

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

TECHNIKA OMEZENÉ ZEVNÍ STIMULACE

-

TERAPIE TMOU



Disertační práce

Autor: **Mgr. Marek Malůš**

Školitel: **doc. PhDr. Vladimír Řehan**

Olomouc

2014

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny řádně citoval a uvedl.

V Olomouci dne 31. července 2014

Na tomto místě bych rád poděkoval důležitým osobám, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout v této podobě, nebo by nevznikla vůbec.

Předně chci poděkovat svému školiteli doc. PhDr. Vladimíru Řehanovi za jeho otevřenost v době žádosti přechod na toto téma, a posléze v průběhu jejího pozvolného dokončování za jeho přímou, férovou a trpělivou podporu. Děkuji, Vladimíre!

Poté chci poděkovat svému kolegovi Mgr. Martinu Kupkovi, Ph.D., který se postupem času pro toto téma také nadchl a byl mým parťákem v úsilí na poli teoretickém i praktickém. Jeho přičiněním jsem ve zvoleném tématu vytrval a téma bylo zahrnuto mezi výzkumná témata Katedry psychologie FF UP.

Do první trojice poděkování patří muž, bez něhož by tento výzkum nemohl vzniknout. Je jím PhDr. Andrew A. Urbiš z partnerského zařízení Beskydské rehabilitační centrum Čeladná, které nám umožnilo výzkumnou spolupráci. Děkuji tímto nejen za umožnění výzkumu a podněty k němu, ale také za jeho vstřícný a flexibilní přístup.

Za velkou podporu a pochopení při dokončování této práce děkuji své partnerce Veronice. A poděkování za podporu věnuji i svým přátelům a rodině.

Děkuji také všem klientům Terapie tmou, kteří byli ochotni přispět svým časem, energií a otevřeností k získání materiálů jako podkladů nejen pro tuto práci, ale i pro ostatní výstupy, které jsou součástí celého projektu výzkumu Terapie tmou.

Za pomoc se statistikou děkuji kolegovi, kamarádovi PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D.

Také bych rád poděkoval všem studentům a spoluřešitelům, kteří pomáhali s výzkumným úsilím, nebo mi jako jejich konzultantovi a vedoucímu byli inspirací při psaní svých vlastních ročníkových, bakalářských a diplomových prací: Michaela Pastorková, Veronika Kalášková, Lukáš Man, Eva Svobodová, Nika Neubertová, Magdalena Havelková, Lucie Fenclová, Ema Podobová, Jakub Matoušek, Jiří Ondruška a všichni další, kteří mě v úsilí dokončit tuto práci podporovali, přátele a rodiny nevyjímaje.

Děkuji Filozofické fakultě UP za možnosti grantového financování tohoto výzkumného projektu, za jejichž podpory vznikla nejen tato práce. Konkrétně: „*FPVC2013/07 Terapeutické možnosti Metody omezené zevní stimulace*“ a „*IGA_FF_2014_030 Současné aplikace metod omezené zevní stimulace (REST)*“.

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Uvedení do problematiky	9
1.1 Senzorická deprivace	13
1.1.1 Historie a kontext výzkumu senzorické deprivace.....	15
1.1.2 Počátky Zubkova samostatného výzkumu	18
1.1.3 První výsledky	20
1.1.4 Politický kontext Zubkovy práce	23
1.1.5 Zneužití senzorická deprivace ve výslechové praxi.....	24
1.1.6 Výzkumná centra zabývající se senzorickou deprivací.....	27
1.1.7 Tuzemské výzkumy.....	29
1.1.8 Psychopatologizující konotace výzkumu.....	30
1.2 REST – Restricted Environmental Stimulation.....	32
1.2.1 Immersion REST.....	34
1.2.2 Flotation REST	37
1.2.3 Chamber REST – historický kontext	39
1.2.4 Chamber REST – aplikace procedury.....	42
1.2.5 Chamber REST – výzkumná zjištění.....	43
1.2.6 Chamber REST – způsob fungování.....	46
Posílení nedominantní hemisféry.....	46
Změna škodlivých návyků.....	47
Otevřenost vůči zkušenosti	48
1.3 Terapie tmou	49
1.3.1 Původ terapie tmou	50
Kalweitovo pojetí terapie tmou.....	51
1.3.2 Terapie tmou – popis aplikované procedury	52
1.3.3 Jak Terapie tmou funguje?	54
1.3.4 Vliv cirkadiálních rytmů a melatoninu během terapie tmou.....	56
Možné léčebné využití melatoninu	57
1.3.5 Úloha terapeuta, jeho role a náročnost činnosti	58
1.3.6 Základní pravidla setkání s klientem při Terapii tmou	62
1.3.7 Strava při Terapii tmou.....	64
1.3.8 Ukončení Terapie tmou.....	64
1.3.9 Úskalí spojená s ukončením pobytu Terapie tmou.....	66
1.3.10 Poskytovatelé Terapie tmou v České republice a na Slovensku	68
Beskydské rehabilitační centrum Čeladná.....	69

Terapie tmou v Kozlovicích, okres Frýdek Místek	70
Terapie tmou „Bytí ve tmě“ a „Léčivá tma“, Dobrá u Frýdku Místku ..	70
Tvůrčí temnota v Žampachu, Orlické hory	70
Léčba tmou, Lomec u Úmonína, okres Kutná Hora.....	70
Pobyt ve tmě, Klatovy u Plzně	71
Terapie tmou v pyramidě, Novosedly u Kájova, okr. Český Krumlov ...	71
Terapie tmou u Štědřicha, Lysice u Brna	71
Terapie tmou Prostějov	72
Terapie tmou Bílé Karpaty.....	72
Terapie tmou Zaježová u Zvolena.....	73
Dark retreat cabin u Zhebova u Trenčína	73
VÝZKUMNÁ ČÁST OBECNÁ	74
2 Výzkumný problém.....	75
2.1 Cíle výzkumu	75
2.2 Typ výzkumného plánu.....	76
2.2.1 Kvalitativní část	76
2.2.2 Kvantitativní část.....	76
Fáze 1 – mapování cílové populace (klientely terapie tmou).....	76
Fáze 1 – test-retestová studie vybraných nekognitivních dimenzí I	76
Fáze 2 – test-retestová studie vybraných nekognitivních dimenzí II..	77
3 Etika výzkumu, ochrana soukromí.....	78
4 „Postoj výzkumníka/ů“	79
VÝZKUMNÁ ČÁST SPECIÁLNÍ.....	80
5 Analýza spontánních výtvorů	81
5.1 Paní M.....	81
5.2 Paní J.....	83
5.3 Pan J.....	85
5.4 Diskuse k uvedeným výpovědím	88
5.5 Závěr	90
6 FÁZE 1 – Mapování cílové populace klientů terapie tmou	91
6.1 Výzkumný problém.....	91
6.1.1 Cíle studie	92
6.1.2 Výzkumné otázky a hypotéza.....	92
6.2 Metodologický rámec.....	92

6.2.1	Typ výzkumného projektu.....	92
6.2.2	Testová metoda.....	93
	NEO Pětifaktorový osobnostní inventář	93
6.2.3	Průběh výzkumu.....	94
6.2.4	Výzkumný soubor	95
6.2.5	Práce s daty a jejich výsledky	99
6.3	Diskuse.....	103
6.4	Závěr	105
7	FÁZE 1 – test-retestová studie vybraných nekognitivních dimenzí I.....	106
7.1	Výzkumný problém.....	106
	7.1.1 Cíle studie	107
	7.1.2 Hypotézy a výzkumné otázky	107
7.2	Metodologický rámec.....	108
	7.2.1 Typ výzkumného projektu.....	108
	7.2.2 Testové metody.....	108
	Rosenbergova škála sebehodnocení	108
	Sense of coherence	108
	Dotazník postojů ke smrti Death Attitude Profile – Revised	108
	NEO Pětifaktorový osobnostní inventář	109
	7.2.3 Průběh výzkumu.....	109
	7.2.4 Výzkumný soubor	109
	7.2.5 Práce s daty a jejich výsledky	110
7.3	Diskuse.....	114
7.4	Závěry	116
8	FÁZE 2 – test-retestová studie vybraných nekognitivních dimenzí II	117
8.1	Výzkumný problém.....	117
	8.1.1 Cíle studie	118
	8.1.2 Hypotézy.....	118
8.2	Metodologický rámec.....	119
	8.2.1 Typ výzkumného projektu.....	119
	8.2.2 Testové metody.....	119
	Existenciální škála (ESK).....	119
	Dotazník pěti aspektů všímavosti (DPAV)	120
	Rosenbergova škála sebehodnocení	120
	Symptom Checklist 90 (SCL-90).....	120
	8.2.3 Průběh výzkumu.....	121
	8.2.4 Výzkumný soubor	121
	8.2.5 Práce s daty a jejich výsledky	122

Vliv pohlaví a vzdělání	127
8.3 Diskuse.....	127
8.4 Závěry	129
DISKUSE A ZÁVĚRY	131
9 Diskuse získaných poznatků	132
10 Závěry práce	135
11 Souhrn	137
LITERATURA.....	140
PŘÍLOHY.....	146

ÚVOD

Když jsem se na počátku roku 2007¹ rozhodl pro pobyt ve tmě, tzv. „terapii tmou“, nevěděl jsem o ní nic víc, než bylo pár informací uvedených na jednoduchém letáčku v Dobré čajovně v Olomouci. Jednalo se o cenu čtyřistakorun českých za den, přičemž doporučenou dobu pobytu byl jeden týden. Místo pobytu bylo v Dobré u Frýdku-Místku.

Na letáku byla také pro mne zajímavá informace, že budu mít „průvodce – opatrovníka“ a zajištěnou vegetariánskou stravu. Přestože se jednalo o mé prvotní seznámení s takovouto netradiční možností sebepoznání, hned od počátku jsem tím byl velmi přitahován. Koncem září 2007 jsem tedy nastoupil a absolvoval svůj první týdenní pobyt ve tmě s minimem zevních a hojností vnitřních podnětů. Že to bude intenzivní a nevšední zkušenost, jsem tušil předem. Že tomu tak skutečně bylo, jsem nesčetněkrát prožil nejen v průběhu pobytu, ale také nečekaně i několikrát po navrácení se ke konvenčnímu způsobu života. To, že pro mne tento zážitek byl opravdu silný, svědčí i snaha věnovat se tomuto tématu z pohledu vědecké stránky, v podobě této práce.

