S. (2009). A randomized controlled trial of intranasal oxytocin as an adjunct to exposure therapy for social anxiety disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 34(6), 917–923.
- Guastella, A. J., Richardson, R., Lovibond, P. F., Rapee, R. M., Gaston, J. E., Mitchell, P., Dadds, M. R. (2008). A randomized controlled trial of D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder. *Biological Psychiatry*, 63(6), 544–549.
- Güvendir, E., Oya, O. N. A. T., Dündar, S. (2020). The Influence of Counselor Trainee Support on Public Speaking and Foreign Language Speaking Anxiety in the Class Setting. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 7(1), 11–26.
- Hamon, M., Ramadour, R., Frey, J. (2018). *Exploring biofeedback with a tangible interface designed for relaxation*. arXiv. <https://arxiv.org/abs/1808.08711>
- Hariri, A. R., Mattay, V. S., Tessitore, A., Fera, F., Weinberger, D. R. (2003). Neocortical modulation of the amygdala response to fearful stimuli. *Biological Psychiatry*, 53(6), 494–501.
- Haug, T., Nordgreen, T., Öst, L. G., Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: a meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 425–445.
- Hayes, S., Smith, S. (2014). *W pułapce myśli. Jak skutecznie poradzić sobie z depresją, stresem i lękiem*. Sopot: GWP.
- Hayes, S. C., Strosahl, J., Wilson, M. E. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Hofmann, S. G., Liebowitz, M. R., Schneier, F. R., Smits, J. A., Stein, M. B., ... Craske, M. G. (2014). Social anxiety disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 31(6), 472–479.
- Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., T O'Donohue, W., Rosen, G. M., Tolin, D. F. (2000). Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: Implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 945–971.
- Hitchcock, C. H., Dowrick, P. W., Prater, M. A. (2003). Video self-modeling intervention in school-based settings. *A review. Remedial and Special Education*, 24(1), 36–45.

- Hofmann, S. G., Gerlach, A. L., Wender, A., Roth, W. T. (1997). Speech disturbances and gaze behavior during public speaking in subtypes of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 573–585.
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: The effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 389–394.
- Hofmann, S. G., Meuret, A. E., Smits, J. A., Simon, N. M., Pollack, M. H., Eisenmenger, K., ... Otto, M. W. (2006). Augmentation of exposure therapy with D-cycloserine for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 298–304.
- Hone, L. C., Jarden, A., Duncan, S., Schofield, G. M. (2015). Flourishing in New Zealand workers: Associations with lifestyle behaviors, physical health, psychosocial, and work-related indicators. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(9), 973–983.
- Hope, D., Heimberg, R., Juster, H., Turk, C. (2007). *Terapia lęku społecznego. Podejście poznawczo-behawioralne. Podręcznik ćwiczeń klienta*. Gdynia: Alliance Press.
- Hope, D., Heimberg, R., Turk, C. (2007). *Terapia lęku społecznego. Podejście poznawczo-behawioralne. Przewodnik terapeutyczny*. Gdynia: Alliance Press.
- Igras-Cybulska, M., Ziółko, B., Żelasko, P., Witkowski, M. (2016). Structure of pauses in speech in the context of speaker verification and classification of speech type. *EURASIP Journal on Audio, Speech, and Music Processing*, 18. <https://doi.org/10.1186/s13636-016-0096-7>
- Jackson, B., Compton, J., Thornton, A. L., Dimmock, J. A. (2017). Re-thinking anxiety: Using inoculation messages to reduce and reinterpret public speaking fears. *PLoS ONE*, 12(1), e0169972.
- Jacowitz, K. E., Kahneman, D. (1995). Measures of anchoring in estimation tasks. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(11), 1161–1166.
- Jamieson, J. P., Mendes, W. B., Blackstock, E., Schmader, T. (2010). Turning the knots in your stomach into bows: Reappraising arousal improves performance on the GRE. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(1), 208–212.
- Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., Harden, K. (2015). Self-Regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 40(2), 107–115.
- Kaczmarek, Ł. (2016). *Pozytywne interwencje psychologiczne: Dobrostan a zachowania intencjonalne*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Karst, T. O., Trexler, L. D. (1970). Initial study using fixed-role and rational-emotive therapy in treating public-speaking anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(3), 360–366.