Jedním z cílů práce je seznámení s tématem *Terapie tmou* a jeho obhajoba. V našich podmínkách stále není moc známé, natož uznávané, alespoň co se týče vědecké obce. Nicméně u nás i ve světě se stává módním hitem, jak si ukážeme v teoretické části. Když se nad tím více zamyslíme a položíme si otázku, že pokud tedy nacházíme jeho aplikace mimo akademickou půdu, není právě toto vhodná oblast pro výzkumné bádání a ověřování? Pokud totiž tato aplikace ve světle vědy neobstojí, nebude pak zásluhou právě vědy, že bude moct poukázat na pochybné snahy poskytovatelů těchto služeb a mrhání penězi a času jejich klientů? A pokud se ukáží slibné aplikační možnosti, nebude pak opět zásluhou vědy jejich zdokonalení, propagace a podpora? Věřím, že věda nejen bádá a objevuje na teoretických polích, ale své uplatnění má také v reflexi aktuálních trendů ve společnosti, což je právě příklad „naší české“ Terapie tmou.

¹ Můj rozhodovací proces vlastně trval několik měsíců od prosince 2006 do ledna-února 2007, a tou dobou jsem neznal nejen nikoho, kdo by takový pobyt podstoupil, ale ani jsem neznal nikoho, kdo by někoho takového znal nebo o terapii tmou vůbec slyšel. Byl to pro mě skutečný krok do neznáma.

TEORETICKÁ ČÁST

1 UVEDENÍ DO PROBLEMATIKY

Všeobecným předpokladem je, že přiměřená podnětová pestrost, novost a sociální interakce pomáhají zvyšovat aktivační hladinu organismu, akceschopnost, probouzí zájem, zlepšují mentální výkonnost a stabilizují normální duševní činnost. Je-li stimulace a proměnlivost vnějších podnětů omezena či snížena na minimum, mluvíme o tzv. senzorické deprivaci či percepční a sociální izolaci (Zubek, 1969).

V rámci vědeckého zkoumání tohoto tématu proběhla především v 50. a 60. letech 20. století řada výzkumů, jejichž cílem bylo sledovat chování a prožívání osob v experimentálním prostoru. Tento prostor záměrně omezoval přívod smyslových podnětů z vnějšího prostředí. Americký profesor Hebb (1949) byl zastáncem hypotézy, že stálý přívod smyslových podnětů z vnějšku je nezbytný pro udržení normální činnosti mozku, především pro jeho výkonnost.

Za účelem ověření tohoto předpokladu, bylo realizováno velké množství experimentů s pokusnými osobami. Experimentální prostředí, které vytvářelo prostor pro senzorickou deprivaci a sociální izolaci, bylo pro pokusné osoby v řadě případů značně dyskomfortní (Suedfeld, 1999). Za pokusné osoby byli bráni vysokoškolští studenti, kteří za denní odměnu 20 dolarů (pro připomenutí, jednalo se o 50. léta 20. století) byli ochotni trávit čas na pohodlném lůžku, v malé, částečně izolované kabině, rozměrů 240 x 120 x 180 cm, s vlastním osvětlením a opatřenou pozorovacím okénkem. Na očích měli krycí brýle z poloprůsvitného materiálu, propouštějící pouze difusní světlo, znemožňující však jakékoli další vidění. Po celý čas – s výjimkou období, kdy jedli nebo prováděli toaletu – měli na ruku tlusté bavlněné rukavice a ruce měli vloženy do kartonových válců, jakýchsi rukávnů, sahajících od loktů až ke konečkům prstů, umožňujících sice mírný pohyb v kloubech, omezujících však taktilní percepci. Hlavu měli zanořenou do podušky z pěnové gumy ve tvaru písmenu U, v níž byla umístěna i sluchátka interkomunikačního zařízení.

Z těchto sluchátek jim šel do uší stálý šelest zesilovače v nich. Navíc se v místnosti ozýval maskovací šelest termostaticky regulovaného klimatizačního zařízení či větráku a na druhé straně částečně zvukotěsná stěna kabiny. To vše způsobovalo značné omezení sluchových vjemů. Používání interkomunikačního zařízení, které jediné umožňovalo dorozumění mezi pokusnou osobou a experimentátory, bylo plánovitě omezeno na minimum (Zubek, 1969).

Pokusné osoby byly vyzvány, aby setrvaly v pokusu tak dlouho, jak to jen vydrží. Zpravidla se jednalo o 3 až 4 dny. V průběhu pokusu nebyla pokusným osobám poskytována žádná možnost orientace v čase. Po celé délce trvání pokusu byl vždy přítomen jeden z experimentátorů a pokusné osoby byly informovány, že se na něj mohou v případě potřeby kdykoli obrátit. Na požádání dostávaly jídlo a byly odváděny na toaletu. Při obojí činnosti jim byly ponechány na obličeji brýle. Tato přerušování vlastních podmínek pokusu nečinila v průběhu více než 2 až 3 hodiny za 24 hodin pokusu“ (Šváb & Gross, 1965, 1 -2).

Lze konstatovat, že takto vypadaly podmínky většiny studií, které se koncentrovaly na posouzení vlivu sensorické deprivace a sociální izolace na chování a prožívání člověka. Výsledky potvrdily výchozí předpoklady o nutnosti vnější stimulace pro udržení normální duševní činnosti a to zejména ve směru mentální výkonnosti. Podrobněji tuto problematiku rozvedeme dále v textu.

Je nutno si ovšem položit již otázku, do jaké míry kontext experimentů se sensorickou deprivací a sociální izolací indukuje u pokusných osob negativní změny v jejich chování a prožívání? Jak uvádí Suedfeld (1980) prostředí omezené zevní stimulace (sensorická omezení, sociální izolace) lze v určitých modifikacích, které jsou méně drastické, využít pro terapeutické a osobní růstové možnosti. A to především pro motivované jedince, kteří jsou na pobyt v prostředí omezené zevní stimulace předem připraveni a mají zaručeny základní podmínky osobní bezpečnosti.

Nyní se zaměříme na Techniku omezené zevní stimulace (v originále Restricted Environmental Stimulation Technique – REST), která vznikla jako další forma předchozí sensorické izolace, ovšem v mnohem příjemnějších a bezpečnějších podmínkách (Suedfeld, 1979).

Technika omezené zevní stimulace vznikla právě díky experimentům, jež vystavily pokusné osoby senzoričké deprivaci a sociální izolaci. Tyto pokusy mají v dějinách psychologie a psychiatrie své pevné místo především proto, že jejich výsledky je možno využít při péči o pacienty, kteří se v důsledku svého onemocnění dostávají do izolace sociální a jsou navíc nuceni setrvávat v prostředí značně stereotypním, což vede k patologickým indukčím v jejich chování a prožívání. Bohužel experimenty se senzoričkou deprivací mají z hlediska historického kontextu na sobě také cejch jisté zneužitelnosti. S odstupem času totiž vyvstalo podezření, že na jejich financování se podílely tajné služby, které dosažené výsledky hodlaly využít, či využívaly, při ovlivňování vyslychaných osob a také pro praxi bezdotykového mučení (Šulc, Dvořák & Morávek, 1971; Rosner, 2010).

V současnosti výzkumně spolupracujeme s Beskydským rehabilitačním centrem v Čeladné, které poskytuje od roku 2010 lidem nevšední zkušenost pod názvem terapie tmou. Jedná se o pobyt v absolutní tmě v jednoduše, avšak útulně zařízeném prostoru. Jedinec zde setrvává zcela sám. Zpravidla v takovém prostředí zůstává týden, ale možné jsou i delší pobyty. Pokud si to jedinec přeje, je ve tmě navštěvován terapeutem, (opatrovníkem), který s ním konzultuje to, co je pro klienta aktuálně důležité. Podle poskytovatelů terapie tmou má pobyt v takto upraveném prostředí terapeutický potenciál a taktéž potenciál pro osobnostní růst týkající se především sebepoznání (Urbiš, 2012).

Lukasová (2009) je toho názoru, že existují zvláštní místa a stavy, jež umožní zřetelněji zaslechnout hlas vlastního svědomí. Místa, která filtrují vnější rušivé podněty a obracejí pozornost do našeho nitra. Takovými léčivými místy a stavy jsou meditace, relaxace, ticho a samota. Sedět za jasné noci pod hvězdami nebo z vrcholu hory pozorovat východ slunce. To jsou zážitky, které odkrývají směr. Umělci, básníci i terapeuti vědí, že to jsou zážitky, které dokáží povzbudit mysl člověka. A právě terapeuti příležitostně, při konfliktech hodnot, při nejistotě v rozhodování, ambivalenci a hledání cesty, doporučují, aby člověk šel do pustiny, houpal se na mořských vlnách nebo se díval v noci na oblohu. Když se totiž zacloní nepodstatné, odkryje se podstatné (Fromm, 2001; Yalom, 2006, 2008).

Může samota, dočasná klauzura (zvolená dobrovolně) a redukce přemíry podnětů člověku nabídnout konfrontaci s tím, co je pro něj důležité a přesto někdy opomíjené? Může zvýšit jeho nepohodlí a tak poukázat na to, co je smysluplné? Technika (metoda)

omezené zevní stimulace (Restricted Environmental Stimulation Technique - REST) pracuje s cíleným navozením samoty a snížením vnější stimulace. Může takto modifikované prostředí navodit čerpání podnětů z vnitřních zdrojů? Toto jsou a byly naše výchozí předpoklady, které jsme se rozhodli prozkoumat.

1.1 *Senzorická deprivace*

Hebb (1949) ve svých experimentech používal nejprve souhrnné označení pro podmínky pokusu „snížená proměnlivost podnětů zevního prostředí“ (decreased variation in the sensory environment). V dalších výzkumech, jak uvádí Šváb s Grossem (1965), se můžeme setkat s pojmem „percepční (perceptuální) izolace“ (perceptual isolation). Velmi záhy se ovšem objevuje dnes tradiční označení „senzorická deprivace“ (sensory deprivation).

Zubek (1969) je toho názoru, že pojem sensorická deprivace slouží k označení řady experimentálních situací, které vedou k izolaci pokusné osoby od jejího přirozeného prostředí. Dochází tak k redukci, snížení, vyřazení nebo zjednotvárnění podnětů vizuálních, auditivních a taktilních.

Šváb a Gross (1965) techniky využívající „senzorickou deprivaci“ rozdělují do tří skupin:

1. **Snižování strukturace podnětů** (reduced patterning of stimuli): pokus probíhá ve tmě nebo častěji v rozptýleném osvětlení, kdy pokusná osoba má nasazeny brýle z polopropustného materiálu, kterými není vidět nic konkrétního, kromě homogenní světelné plochy.

2. **Snižování absolutní úrovně smyslových podnětů** (reduction of absolute levels of stimuli): jedná se o experimentální prostředí, které poprvé použil Lilly (1956) a Shurley (1960). Pokusná osoba má na sobě pouze dýchací masku, je ponořena do vody o tělesné teplotě, ve které se volně vznáší. Kromě redukce sluchových a zrakových podnětů dochází k výraznému snížení taktilní percepce.

3. **Vnucená strukturace podnětů** (imposed structuring of stimuli): pokusná osoba má omezenou možnost pohybu, je uzavřena do tzv. „železných plic“ (respirátor, který se používal k udržení dýchání u pacientů postižených poliomyelitidou). Železné plíce (tzv. cuirassové ventilátory) umožňovaly v minulosti ventilaci ochrnutých pacientů negativním pod tlakem. Posléze byly nahrazeny pneumatickými ventilátory, později již elektronicky a nyní mikroprocesorově řízenými přístroji. Pacient v „železných plících“ viděl pouze kus stropu nad sebou, slyšel stále jednotvárné hučení motoru respirátoru. Tato technika „senzorické deprivace“ vznikla na základě pozorování pacientů stížených

poliomyelitidou, kteří byli uzavřeni do respirátoru, u nichž se objevovaly alterované stavy vědomí, které připomínaly psychotickou ataku a které byly dávány do souvislosti s prostředím, ve kterém byli nuceni setrvat (Šváb & Gros, 1965).

Pro přehled nyní uvádíme původní anglické termíny, které mohou usnadnit orientaci v zahraniční literatuře při vyhledávání relevantních informací o tématu. V našem pojednání, které se bude týkat následně historického kontextu, se budeme držet termínu sensorická deprivace jednoduše z toho důvodu, že tento pojem je využíván nejčastěji. Podrobněji (Šváb & Gross, 1965, 15 – 16).

1. **sensory deprivation** – sensorická deprivace
2. **perceptual deprivation** – percepční deprivace
3. **social deprivation** – sociální deprivace
4. **stimulus deprivation** – podnětová deprivace
5. **sensory isolation** – sensorická izolace
6. **perceptual isolation** – percepční izolace
7. **social isolation** – sociální izolace
8. **stimulus isolation** – podnětová izolace
9. **sensory limitation** – sensorické omezení
10. **social limitation** – sociální omezení
11. **sensory reduction** – sensorická redukce (omezení)
12. **stimulus reduction** – podnětová redukce (omezení)
13. **environmental stimulus reduction** – omezení smyslových podnětů z prostředí
14. **decrease in sensory variability** – snížení sensorické variability
15. **restricted stimulation** – omezená stimulace
16. **controlled sensory input** – řízený přívod smyslových podnětů
17. **reduced sensory stimulation** – omezení sensorické stimulace
18. **reduced sensory input** – omezení smyslového vnímání

19. **sensory alteration** – sensorické změny
20. **ganzfeld** - dráždění homogenními podněty (zpravidla vizuálními)
21. **homogenous stimulation** – homogenní stimulace
22. **solitude** – izolování (samota)
23. **confinement** – uzavření, omezení
24. **isolation** – izolace
25. **invariant input** – ustálený, neměnný přívod smyslových podnětů

1.1.1 Historie a kontext výzkumu sensorické deprivace

Jednou ze zásadních postav výzkumu týkajícího se sensorické deprivace byl Kanadčan slovenského původu John Peter Zubek (Obrázek 1)². Ve své práci se soustředil především na to, jaký má sensorická deprivace vliv na chování a prožívání člověka. Zubek se narodil v roce 1925 v obci Trnovec v tehdejším Československu. Spolu s rodinou se odstěhoval do Kanady o pět let později.



Na Univerzitě Britské Kolumbie absolvoval studium psychologie. V příštích čtyřech letech pokračovala jeho dráha v akademickém světě. Na Univerzitě v Torontu získal magisterský titul ze sociální psychologie a na Univerzitě Johna Hopkinse dokončil doktorát v oboru fyziologie a psychologie. V roce 1950 byl jmenován odborným asistentem na McGillově Univerzitě. Ve svých prvních výzkumech se zaměřil na studium smyslových vjemů. Zajímal se především o to, které oblasti mozku jsou odpovědné za rozlišování jednotlivých smyslových modalit (Hebb, 1974; Suedfeld, 1980).

Na směřování jeho další práce měl zásadní vliv profesor Donald Hebb, vedoucí katedry psychologie McGillovy Univerzity. Právě on byl jedním z pozvaných na tajnou schůzku do hotelu Ritz-Carlton v Montrealu dne 1. 6. 1951. Předmětem jednání bylo téma nových výzkumů, které by směřovaly k výsledkům možného ovlivnění chování a prožívání

² Obrázek 1. John Peter Zubek. Zdroj: <http://www.winnipegfreepress.com/local/brits-used-universitys-expertise-in-1970s-55662097.html>

lidí. Jednalo se o zakázku nanejvýš poplatnou tehdejší době počínající tzv. „studené války“. Zpravodajské agentury západu naznačovaly, že Sověti a Číňané testují nové způsoby kontroly lidského chování a rovněž způsoby tzv. „brainwashingu“ při výslechové praxi. Schůzky se zúčastnili někteří představitelé tajných služeb, ministerstva obrany Kanady, USA, Velké Británie a řada dalších vědeckých odborníků. Jednou z možných cest výzkumu se jevila právě senzorická deprivace. Donald Hebb přislíbil, že výzkumy v této oblasti by se mohly zrealizovat právě na McGillově Univerzitě a Allan Memorial institutu v Montrealu (Šulc, Dvořák & Morávek, 1971; Rosner, 2010).

O tři měsíce později univerzita obdržela grantovou dotaci od ministerstva obrany. Započala tím série výzkumů především se studenty – dobrovolníky. Podrobněji o nich referuje např. Rathus (1999): pokusná osoba byla oblečená v pohodlném oděvu, obvykle se jednalo o jakousi variantu pyžama, navlékla si ještě ponožky a měkké rukavice, čímž se omezil přívod kožních podnětů. Pohyby končetin i kinestetické čítí se dále omezilo navlečením manžet přes velké klouby. Oči byly zakryty brýlemi, které propouštěly pouze minimum světla. Experimentální místnost byla vybavena pohodlným lůžkem a klimatizací. Reproductorem se do ní pouštěl šum o intenzitě 40 dB (v jiné variantě měla pokusná osoba na uších sluchátka). Experimentátor měl možnost pozorovat chování pokusné osoby přes jednostranně průhledné sklo. Zaznamenával vše, co dotyčný řekl a kolikrát se pokoušel o kontakt s experimentátorem.

Na počátku výzkumu většina dobrovolníků usnula, po probuzení si dotyční stěžovali na nudu a podráždění. Tyto nepříjemné pocity narůstaly. Dobrovolníci referovali o halucinacích, především vizuálních, a přeludech (Zubek, 1969). Bylo u nich možno pozorovat zvýšenou náchylnost k přesvědčování (sugestibilita), rovněž narušený byl kognitivní výkon, koncentrace, spánkový rytmus, někdy přetrvávaly pocity podráždění i po ukončení pokusu (Suedfeld, 1999).

Zprávy o neobvyklých experimentech se pochopitelně začaly dostávat k širší veřejnosti. Ministerstvo obrany dementovalo možná zneužití prohlášeními, která tvrdila, že se jedná o studie, jež mají zjistit, jak lidé reagují na monotónní a nudnou práci. Dále se tvrdilo, že výsledky mohou sloužit při praktickém řešení problémů polárníků, horolezců, kosmonautů, také pacientů trvale upoutaných na lůžko, využitelnost byla spatřována

rovněž pro pacienty umístěné v léčebné detenci či pro jedince ve výkonu trestu (Šváb & Gross, 1965).

Skutečné cíle řady výzkumů byly odhaleny až v roce 1956. Představitelé vlády byli nuceni v Kongresu Spojených států vysvětlit důvody k testování. Bez dílčích utajení se tento způsob práce ovšem neobešel. Oficiální konec mnoha projektů podobného zaměření se udál až v červenci 1977. Experimenty určené k ovládnutí mysli financované zpravodajskými službami, vládou, ministerstvem obrany se týkaly nejen sensorické deprivace, sensorického přetížení a sociální izolace, ale také hypnózy, LSD, elektrické stimulace mozku, atd. Podle tvrzení mnohých vědců, si nebyli vědomi toho, odkud přesně čerpají finance a kdo jejich práci sleduje a kdo využije dosažené výsledky (Lilly, 2000; Kaye, 2009; Rosner, 2010).

Pokud uvážíme finanční i technickou náročnost experimentů se sensorickou deprivací (speciálně vyškolený personál, stavební a prostorové úpravy, honoráře pro pokusné osoby, přístrojové a registrační vybavení), je sotva představitelné, že bylo v popředí zájmu pouze řešení akademické otázky významu zevní stimulace pro psychickou činnost člověka.

S odstupem času je zřejmé, že u montrealských pokusů šlo o součást rozsáhlé studie, jejímž cílem mělo být objasnění nečekaně četných případů zhroucení vojenské morálky u zajatých amerických vojáků v korejské válce, jichž se docílovalo zvláštní metodou psychologického násilí a ovlivňování („brainwashing“), manipulujícího i s faktorem izolace (Rosner, 2010).

Nutno ovšem dodat, že výzkumy sensorické deprivace probíhaly velmi intenzivně především v 60. letech 20. století a nelze tvrdit, že každá studie měla za cíl využít dosažené výsledky pouze pro vojenské účely. U většiny pokusů byl vliv sensorické deprivace zkoumán z hlediska adaptačního potenciálu člověka, který se může dostat do neobvyklých podmínek. Například psychiatrickému výzkumu přispěla tato metodika výzkumu při hledání analogie pro experimentální navození psychózy a také při hledání nových terapeutických postupů (Šváb & Gross, 1965).



Obrázek 2 a 3. Příklady výzkumných podmínek sensorické deprivace

Zdroj:<http://www.canadashistory.ca/Magazine/Online-Extension/Articles/Experiments-in-Isolation>

1.1.2 Počátky Zubkova samostatného výzkumu

V tomto kontextu se můžeme vrátit zpátky k Zubkovi. V roce 1953 se stal vedoucím Katedry psychologie na Manitobské Univerzitě.