- Kimani, E., Shamekhi, A., Bickmore, T. (2021). Just breathe: Towards real-time intervention for public speaking anxiety. *Smart Health*, 19, 100–146.
- Kircanski, K., Lieberman, M. D., Craske, M. G. (2012). Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. *Psychological Science*, 23(10), 1086–1091.
- Kogan, C. S., Stein, D. J., Maj, M., First, M. B., Emmelkamp, P. M., Reed, G. M. (2016). The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depression and Anxiety*, 33(12), 1141–1154.
- Kop, W. J., Synowski, S. J., Newell, M. E., Schmidt, L. A., Waldstein, S. R., Fox, N. A. (2011). Autonomic nervous system reactivity to positive and negative mood induction: The role of acute psychological responses and frontal electrocortical activity. *Biological Psychology*, 86(3), 230–238.
- Kruger, A. M. (2013). *The use of video self-modeling to treat public speaking anxiety* (Rozprawa doktorska). Pobrane z: <https://cornerstone.lib.mnsu.edu/etds/>
- Lawm, G. D., Schwartz, C., Houlihan, D., Cassisi, J. E. (1994). Graduated exposure plus feedback in the treatment of speech anxiety. *Behavioral Interventions*, 9(4), 213–223.
- Leary, M. R. (2004). *Wywieranie wrażenia: strategie autoprezentacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leary, M., Kowalski, R. M. (2001). *Lęk społeczny*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lent, R. W., Russell, R. K., Zamosny, K. P. (1981). Comparison of cue-controlled desensitization, rational restructuring, and a credible placebo in the treatment of speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(4), 608–610.
- Lewin, M. R., McNeil, D. W., Lipson, J. M. (1996). Enduring without avoiding: Pauses and verbal dysfluencies in public speaking fear. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18(4), 387–402.
- Lindner, P., Miloff, A., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G., Powers, M. B., Carlbring, P. (2017). Creating state of the art, next-generation Virtual Reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future directions. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(5), 404–420.
- MacCormick, H. (2020). *How stress affects your brain and how to reverse it*. Pobrane z: <https://scopeblog.stanford.edu/2020/10/07/how-stress-affects-your-brain-and-how-to-reverse-it/>.
- MacInnis, C. C., Mackinnon, S. P., MacIntyre, P. D. (2010). The illusion of transparency and normative beliefs about anxiety during public speaking. *Current Research in Social Psychology*, 15(4), 42–52.
- Maner, J. K., Schmidt, N. B. (2006). The role of risk avoidance in anxiety. *Behavior Therapy*, 37(2), 181–189.

- Mansell, W., Clark, D. M. (1999). How do I appear to others? Social anxiety and processing of the observable self. *Behaviour Research and Therapy*, 37(5), 419–434.
- Marshall, W. L., Presse, L., Andrews, W. R. (1976). A self-administered program for public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 14(1), 33–39.
- McCaul, K. D., Solomon, S., Holmes, D. S. (1979). Effects of paced respiration and expectations on physiological and psychological responses to threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(4), 564–571.
- McCroskey, J. C. (1972). The implementation of a large-scale program of systematic desensitization for communication apprehension. *Communication Education*, 21(4), 255–264.
- McCroskey, J. C. (1984). Self-report measurement. W: J. A. Daly, J. C. McCroskey (red.), *Avoiding communication: Shyness, reticence, and communication apprehension* (s. 81–94). Beverly Hills, CA: Sage.
- McCroskey, J. C., Ralph, D. C., Barrick, J. E. (1970). The effect of systematic desensitization on speech anxiety. *Communication Education*, 19(1), 32–36.
- McKee, M. D. (2008). Biofeedback: an overview in the context of heart-brain medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75, 31–34.
- Meichenbaum, D. H., Gilmore, J. B., Fedoravicius, A. L. (1971). Group insight versus group desensitization in treating speech anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(3), 410–421.
- Menzel, K. E., Carrell, L. J. (1994). The relationship between preparation and performance in public speaking. *Communication Education*, 43(1), 17–26.
- Miller, D. T., McFarland, C. (1987). Pluralistic ignorance: When similarity is interpreted as dissimilarity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(2), 298–305.
- Miloff, A., Lindner, P., Hamilton, W., Reuterskiöld, L., Andersson, G., Carlbring, P. (2016). Single-session gamified virtual reality exposure therapy for spider phobia vs. traditional exposure therapy: study protocol for a randomized controlled non-inferiority trial. *Trials*, 17(1), 1–8.
- Monroe, C., Borzi, M. G., Burrell, R. D. (1992). Communication apprehension among high school dropouts. *The School Counselor*, 39(4), 273–280.
- Motley, M. T. (1990). Public speaking anxiety qua performance anxiety: A revised model and an alternative therapy. *Journal of Social Behavior and Personality*, 5(2), 85–104.
- Motley, M. T. (1995). *Overcoming your fear of public speaking*. New York: McGraw-Hill College.
- Motley, M., Molloy, J. (1994). An efficacy test of a new therapy („Communication Orientation Motivation”) for public speaking anxiety. *Journal of Applied Communication Research*, 22, 48–58.