Byl inspirován izolačními experimenty Donalda Hebba (Obrázek 4)³. Zajímala ho práce s lidskými subjekty a vliv sensorické deprivace na jejich chování a prožívání. Hebbovy výzkumy přestaly být finančně podporovány v roce 1954. A tak se Zubek rozhodl, že na Manitobské Univerzitě založí nové centrum výzkumu sensorické deprivace (Suedfeld, 1974). Tento záměr se mu podařil díky grantovým dotacím v roce 1959. Byla vytvořena futuristická, průsvitná kopule z plexiskla (Obrázek 5).

³ Obrázek 4. Donald Hebb. Zdroj: <http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fnsyn.2011.00004/full>



Obrázek 5. Prostředí pro sensorickou deprivaci i přetížení

Zdroj:<http://www.canadashistory.ca/Magazine/Online-Extension/Articles/Experiments-in-Isolation>

Uvnitř se nacházela zvukotěsná komora, která podle potřeby mohla vytvářet experimentální prostředí konstantní tmy a ticha (sensorická deprivace) nebo světla a hluku (sensorické přetížení). Místnost byla vybavena mikrofony a kamerovým systémem, bylo zde také zařízení nouzového signálu, které umožňovalo vyslat žádost o pomoc, pokud někdo propadl panice. Zubek sám byl první testovanou osobou. Do ticha a tmy se ponořil na deset dnů. Popsal, že prožíval halucinace, ztrátu motivace, intenzivní pocity euforie a neschopnost soustředit se na duševní činnosti (Kaye, 2009; Rosner, 2010).

Výzkum se posléze rozběhl v plné šíři a to především díky zájmu studentů. Řada dobrovolníků se přihlásila na výzvu, která nabízela 20 dolarů denně, plus veškeré jídlo. Všichni dobrovolníci byli zavázáni povinnou mlčenlivostí. I přes to, že finanční odměna byla na tehdejší dobu pro univerzitního studenta značná, řada pokusných osob končila s experimentem sensorické deprivace již třetí den a někteří i dříve (Zubek, 1969).

Zubek a jeho tým se často setkával s kritikou a varováním, že sensorická deprivace a sociální izolace indukuje psychotickou reakci a vážně ohrožuje duševní zdraví, což může vést k nenávratnému poškození (Lytton, 1961; Schein & Baldwin, 1958). V rámci

experimentů, které Zubek prováděl, ovšem nebyl ani jeden zdokumentovaný případ nežádoucí reakce výše popsaného druhu, který by po přerušení experimentu sensorické deprivace samovolně neodezněl (Zubek, 1969; Kaye, 2009; Rosner, 2010). Podobný závěr konstatuje také Lilly (1977, 2000), který se rovněž výzkumu sensorické deprivace věnoval.

Některé studie mimoto poukazují na možný vliv pozitivní a to především u motivovaných jedinců na základě jejich očekávání. V jistých případech sensorická deprivace vedla dokonce ke zlepšení mentálních schopností (např. paměti). Pokusné osoby navíc neprožívaly průběh experimentu jako strádání, ale jako zajímavý a obohacující zážitek (Granqvist & Larsson, 2006; Suedfeld, 1974; Šváb & Gross, 1965).

1.1.3 První výsledky

Zubek (1969) a jeho kolegové začali publikovat výsledky první série výzkumů na počátku roku 1960.

Zjistili především toto:

1.) Identifikace nejrůznějších deficitů

Identifikovali především kognitivní a percepčně-motorické deficity u dobrovolníků.

2.) Změna EEG

Rovněž si povšimli, že lidé, kteří byli v izolačním zařízení po dobu čtrnácti dnů, vykazovali abnormální EEG záznam ještě dalších deset dní po návratu k normálnímu způsobu života. Jednalo se o zpomalení alfy-aktivity a zvýšený výskyt delta vln.

3.) Halucinatorní zážitky

Pokusné osoby rovněž popisovaly nejrůznější příklady halucinatorních zážitků a bdělých snů. Nejprve se zdálo, že jde o popis představ smyslového charakteru a to převážně z oblasti vizuální, které si pokusná osoba sama navodila. Později se však tyto představy začaly vyskytovat nezávisle na vůli dotyčného jedince. Úroveň strukturovanosti a komplexnosti popisovaných vizuálních jevů byla rozmanitá – od elementárních (světelné záblesky, mlhoviny), přes vize teček či geometrických obrazců a ornamentálních struktur, až ke složitějším obrazům krajiny či komplexním interpersonálním a dějovým scénám (lidé, zvířata, bájní tvorové). Méně často byly přítomny auditivní jevy jako hudba či dialog. Rovněž se stávalo, že vizuální představy korespondovaly s auditivním doprovodem. To se

například projevovalo vizemi lidí, kteří spolu hovoří. Vzácněji byly uváděny jevy taktilní (Zubek, 1969).

4.) Různorodost prožívání výzkumu

Pokusné osoby často hovořily o stavech výrazné úzkosti, obavách ale i prosté nudě či euforii, klidu a vyrovnanosti. Typické byly projevy psychického a fyzického neklidu, mírná nevolnost a bolesti hlavy. Docházelo ke snížení mentální výkonnosti, objevovaly se problémy se soustředěním (Suedfeld, 1980).

5.) Změna vizuální percepce

U některých pokusných osob byly identifikovány poruchy vizuální percepce. Jednalo se o potíže se zaostřováním zraku, lidé měli dojem plochosti předmětů a mátlí je jejich neostré kontury, což vedlo k zhoršené koordinaci pohybů a vratkosti chůze. Někteří dobrovolníci ovšem hovořili také o dojmu zvýšené sytosti barev, ostrém a jasném vidění (Šváb & Gross, 1965).

6.) Zhoršené prožívání výzkumu pokud chyběl sociální kontakt

Zubek se svým týmem rovněž zjistil, že negativní důsledky zmírňuje podpora ze strany experimentátora, pozitivní očekávání ze strany pokusných osob a možnost fyzického cvičení v průběhu experimentu (Goka, 2004; Zubek, 1969; Machač, Macháčová & Hoskovec, 1985; Yuksel et al., 2004).

Významným činitelem pro zmírňování negativních důsledků sensorické deprivace a sociální izolace tedy byla možnost kontaktu s druhou osobou a to především s vedoucím pokusu. Vysvětlením pro to je, že u izolovaného člověka, bez dalšího kontaktu s druhým člověkem, stoupá duševní napětí a množí se nepříjemné subjektivní zážitky. Jestliže experimentátor zůstane v kontaktu s pokusnou osobou a setkává se s ní v pravidelných intervalech, povzbuzuje ji a snaží se v ní upevnit pocit bezpečí, mohou být projevy smyslové deprivace, jako jsou například halucinace, vize a emocionální stavy, prožívány jako vzrušující, příjemné či obohacující (Zubek, 1969; Suedfeld, 1980; Kaye, 2009).

Plháková (2003) k těmto závěrům dodává, že právě pobyt v jednotvárném prostředí u člověka aktivuje čerpání stimulů z vnitřních zdrojů. Podobně je tomu i u meditace, jejíž rozmanité formy jsou ve většině případů prováděny v jednoduchém

prostředí, což podporuje koncentraci na probíhající mentální stavy jedince (Cungi & Limousin, 2005).

Plháková (2003) rovněž uvádí, že lidé s vysokou potřebou vyhledávání nových a neobvyklých zážitků, se ochotně zúčastňují meditačních cvičení a právě i pokusů se sensorickou deprivací, při nichž je vnější stimulace velmi stereotypní. Tato potřeba se dá měřit některými dotazníky a je v současnosti respektována jako jedna ze základních dimenzí osobnosti (Blatný, 2010).

O jedincích s velkou potřebou otevřenosti vůči zkušenosti se obvykle hovoří jako o lidech, kteří aktivně vyhledávají nové a nevšední zážitky, mají toleranci k neznámému a rádi je objevují (Plháková, 2003).

Je také zajímavé, že lidé vyhledávající nové a nevšední zážitky (tzv. sensation-seeking) jsou také osloveni zkušeností s dlouhodobou absencí zevních podnětů. Právě u těchto osob, s vysokým potenciálem k vyhledávání nových zkušeností, lze očekávat, že sensorická deprivace a sociální izolace může být prožívána v pozitivní konotaci (Zuckerman & Persky, 1968).

1.1.4 Politický kontext Zubkovy práce

Zubkova motivace k další práci byla jasná. Chtěl prodloužit pobyt v izolaci a rovněž navrhoval, aby se přešlo k razantnějším procedurám, které by pokusné osoby vystavily nejen sensorické a sociální izolaci, ale rovněž výraznému znehybnění v boxech speciálně k tomu určených (imobilizační boxy). Pokusná osoba měla ležet v bedně s pažemi omotanými izolačními tubusy, ty byly navíc připevněny k bokům, nohy připoutané k lůžku, hlava byla fixována ze tří stran speciálním zařízením, které zabraňovalo pohledu do strany a rovněž bránilo pohybu. Takto imobilizovaný člověk mohl vstát pouze k jídlu a toaletě (Kaye, 2009; Rosner, 2010; Zubek, 1969).

Z tohoto výzkumného designu bylo na rozpacích vedení univerzity a sám Zubek chápal, že se pouští do značného rizika. Zubkovi nadřízení se obávali možných žalob či mediálních skandálů. Rovněž z etického hlediska se podobné experimenty na studentech jevily jako nežádoucí (Kaye, 2009).

Dr. George C. Sisler, přednosta univerzitního oddělení psychiatrie, vyjádřil vážnější obavy ohledně imobilizace ve spojení s izolací a sensorickou deprivací. Týkaly se již výše popsané uměle navozené psychotické reakce – halucinace, bludy, dezorientace. Především u disponovaných jedinců bylo možno tuto psychickou dekompenzaci očekávat. Sisler navrhnul, aby se pokusnými osobami stali příslušníci ozbrojených sil. Zubek začal hledat dobrovolníky, kteří by byli schopni vydržet tuto imobilizaci po dobu 24 hodin. Výsledky nakonec ukázaly, že jen málo kdo byl schopen zůstat v izolačním boxu po dobu alespoň 12 hodin (Rosner, 2010).

V tomto stádiu výzkumu se začaly u Zubkových kolegů objevovat pochybnosti o praktickém využití výsledků. Zubek argumentoval, že získané údaje lze využít například v kosmonautice při plánování meziplanetárních letů. Dále k udržení koncentrace operátorů u radarových obrazovek a u pacientů po úrazu páteře. Praktické využití bylo možno objevit při péči o jedince, kteří absolvovali vážnější chirurgický zákrok očí nebo pro pochopení psychických alterací u lidí s vážným smyslovým postižením (Zubek, 1969).

Legitimita studií byla ovšem vážně zpochybněna, když se o ně opět začaly zajímat vládní agentury. Zubek byl pozván na několik návštěv do USA. Styčnou osobou byl Thomas Myers, vedoucí Armádního výzkumného střediska v Kalifornii, který poukazoval Zubkovi

na značnou spřízněnost podobného výzkumu, který realizovala americká armáda. Zůstává otázkou, zda Zubek ve svém výzkumném snažení měl nějaké postranní úmysly, které by vycházely z vládních zakázek ohledně výslechové praxe či ovlivňování chování, jak bylo později naznačováno. Faktem je, že Národní ústav pro duševní zdraví USA mu v roce 1964 poskytl finanční dotaci v hodnotě 90 000 dolarů, což umožnilo pokračovat v izolačních experimentech po další tři roky (Rosner, 2010).

Výsledky většiny experimentů sensorické deprivace a sociální izolace byly publikovány. Do jaké míry byly zneužity vládními agenturami, je spekulativní. Nicméně když se o mnoho let později mohla širší veřejnost seznámit s výslechovými příručkami CIA, bylo zřejmé, že v praxi výslechu a věznění bylo využito mnohé z poznatků o vlivu sensorické deprivace. Ve stručnosti lze říci, že extrémní formy sensorické deprivace, které realizoval Zubek, umožňují za speciálních okolností ovládnout mysl člověka a radikálně proměnit jeho chování pro aktuální potřeby vězňů (Kaye, 2009).

1.1.5 Zneužití sensorické deprivace ve výslechové praxi

V roce 1969 byl Zubek na vrcholu své kariéry. Spolu s několika dalšími kolegy (Peter Suedfeld, Michael Rossi, Marvin Zuckerman aj.) vydává knihu *Sensorická deprivace: patnáct let výzkumu* (Zubek, 1969). Ovšem zásadní obrat nastal v situaci, kdy se ukázalo, že převážná většina velkých výzkumů chování a prožívání člověka v Kanadě je přímo či nepřímo financována vládou spojených států skrze CIA. Skandál se rozpoutal ani ne tak na veřejnosti, jako spíše uvnitř agentury samotné. Na základě vyšetřování několika incidentů, které se udály v souvislosti s výzkumem, bylo zjištěno, že se pokusným osobám podávalo LSD, došlo k pozastavení toku finančních prostředků. Tyto incidenty se dotkly i Zubkovy práce (Suedfeld, 1980).

Zubek musel navíc čelit tlaku vědecké rady univerzity v tom smyslu, že jeho práce již nečiní žádný další pokrok a její přínos je tudíž sporný. Nakonec se mu však podařilo získat prodloužení dotací do roku 1974, ale další vyhlídky byly spíše pesimistické (Kaye, 2009; Rosner, 2010).

Zásadní problém pro Zubka znamenalo datum 9. 8. 1971. Velká Británie schválila zákon umožňující internaci bez soudu v Severním Irsku. Toho dne policie zatkla 342 lidí. Dvanáct z nich bylo převezeno do speciálního střediska, kde byli vystaveni metodám

hloubkového výsledku. Některé použité metody mohly být odvozeny z výzkumů o vlivu sensorické deprivace (Shallice, 1972).

Podezření na mučení vedlo k dalšímu podrobnému vyšetřování. Výsledek je znám jako tzv. Parkrova zpráva z roku 1972. Výbor k tomu určený konstatoval, že podobné praktiky výsledku byly použity i při jiných událostech, například v Palestině, Malajsii, Keni. Ve zprávě se píše, že techniky výsledku využívající sensorickou deprivaci a izolaci jsou eticky nepřipustné. Bylo zde rovněž nepřímo zacíleno na Zubkovu práci. Autoři zprávy upozorňovali, že velké množství výzkumů ohledně využití a důsledků sensorické deprivace bylo realizováno právě v Kanadě (Kaye, 2009; Shallice, 1972; Rosner, 2010; Suedfeld, 1980).

V tomto okamžiku se začínají o Zubkovu práci zajímat intenzivně média. Zubek vydal prohlášení, ve kterém svou odpovědnost odmítá tvrzením, že výsledky jeho výzkumu jsou využitelné v mnoha ohledech. Svou práci obhajoval jejím praktickým přínosem pro kosmonautiku, život v polárních oblastech a přežívání lidí při závalech, v protiatomových krytech, ponorkách a věznicích. Nevyvracel, že zneužitelnost je možná, ovšem odpovědnost si v tomto ohledu nepřipouštěl. Byl si vědom, že za určitých okolností je možno využití sensorické deprivace ve výsledkové praxi přípustné. Dle jeho názoru se jedná především o situace válečného konfliktu, kdy získání určitých informací může být životně důležité. Legitimitu použitých technik v případě incidentu v Irsku odmítl velmi razantně (Rosner, 2010).

Přímo na Manitobské univerzitě, kde Zubek pracoval a realizoval výzkum, proběhlo několik studentských demonstrací, které odsoudily možnou účast akademiků na výzkumu, jehož výsledky by mohly být využity pro ovládnutí mysli při výsledkové praxi. Zubek se odmítal podobných akcí účastnit. Několikrát byl pozván, ale účast vždy odmítl. Což vedlo ve studentských i akademických kruzích k jeho kritice. Řada kolegů z výzkumu se ovšem Zubka opakovaně zastávala a jeho práci obhajovala (Kaye, 2009; Rosner, 2010). Například Suedfeld (1974) intenzivně vnímal, jak podobná kampaň Zubka vyčerpává a jak je na ni citlivý. A to především z toho důvodu, že kdykoliv se v médiích objevily zprávy o Ulsteru, byl kontaktován a žádán o komentář. Pro revoltující mládež se tak stává snadno dostupným terčem.

Zubek byl vystaven intenzivní kritice a jeho zdraví tím trpělo. Navíc byl frustrován potencionální ztrátou finančních prostředků na výzkum. Množily se rovněž jeho konflikty s kolegy. Zubek byl ve velmi špatném stavu, bral antidepresiva, byl dezorientován v čase, trpěl paranoidní představou, že jeho telefon je odposloucháván. V dubnu 1974 mu byla zamítnuta žádost o finanční podporu dalšího výzkumu a 27. dubna 1974 odstoupil z představenstva Kanadské psychologické asociace. Jako důvod uvedl špatný zdravotní stav (Rosner, 2010).

Lékař mu doporučil, aby si vzal na několik měsíců zdravotní dovolenou. Na živu byl spatřen naposledy 17. srpna 1974. Druhý den ráno bylo jeho tělo objeveno v řece Red river. Soudní lékař konstatoval, že smrt nastala v důsledku utonutí. Cizí zavinění policie vyloučila. S velkou pravděpodobností se jednalo o sebevraždu či nešťastnou náhodu. Profesor Zubek zemřel ve věku 49 let (Rosner, 2010).

Otázkou pochopitelně zůstává, kolik toho Zubek věděl ohledně finanční podpory, kterou získával. Jednoduše řečeno, kdo jeho práci podporoval, kontroloval a mohl tak využívat a modifikovat získané výsledky. Pokud se zamyslíme nad designem prováděných studií v závěru výzkumu, nabízí se otázka, k čemu by výsledky byly využitelné? Nutno ovšem říci, že neexistuje jediný důkaz přímého spojení Zubka a CIA. Ovšem Zubek věděl, že část finanční podpory čerpá z fondu, který byl přidružen k Ministerstvu obrany, jež může sdílet všechny informace se zpravodajskými agenturami. Nutno ovšem dodat, že Zubek a jeho kolegové publikovali, tudíž informace byly dostupné volně. Otázkou je, zda volně dostupné informace z výzkumu obsahovaly všechny údaje a postřehy badatelů (Kaye, 2009).

Když vypukla aféra Ulster, Zubek poukazoval na skutečnost, že prováděl základní výzkum. To si ovšem odporuje s filozofií fondu Ministerstva obrany, jehož cílem bylo podporovat výzkum aplikovaný. Zubek byl rovněž ve stálém kontaktu s Donaldem Hebbem, který výzkum sensorické deprivace nastartoval právě na základě oslovení zpravodajskými agenturami v roce 1951. Nicméně většina zainteresovaných osob v psychologickém výzkumu tvrdí, že Zubkova práce je v souladu s etickými standardy. Americká psychologická asociace vydala prohlášení, ve kterém jasně zaznělo, že metody výslechu použité v Ulsteru se zásadně odlišovaly od výzkumu sensorické deprivace. Navíc v historii mučení a výslechu mají podobné praktiky již dlouhou historii (Rosner, 2010).

Nicméně techniky výslechu založené na využití některých aspektů sensorické deprivace se ukázaly jako velmi účinné při získávání důležitých informací. Jsou jasně doložitelné v podobě výslechových příruček, které používala CIA v letech 1963, 1983 a 2003. Pokud se ovšem o jejich použití objeví zprávy na veřejnosti, ohlas je negativní. To se ukázalo nejen v 70. letech 20. století, ale i nyní v souvislosti s válkou v Afganistanu, Iráku a globální válce proti terorismu v souvislosti s únikem informací ohledně podmínek ve věznici Guantánamo a Abú Ghrajb v Iráku.

Opatření, jako omezení vizuální a auditivní stimulace, izolace či naopak vizuální a auditivní přetížení formou „bílého šumu“ (speciální brýle, které propouští pouze světlo, a neustálý zvukový šum o hodnotě minimálně 40 dB) a pobyt ve stísněném prostoru, mohou být navrženy a používány tak, aby maximalizovali pocit zranitelnosti a bezmoci a odstranily vůli vzdorovat, což umožní získání důležitých informací při výslechu. Jedná se o tzv. „nedotykové mučení“, které nezanechává žádné viditelné rány, ale způsobuje výše popsané změny v chování a prožívání (Kaye, 2009; Rosner, 2010).