- Narumoto, J., Yamada, H., Iidaka, T., Sadato, N., Fukui, K., Itoh, H., Yonekura, Y. (2000). Brain regions involved in verbal or non-verbal aspects of facial emotion recognition. *Neuroreport*, *11*(11), 2571–2574.
- Newman, M. G., Hofmann, S. G., Trabert, W., Roth, W. T., Taylor, C. B. (1994). Does behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes? *Behavior Therapy*, *25*(3), 503–517.
- Niles, A. N., Craske, M. G., Lieberman, M. D., Hur, C. (2015). Affect labeling enhances exposure effectiveness for public speaking anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, *68*, 27–36.
- Norton, P. J., Price, E. C. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *195*(6), 521–531.
- Orsillo, S., Roemer, L., Block, J., LeJeune, C., Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. W: S. C. Hayes, K. Strosahl (red.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy* (s. 103–132). Norwell, MA: Plenum Press.
- Owens, M., Stevenson, J., Hadwin, J. A., Norgate, R. (2014). When does anxiety help or hinder cognitive test performance? The role of working memory capacity. *British Journal of Psychology*, *105*(1), 92–101.
- Percivalle, V., Blandini, M., Fecarotta, P., Buscemi, A., Di Corrado, D., Bertolo, L., ... Coco, M. (2017). The role of deep breathing on stress. *Neurological Sciences*, *38*(3), 451–458.
- Pertaub, D. P., Slater, M., Barker, C. (2002). An experiment on public speaking anxiety in response to three different types of virtual audience. *Presence: Teleoperators & Virtual Environments*, *11*(1), 68–78.
- Phelps, E. A., Delgado, M. R., Nearing, K. I., LeDoux, J. E. (2004). Extinction learning in humans: role of the amygdala and vmPFC. *Neuron*, *43*(6), 897–905.
- Pittig, A., Kotter, R., Hoyer, J. (2019). The struggle of behavioral therapists with exposure: self-reported practicability, negative beliefs, and therapist distress about exposure-based interventions. *Behavior Therapy*, *2*, 353–366.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., Emmelkamp, P. M. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(2), 94–113.
- Priestley, J. (2016). *Acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety: a case series study of effects on self-reported, implicit, imaginal, and in-vivo outcomes* (Rozprawa doktorska). Pobrane z: <https://eprints.lincoln.ac.uk>
- Pull, C. B. (2012). Current status of knowledge on public-speaking anxiety. *Current Opinion in Psychiatry*, *25*(1), 32–38.
- Quintana, D. S., Heathers, J. A. (2014). Considerations in the assessment of heart rate variability in biobehavioral research. *Frontiers in Psychology*, *5*, 805.