1.1.6 Výzkumná centra zabývající se sensorickou deprivací

Pochopitelně zmiňovaná práce Zubka a Hebba a nebyla ojedinělou. Zubkův přínos k této problematice je podrobněji zmiňován z toho důvodu, že je považován za zásadní postavu výzkumu na tomto poli. Abychom si nemysleli, že se jednalo o ojedinělou záležitost několika výzkumných pracovišť, jsou pro úplnost uvedena některá další pracoviště, kde byl taktéž realizován podobný přístup k experimentální sensorické deprivaci. Suedfeld (in Zubek, 1969) uvádí následující přehled:

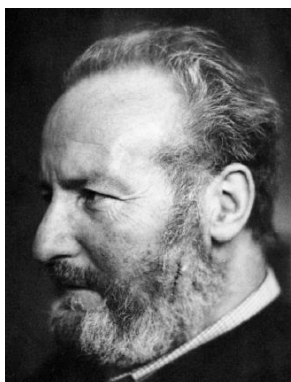
1. **Princeton University:** Jack Vernon, jeho tým zkoumal vliv sensorické deprivace na motoriku, postoje, vnímání a kognici.
2. **National Institute of Mental Health** (Bethesda, Maryland): John Lilly vytvořil a posléze modifikoval prostředí sensorické deprivace vázané na vodní prostředí. Přínos Lillyho bude podrobněji diskutován dále.
3. **Boston City Hospital and Harvard Medical School:** Philip Solomon, jeho tým zkoumal především chování a prožívání pokusných osob po opuštění prostředí sensorické deprivace.

4. **Duke University** (Durham, Severní Karolína): Cohen, Silverman a Bressler. Výzkum byl zaměřen na fyziologické efekty sensorické deprivace v souvislosti se stresovou reakcí, individuální rozdílnosti v reakcích na sensorickou deprivaci.
5. **Human Resources Research Office** (Monterey, Kalifornie): Thomas Myers. Výzkum financovaný armádou. Eminentní zájem směřoval k ovlivnění chování a prožívání, zkoumání poruch vnímání, změn v motivaci a postojích.
6. **University of Michigan**: John Pollard. Zkoumal podobnosti a rozdíly mezi efekty sensorické deprivace a užitím psychoaktivních látek. Dále ho zajímal vliv očekávání na prožívání člověka vystaveného sensorické deprivaci.
7. **New York University**: Robert Holt a Leo Goldberger. Zajímali se především o vliv osobnostních charakteristik z hlediska prožívání a chování v prostředí sensorické deprivace.
8. **Albert Einstein Medical Center** (Philadelphia): Marvin Zuckerman. Je znám především jako autor Sensation seeking scale. Při výzkumu sensorické deprivace, spolupracoval rovněž se Zubkem. Pozornost věnoval především změnám vnímání v souvislosti s izolací, sensorickou deprivací a krátkodobým fyzickým omezením.
9. **Allan Memorial Hospital** (Montreal): Hassan Azima, jeho žena Fern Azima a Paul Vispo. Jako první upozornili na možné terapeutické využití sensorické deprivace. Zkoumali možnosti Anaklitické terapie. Ta vychází z rozvoje vztahu mezi pacientem a terapeutem na základě modelu ranného vztahu mezi matkou a dítětem (Raz, 2010).
10. **Richmond Virginia Hospital**: Adams, Carrera, Cooper, Gibby, Robertson a Tobey. Zkoumali vliv sensorické deprivace na psychiatrických pacientech z hlediska změny sebeobrazu.
11. **Los Angeles**, Kalifornie: Eugene Ziskind, psychiatr s privátní praxí. Zajímal se o indukované halucinace a iluze, které mohou vznikat v situaci sensorické deprivace. Jeho zájem se týkal péče o pacienty, kteří absolvovali nějaký závažnější chirurgický zákrok očí.
12. **University of Pittsburgh**: Austin Jones. Zkoumal se svými spolupracovníky rozdíly v reakcích na sensorickou deprivaci u zdravých a psychiatricky vedených jedinců. Dále také demonstroval, že situace sensorické deprivace zvyšuje potřebu po informačních podnětech mnohem více než jakýkoliv jiný postup.

13. **Oklahoma City Hospital:** Jay Surley. Podobně jako Lilly využíval sensorickou deprivaci v podmínkách vodního prostředí. Porovnával efekt tohoto postupu s jinými variantami sensorického omezení.
14. **Case Western Reserve University** (Cleveland, Ohio): C. W. Jakson. Podobně jako Ziskind se zajímal o možné využití výsledků výzkumu sensorické deprivace u pacientů, kteří se zotavují po očních operacích.
15. **Rutgers – The State University** (New Brunswick, New Jersey): Peter Suedfeld. Zájem o kognitivní efekty sensorické deprivace, jejího vlivu na změnu přesvědčení v souvislosti s osobnostními charakteristikami a sourozeneckým pořadím.

1.1.7 Tuzemské výzkumy

K významným osobnostem zabývajících se výzkumy sensorické deprivace u nás, patří především Jan Gross (Obrázek 6).⁴



Ten byl významným představitelem české a slovenské psychiatrické obce, ale nepatřil jen k osobnostem lokálního, ale i evropského formátu. Gross se narodil v roce 1928 v Bratislavě. Ve svých šestnácti letech byl uvězněn v koncentračním táboře kvůli svému židovskému původu. V roce 1960 se začal věnovat spolu s dalším psychiatrem Ludvíkem Švábem výzkumu sociální a sensorické deprivace ve **Výzkumném ústavu psychiatrickém Praha – Bohnice** (dnes Psychiatrické centrum Praha). O sedm let později díky němu vznikla laboratoř pro výzkum sensorické deprivace na Psychiatrické klinice v německém Hamburku, kam v roce 1968 kvůli příchodu ruské armády do Československa Gross rodina emigroval. Na tomto pracovišti v letech 1970 - 1993 působil v čele fakultní psychiatrické kliniky (Hosák, 2007).

Grosse a Švába zajímali psychické fenomény objevující se prostřednictvím sensorické deprivace a věnovali pozornost i využití sensorické deprivace v anaklitické terapii (Kupka et al., 2011). Gross a Šváb se zúčastnili několika zahraničních konferencí, kde prezentovali několik příspěvků z této problematiky (Zubek, 1969).

⁴ Obrázek 6. Jan Gross. Zdroj: http://www.cspsychiatr.cz/download/CSP_2007_5_262_263.pdf

Dalším tuzemským pracovištěm, kde se vědci zabývali výzkumem sensorické deprivace, byl **Ústav normálnej a patologickej fyziologie SAV – Bratislava nebo Fyziologický ústav ČSAV a Psychologický ústav UK**. Zde se odehrávaly experimenty na zvířatech, především na krysách s minimálním přesahem k potřebám člověka (Hoskovec, 1961; Svorad, Hoskovec & Šáchová, 1961; Svorad, Svorad & Pogády, 1966).

1.1.8 Psychopatologizující konotace výzkumu

Pokud se zamyslíme nad výše prezentovanými údaji, může nás napadnout dvojí.

Především se ukazuje, že v povědomí odborné i laické veřejnosti jsou výzkumy sensorické deprivace a sociální izolace spojeny s něčím neblahým. Většinou se jedná o spojení s možnou psychopatologickou indukcí, jako jsou halucinace, přeludy, ztráta motivace, dezorientace, snížená mentální výkonnost, narušené soustředění, atd. (Suedfeld, 1980).

Tím druhým aspektem je historický kontext období studené války a nejasné financování některých experimentů ze strany zpravodajských služeb či armády a následné zneužívání dosažených výsledků. Druhý aspekt má ve své podstatě rovněž negativní konotaci (Suedfeld, 1999).

Jak jsme již uvedli, rozhodně nelze podezírat všechny zainteresované vědce na přímé spolupráci s armádou či zpravodajskou službou. Určitým handicapem řady studií je dle našeho názoru jistý apriorní předpoklad, že stálý přívod podnětů z vnějšího prostředí je nutný pro normální duševní činnost člověka a jeho stabilitu v sociálním prostředí. Bezesporu tento názor akceptujeme u dětí a dospívajících. U dospělých jedinců, kteří se podrobí experimentu se sensorickou deprivací a sociální izolací, může hrát zásadní roli uspořádání experimentálního prostředí, které výše popsané neblahé fenomény indukuje. To znamená minimální kontakt s experimentátorem, nejasné instrukce o délce pobytu, intenzivní omezení pohybu, ztráta časové orientace, ztráta smysluplnosti kontextu, finanční odměna, atd. Takto uspořádaný design výzkumu je jistě legitimní, pokud se rozhodneme zkoumat člověka, který se dostane do extrémní životní situace, ovšem s běžnými podmínkami života má společných styčných bodů minimum.

V tomto smyslu měly, a mají, experimenty o vlivu sensorické deprivace na prožívání a chování člověka své opodstatnění a nepopiratelný explanační potenciál při studiu řady fenoménů. Těmi mohou být například:

- pobyt v kosmu a divočině (např. polární oblasti),
- práce ve stísněném prostředí, která vyžaduje udržení pozornosti při působení stereotypních podnětů,
- detence se záměrem léčby a detence jako odnětí svobody,
- lidé se smyslovým postižením (ztráta zraku, sluchu, kombinovaná postižení, atd.),
- lidé se somatickým postižením, kteří jsou v jeho důsledku trvale upoutáni na lůžko.

Podstatnou úvahou pro další text bude zamyšlení podpořené výzkumnými závěry, do jaké míry lze sensorickou deprivaci a sociální izolaci využít terapeuticky a pochopitelně s jakými riziky. Máme zde na mysli situace, kdy člověk je dobrovolně a po srozumitelné instruktáži uveden do prostředí s omezenou vnější stimulací – tma, ticho a samota. Ví, co jej čeká a ví, jakou zkušenost se rozhodl podstoupit. Není mu bráněno v pohybu, má kontakt s vnějším světem prostřednictvím osoby, která s ním komunikuje, případně s ním sdílí zážitky o jeho momentálním prožívání, je částečně zachována časová orientace a jedinec může pobyt v daném prostředí kdykoli přerušit. A především! Vstupuje do tohoto prostředí s jistým cílem, který má terapeutický akcent.

1.2 REST – Restricted Environmental Stimulation

V 70. letech 20. století se výzkum sensorické deprivace a sociální izolace v původní podobě studií Hebba a Zubka zastavuje. Laboratoř, kterou Zubek vytvořil, již nikdy poté nebyla uvedena do funkčního stavu (Rosner, 2010). Pozdější a současná renesance v této oblasti bádání vytvořila techniku s názvem Restricted Environmental Stimulation technique (therapy) – uváděnou často pod zkratkou REST, kterou zavedl jeden z nejvýznamnějších badatelů této techniky Peter Suedfeld z Univerzity Britské Kolumbie (Obrázek 7)⁵. Ten na tomto poli bádá především v 70. a 80. letech a napsal na toto téma mnoho publikací.



V tomto textu také používáme český ekvivalent techniky Restricted Environmental Stimulation, který zní Technika (metoda) omezené zevní stimulace (Kupka, et al., 2012). O této technice dostupná data naznačují, že má terapeutický a osobní růstový (sebezkušenostní) potenciál. (Suedfeld, 1974, 1980, 1983; Norlander, Kjellgren & Archer, 2003).

Technika omezené zevní stimulace (dále REST) má při své realizaci tři základní podoby, které se v současném použití redukují na dvě hlavní metody, se kterými experimentoval Zubek (1969), Lilly (1956, 1977, 2000) a posléze především Suedfeld (1974, 1980, 1983, 1989, 1999). Na základě jeho popisu (1980) si stručně nastíníme tři základní podoby techniky REST, o kterých bude šíře pojednáno dále v textu:

1. CHAMBER REST

člověk přebývá v malé místnosti, která je zařízena útulně a velmi jednoduše. K dispozici je postel, křeslo, někdy také nářadí sloužící ke cvičení (např. stroj na procvičování chůze, karimatka). Dotyčný se nachází v prostředí snížené stimulace (tma, ticho, samota). Jídlo a pití jsou člověku poskytovány dle jeho potřeb. V místnosti je rovněž sociální zařízení. Jedinec zůstává v tomto prostoru zpravidla 24 h či déle a je navštěvován

⁵ Obrázek 7. Peter Suedfeld.

Zdroj: http://en.wikipedia.org/wiki/File:Peter_Suedfeld,_Faculty_Photo,_UBC,_2000.png

terapeutem. Suedfeld (1980) uvádí, že méně než 10 % jedinců přeruší pobyt na základě nepříjemného prožívání před uplynutím základní doby 24 h.

2. FLOATATION REST

je realizována položením se do nádrže s roztokem magnesia sulfátu, který má tělesnou teplotu. Tento roztok je velmi nasycený, což umožňuje, aby člověk mohl ležet bez obav na zádech a byl nadnášen. Tato nádrž, jinak nazývaná tank, je během procedury uzavřena víkem, což vytváří prostředí totálního zatemnění. V tomto prostoru setrvá jedinec obvykle 30 až 150 minut.

3. IMMERSION REST

jedná se o pobyt ve vodní nádrži, stejně jako v případě flotation REST, jen s tím rozdílem, že člověk je kompletně ponořen ve vodě a dýchá prostřednictvím masky, skrz kterou je zásobován kyslíkem. S touto technikou se pracovalo především experimentálně a z hlediska terapeutického působení se dnes již nevyužívá.

Dnes existují různé modifikace varianty Chamber REST, pro které jsou používány alternativní názvy jako například: Dark therapy (Phelps, 2008) nebo Dunkeltherapie (Kalweit, 2006). V tuzemské literatuře se objevil název Léčba tmou (Brodská, 2008; Krumlová & Hrdličková, 2009), ale častěji se můžeme setkat s označením Terapie tmou (Urbiš, 2012).

Dostupná data naznačují, že v této podobě má sensorická deprivace a sociální izolace (omezená zevní stimulace) možný terapeutický či sebezkušenostní – osobní růstový potenciál (Suedfeld, 1980). Může tedy příznivě působit na zdraví člověka, které chápeme v celé jeho šíři současného uchopení skrze bio-psycho-sociálně-spirituální dimenze (Biderman, Yeheskel & Herman, 2006; Engel, 1977; Granqvist & Larsson, 2006; Kebza, 2005).

Výzkum metody REST probíhá především v USA, Kanadě, Novém Zélandu, Švédsku a České republice. Ukazuje se, že se není potřeba výrazněji obávat možného psychického

poškození a to ani v případech, kdy osoby v takovéto izolaci (experimentální) setrvali mnoho hodin či dní (Urbiš, 2012).

Ve skutečnosti pobyt v takovémto prostředí snížené stimulace může být zdraví prospěšný z hlediska odpočinku od dlouhodobé životní zátěže, může pomáhat při odvykání kouření, zvládnání stresu, snižování hmotnosti, léčbě hypertenze, ulevuje od chronických bolestí a podporuje kreativitu (Bood, Kjellgren & Norlander, 2009; Granqvist & Larsson, 2006; Suedfeld, 1980, 1983, 1999).

1.2.1 Immersion REST

Vývoj immersion REST byl spjat s americkým neurologem a psychoanalytikem Johnem C. Lillym (Obrázek 8)⁶, který je také vynálezcem floatingu.



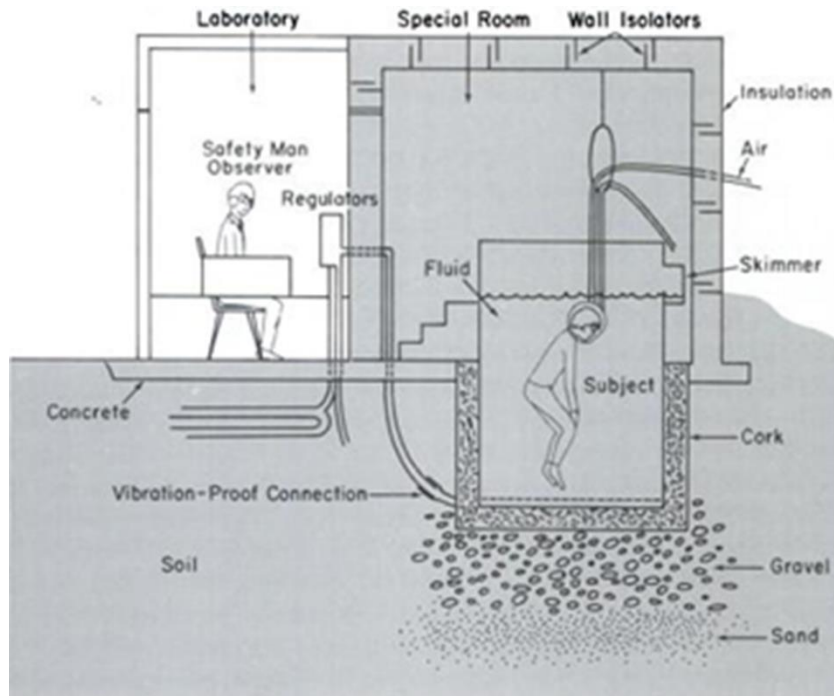
Jak již bylo psáno výše, jednalo se v případě immersion REST o pobyt ve válcové nádrži naplněné vodou. Jedinec v ní byl zcela ponořen a dýchání mu usnadňovala kyslíková maska (Cooper & Adams, 1988). Uvnitř nádrže byly pomalu tekoucí vodu o teplotě 34,5° C. Na sobě má pouze neprůhlednou dýchací masku (pokrývá celou hlavu). Díky teplotě vody necítí pokusná osoba ani teplo či chlad. Dotykem vnímá pouze ukotvení těla a masku na obličeji. Tím je eliminována značná část tlaků normálně působících na tělo. Hladina zvuku je nízká, osoba slyší především vlastní dech a nepatrné zvuky z potrubí (Lilly, 1956; Rosner, 2010). Viz Obrázek 9. Toto prostředí dávalo možnost prožít stav nezatížený gravitací a pozorovat, jak se při něm chová mysl.

Varianta Immersion REST byla považována za výrazně stresující. Zuckerman (1969, in Zubek) hovoří o tom, že u osob, které tuto proceduru podstoupily, se velmi záhy objevily změněné stavy vědomí, které zahrnovaly halucinace, narušené myšlení a koncentraci, nárůst úzkosti, objevovaly se rovněž sexuální a agresivní fantazie.

Tento obraz byl rovněž podporován u laické veřejnosti nepříjemnými skandály, které se týkaly již zmíněné výslechové praxe a rovněž k tomu přispěl i snímek *Altered*

⁶ Obrázek 8. John C. Lilly (1915-2001) Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/John_Lilly

states (v ČR byl film promítán pod názvem Mutace) od amerického režiséra Kena Russella, který byl inspirován románem Paddyho Chayefskyho (Suedfeld, Ballard & Murphy, 1983; Rosner, 2010).



Obrázek 9. Prostředí immersion REST. Převzato z Shurley 1963, 27.

Lilly (2000), který prostředí zkoumal nejenom na druhých lidech, ale také sám na sobě, popisuje následující fáze, které se během procedury vyskytnou:

1. Prvních 45 – 60 minut doznívají v prožívání pozůstatky všedního dne.
2. Nastupuje uvolnění, které je prožíváno jako příjemné.
3. Počíná narůstat napětí, což je pravděpodobně způsobeno absencí zevních podnětů. Objevují se skryté způsoby vlastní stimulace: záškuby svalů, nepatrné pohyby končetin, mnutí prstů.
4. Napětí dále narůstá až do té míry, že pokusná osoba opouští nádrž.
5. Vydrží-li osoba v nádrži i tento nepříjemný stav, napětí ustupuje a spontánně se začínají v prožívání dotyčného objevovat fantazie osobní povahy s příslušným emocionálním doprovodem.
6. Pokud osoba vydrží i tuto fázi, dochází k intenzivní projekci vizuálních představ. Lilly (2000, str. 135) píše konkrétně toto: „černý závěs před očima (jaký člověk „vidí“

v temné komoře se zavřenými očima) postupně přejde v trojrozměrný, tmavý, prázdný prostor před tělem. Tento jev okamžitě zaujme pozornost osoby, která čeká, co bude dál. Ponenáhlu se objevily tvary podobné těm, které je občas možné vidět při usínání. Poté se před subjektem otevřel tunel, jehož vnitřní prostor vyzařoval modré světlo. Zhruba v té době ukončilo pokus předčasně pronikání vody do masky“.

Lilly (2000) závěrem dodává, že po ukončení experimentu, se pokusná osoba cítila, jakoby se právě probudila po osvěžujícím spánku. Toto prožívání přetrvává a člověk zjišťuje, že má po zbytek dne posunuté vnímání času a necítí se unavený vzhledem k tomu, tak jak je to u něj obvyklé. Nic děsivého či extrémně nepříjemného Lilly nezaznamenal.