- Raghunathan, R., Pham, M. T. (1999). All negative moods are not equal: Motivational influences of anxiety and sadness on decision making. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 79(1), 56–77.
- Raja, F. (2017). Anxiety Level in Students of Public Speaking: Causes and Remedies. *Journal of Education and Educational Development*, 4(1), 94–110.
- Rapee, R. M., Lim, L. (1992). Discrepancy between self-and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(4), 728–731.
- Reeves, R., Curran, D., Gleeson, A., Hanna, D. (2021). A Meta-Analysis of the Efficacy of Virtual Reality and In Vivo Exposure Therapy as Psychological Interventions for Public Speaking Anxiety. *Behavior Modification*. Publikacja online first. DOI: 10.1177/0145445521991102.
- Rickards-Schlichting, K. A., Kehle, T. J., Bray, M. A. (2004). A self-modeling intervention for high school students with public speaking anxiety. *Journal of Applied School Psychology*, 20(2), 47–60.
- Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B., Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 38(1), 15–28.
- Saul, A. D. (2021). *The Efficacy of an Evidence-Based Biofeedback Intervention to Reduce Anxiety in College Students* (Rozprawa doktorska). Pobrane z: <https://thescholarship.ecu.edu/>
- Savitsky, K., Gilovich, T. (2003). The illusion of transparency and the alleviation of speech anxiety. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39(6), 618–625.
- Sawyer, C. R., Behnke, R. R. (1999). State anxiety patterns for public speaking and the behavior inhibition system. *International Journal of Phytoremediation*, 21(1), 33–41.
- Schlenker, B. R., Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model. *Psychological Bulletin*, 92(3), 641–669.
- Schmader, T., Johns, M., Forbes, C. (2008). An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychological Review*, 115(2), 336–356.
- Schnall, S., Roper, J., Fessler, D. M. (2010). Elevation leads to altruistic behavior. *Psychological Science*, 21(3), 315–320.
- Schoenberger, N. E., Kirsch, I., Gearan, P., Montgomery, G., Pastyrnak, S. L. (1997). Hypnotic enhancement of a cognitive behavioral treatment for public speaking anxiety. *Behavior Therapy*, 28(1), 127–140.
- Schwartz, S. G., Kaloupek, D. G. (1987). Acute exercise combined with imaginal exposure as a technique for anxiety reduction. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19(2), 151–166.

- Smith, T. E., Frymier, A. B. (2006). Get 'real': Does practicing speeches before an audience improve performance? *Communication Quarterly*, 54(1), 111–125.
- Smółka, P. (2008). *Kompetencje społeczne: metody pomiaru i doskonalenia umiejętności interpersonalnych*. Warszawa: Oficyna Wolters Kluwer Polska.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic.
- Steele, C. M., Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 797–811.
- Stein, D. J., Lim, C. C., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(1), 1–21.
- Stein, M. B. (1996). Public-Speaking Fears in a Community Sample. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 169–174.
- Stein, M. B., Torgrud, L. J., Walker, J. R. (2000). Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1046–1052.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Forde, D. R. (1996). Public-speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53(2), 169–174.
- Stevens, T. G. (2021). *Self-desensitization instructions*. Pobrane z: <http://web.csulb.edu/~tstevens/Desensit.htm>.
- Stupar-Rutenfrans, S., Ketelaars, L. E., van Gisbergen, M. S. (2017). Beat the fear of public speaking: Mobile 360 video virtual reality exposure training in home environment reduces public speaking anxiety. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 20(10), 624–633.
- Tabibnia, G., Lieberman, M. D., Craske, M. G. (2008). The lasting effect of words on feelings: words may facilitate exposure effects to threatening images. *Emotion*, 8(3), 307–317.
- Thayer, J. F., Yamamoto, S. S., Brosschot, J. F. (2010). The relationship of autonomic imbalance, heart rate variability and cardiovascular disease risk factors. *International Journal of Cardiology*, 141(2), 122–131.
- Tillfors, M., Carlbring, P., Furmark, T., Lewenhaupt, S., Spak, M., Eriksson, A., ... Andersson, G. (2008). Treating university students with social phobia and public speaking fears: Internet delivered self-help with or without live group exposure sessions. *Depression and Anxiety*, 25(8), 708–717.
- Trexler, L. D., Karst, T. O. (1972). Rational-emotive therapy, placebo, and no-treatment effects on public-speaking anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 79(1), 60–67.

- Ulinski, M., O'Callaghan, S. (2002). A comparison of MBA students' and employers' perceptions of the value of oral communication skills for employment. *Journal of Education for Business*, 77(4), 193–197.
- Valentine, K. E., Milling, L. S., Clark, L. J., Moriarty, C. L. (2019). The efficacy of hypnosis as a treatment for anxiety: a meta-analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 67(3), 336–363.
- Van Boven, L., Gilovich, T., Medvec, V. H. (2003). The illusion of transparency in negotiations. *Negotiation Journal*, 19(2), 117–131.
- Vorauer, J. D., Ross, M. (1999). Self-awareness and feeling transparent: Failing to suppress one's self. *Journal of Experimental Social Psychology*, 35(5), 415–440.
- Weissberg, M., Lamb, D. (1977). Comparative effects of cognitive modification, systematic desensitization, and speech preparation in the reduction of speech and general anxiety. *Communications Monographs*, 44(1), 27–36.
- Wells, A. (2010). *Terapia Poznawcza Zaburzeń Lękowych. Praktyczny podręcznik i przewodnik po teorii*. Kraków: WUJ.
- Whitworth, R. H., Cochran, C. (1996). Evaluation of integrated versus unitary treatments for reducing public speaking anxiety. *Communication Education*, 45(4), 306–314.
- Witt, P. L., Brown, K. C., Roberts, J. B., Weisel, J., Sawyer, C. R., Behnke, R. R. (2006). Somatic anxiety patterns before, during, and after giving a public speech. *Southern Communication Journal*, 71, 87–100.
- Wolpe, J. (1954). Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Archives of Neurology & Psychiatry*, 72(2), 205–226.
- Zinczuk-Zielazna, J., Kleka, P., Obrębska, M. (2018). Verbal fluency and emotional expression in young women differing in their styles of coping with threatening stimuli. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(4), 330–342.



Dr Dariusz Drązkowski

Psycholog społeczny pracujący jako adiunkt w Zakładzie Psychologii Społecznej na Wydziale Psychologii i Kognitywistyki UAM w Poznaniu. Realizuje badania z obszaru psychologii społecznej, konsumenckiej i pozytywnej. Autor wielu publikacji naukowych i wystąpień konferencyjnych. Stypendysta Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej i Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Prowadzi warsztaty redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi.

Zaprezentowana do recenzji praca: „Metody redukcji lęku przed wystąpieniami publicznymi” jest bardzo wartościowym i potrzebnym opracowaniem. Systematyzuje wiedzę odnośnie ważnego psychologicznie problemu oraz pokazuje różnorodne sposoby radzenia sobie z nim. Opiera się na bardzo szerokiej i bogatej analizie literatury przedmiotu i z powyższych przyczyn zasługuje w pełni na publikację.

(z recenzji prof. Jana Chodkiewicza)

Ludzie częściej obawiają się wystąpień publicznych niż własnej śmierci. Odczuwanie znaczącego lęku przed wystąpieniami publicznymi może blokować w przypadku części osób ich rozwój edukacyjny, zawodowy i osobisty. Istnieje zatem duże zapotrzebowanie społeczne na obniżenie tego typu lęku. Psychologowie odpowiedzieli na tę potrzebę społeczną, przeprowadzając w ciągu ostatnich 50 lat setki badań, w których wykazali skuteczność ponad 20 metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi. Pomimo tych starań, nadal wiele osób zmagają się z wysokim lękiem przed wystąpieniami publicznymi, m.in. z powodu braku ich wiedzy o istnieniu skutecznych metod redukujących lęk przed publicznymi wystąpieniami. Istnieje szansa, że dzięki otwartemu dostępowi w Internecie do tej publikacji część osób poszukujących wiedzy na temat sposobów redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi dotrze do tej publikacji, co pozwoli im albo wybrać odpowiednią formę terapii, albo zastosować wybrane metody w ramach działań samopomocowych.

Praca adresowana jest do naukowców, praktyków (terapeutów, trenerów) oraz do osób chcących obniżyć swój lęk przed wystąpieniami publicznymi. Starano się na tyle szczegółowo opisać metodologię najważniejszych badań testujących skuteczność metod redukujących lęk przed wystąpieniami publicznymi, by z jednej strony pomóc naukowcom w projektowaniu własnych tego typu badań, a z drugiej strony by możliwe było zastosowanie części z opisanych metod przez praktyków lub samodzielnie przez osoby zmagające się z wysokim lękiem przed wystąpieniami publicznymi. We wnioskach z opracowania wskazano kierunki przyszłych badań, omówiono ograniczenia w łączeniu poszczególnych metod oraz wskazano możliwości samodzielnego zastosowania (przy zachowaniu należytej ostrożności) metod opisanych w tej pracy w ramach działań samopomocowych.

ISBN 978-83-66666-57-3

DOI 10.48226/978-83-66666-57-3