Suedfeld (1980, 1999) však upozorňuje, že v metodologickém rámci výzkumu varianty Immersion REST, byla řada nedostatků, které přímo či nepřímo mohly vést k indukci nepříjemných symptomů u pokusných osob. Jednalo se především o již zmíněný negativní obraz výzkumu sensorické deprivace v očích laické (ale i odborné) veřejnosti, dále nejasné instrukce, které pokusné osoby dostávaly především vzhledem k času, který měly strávit v nádrži („pokuste se vydržet co nejdéle“). Právě nedostatek struktury a tím i nedostatečný pocit bezpečí na začátku experimentu může navodit nepříjemné pocity, které byly popisovány jako nuda, úzkost, nepohodlí, podrážděnost. Rovněž úplné ponoření a závislost přežití na přívodu vzduchu pomocí dýchací masky řadu lidí děsilo. Nutno připočíst negativní pocity z masky na obličej a zvuk dýchání. Lilly (2000) uvádí totéž v tom smyslu, že mu trvalo dosti dlouho, než objevil vhodný materiál pro výrobu dýchací masky, který by mu při kontaktu s pokožkou nevadil.

Podobné problémy byly již diskutovány výše v souvislosti s prožíváním člověka, který je sensorické deprivaci vystaven. Z hlediska základního výzkumu lze ovšem pochopit, že je potřeba zmapovat oblast důkladně a upozornit na možné negativní důsledky a omezení. Pokud se budeme snažit využívat sensorickou deprivaci k terapeutickým účelům, musíme znát optimální zabezpečení, ve kterém bude tato technika nabízena lidem právě k terapeutickým účelům (Suedfeld, 1980).

Suedfeld, Ballard a Murphy (1983) konstatují, že především práce Lillyho (1977) podnítila výzkum techniky omezené zevní stimulace (REST) s ohledem na vodní prostředí

a modifikaci podmínek jejího použití, která se nejvíce blíží dnešní formě tzv. Floatation REST.

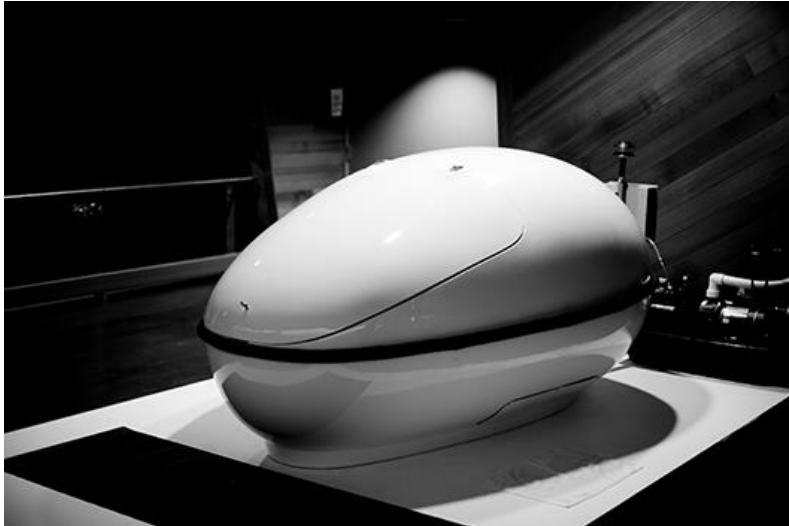
1.2.2 Flotation REST

Jak již bylo řečeno, zážitky během immersion REST znamenaly pro mnohé probandy nepohodlí a byly často spjaty s úzkostí. Svou metodu Lilly tedy pozměnil a vyvinul první floatingový tank.

Lilly už v roce 1954 uvažoval, že vyhovujícím prostředím pro realizaci experimentů se sensorickou deprivací je voda – ponoření ve vodě. Voda by dokázala nadnášet tělo bez stimulace kůže, pokud by se tělo samotné nebo voda nepohybovala. Teplota vody by musela být udržována s ohledem na vznik tepla v těle (Lilly, 1956).

Lilly měl představu nádrže, která by byla umístěna ve zvukotěsné komoře, kam by nemělo přistup světlo. O svém nápadu hovořil s kolegy z Národního ústavu zdraví. Shodou okolností podobné zařízení již existovalo a sloužilo za 2. světové války k výzkumu látkové výměny potápěčů. Právě zde a právě v něm Lilly realizoval první floating. Takto modifikované prostředí prošlo posléze dalšími změnami, které učinily celou proceduru pohodlnější, což vedlo k redukci nepříjemných stavů (Lilly, 2000; Singh, Alvarez & Murakami, 2014).

V současnosti zásadní modifikace spočívá v nepřítomnosti úplného ponoření a závislosti na dýchacím přístroji a masce. Rovněž atmosféra laboratoře, ve které je nádrž (floatingový tank) umístěna, je nahrazena prostředím civilního rázu – difusní osvětlení, koberec, obrázky na stěnách, atd. Voda má tělesnou teplotu, je nasycena látkou magnézium sulfát v takové koncentraci, aby obličej a ventrální plocha těla byly nad vodou. Tělo jakoby pluje (je nadnášeno) a dýchání probíhá bez potřeby kyslíkové masky, do uší lze aplikovat speciální ucpávky, které brání zaplavení vodou a eliminují zbytky zvukového pole, ruce jsou obvykle volně podél těla nebo za hlavou. Člověk v nádrži si může rovněž zvolit režim difusního osvětlení, či úplné tmy. Může si rovněž pustit relaxační hudbu nebo může být ponořen do ticha. Floatingový tank je uvnitř vybaven zařízením, které v případě komplikací vyšle nouzový signál (Lilly, 1977; Suedfeld, 1999).



Obrázek 10. Dnešní podoba komerčně nabízené floatingové nádrže

Zdroj: <http://www.usedeverywhere.com/the-ultimate-life-hack-floatation-therapy/>

Ohledně účinku řada výzkumů shodně konstatuje, že cca 1hodinu této procedury lze považovat obecně za uvolňující a příjemný zážitek, který nevede k žádným dramatickým změnám vědomí z hlediska indukované psychické dekompenzace s přidruženými fenomény. Právě tak bývá floating většinou využíván zákazníky v komerční sféře. Zkušenost tedy není nijak stresující či výrazně ohrožující (Lilly, 1977; Norlander, Kjellgren & Archer, 2003; Suedfeld, 1980, 1999).

Očekávaný výsledek se potvrzuje z hlediska osobnostních dispozic jedinců, kteří se dobrovolně účastní experimentů s floatingem. Jedná se především o tendenci vyhledávat nové podněty (tzv. otevřenost ke zkušenosti). Zde skórují osoby, které tuto zkušenost chtějí realizovat, statisticky významně výše než běžná populace (Suedfeld, Ballard & Murphy, 1983).

Rovněž také u těchto osob lze shledat vyšší tendenci k praktikování sebezkušenostních technik jako je meditace, jóga, relaxace. Tento fakt může zkreslovat dosažené výsledky (Lilly, 1977). Tyto proměnné se ovšem nedají v řadě studií úplně eliminovat. Suedfeld s kolegy (1983) rovněž konstatuje, že lidé zajímající se o floating jsou orientováni na uvědomování si vnitřních pocitů, mají pozitivní vazbu k vlastnímu tělu. Tyto charakteristiky jsou slučitelné s výše popsanou zkušeností. Otázkou je, zda se díky ní mohou zvýraznit či vytvořit u většinové populace.

Pozitivní efekt floatingu je měřitelný z hlediska zvládnání stresu, zvýšení tvořivosti, ovlivnění životního stylu směrem ke zdraví, navození relaxace a to v celkem krátkém čase, bez potřebného tréninku – jako třeba u meditačních cvičení či autogenního tréninku (Forgays a Belinson, 1986; Forgays Forgays, 1992; Hutchinson, 1983; Turner et al., 1993)

V těchto aspektech je floating také vhodnou alternativou k variantě Chamber REST, které se podrobněji budeme věnovat dále. Důraz psychologie zdraví na využívání a trénink self-managementu činí z floatingu zajímavý a důležitý předmět výzkumu (Bood, Kjellgren & Norlander, 2009; Norlander, Kjellgren & Archer, 2003; Suedfeld, 1999; Suedfeld, Roy & Landon, 1982).

1.2.3 Chamber REST – historický kontext

Dá se říci, že cílené využívání pobytu v prostředí snížené vnější stimulace z hlediska možného terapeutického vlivu nebo cesty sebepoznání a osobního růstu má krátkou historii, ale dlouhou minulost. Z hlediska psychologie jakožto aplikované vědní disciplíny můžeme lakonicky konstatovat, že vše už tu jednou bylo. Nejinak je tomu s využíváním tmy a samoty jako léčebného prostředku.

To, co dnes nazýváme Chamber REST (v ČR terapie tmou), se v nejrůznějších variacích provádělo v mnoha kulturách, především v Japonsku, Indii a Tibetu. Meditace v prostředí snížené vnější stimulace, byla ceněným prostředkem, který adeptovi umožňoval kultivovat všímavost, tříbit vhled do podstaty reality (vznikání, trvání a zánik všech jevů materiální i nemateriální podstaty), pochopit vzájemnou provázanost mezi subjektem a objektem (Cungi & Limousin, 2005).

Různé formy buddhistické, ale i křesťanské meditace mohou vést k transcendenci ega a k pochopení jeho proměnlivosti, nestabilitě a pomíjivosti. Toto pochopení otevírá člověku cestu ke světu, k ostatním cítícím bytostem, dochází tak ke snížení egocentrace. Jedinec se stává svobodnějším, překonává touhu vlastnit. Slovy Fromma (2001): člověk učiní krok od vlastnění k bytí, nebo jak by snad řekl Buber (2005), dochází k posunu od JÁ k TY. Podobnou paralelu nacházíme také u Heideggera (2002), který hovoří o autentickém a neautentickém bytí. Při autentickém bytí se člověk pozastavuje a oceňuje zázrak existence, obdivuje, že něco vůbec je, že něco vůbec existuje, že existuje on sám. Yalom (2006) v této souvislosti také hovoří o redukci strachu ze smrti.

Ve Vadžrajánovém buddhismu se meditace ve tmě, tichu a samotě (naprosté oddělení od okolního světa) praktikuje cíleně. Někteří mniši se nechávají zazdíť do věže, kde intenzivně realizují meditační praxi. Meditace ve tmě, tichu a samotě je popisována jako velice účinná metoda (sebe) poznání a je rovněž přípravou na smrt (Frýba, 2008; Kalweit, 2006; Powers, 2009; Urbiš, 2012).

S jistou nadsázkou lze považovat meditační praxi za formu sensorické deprivace či percepční a sociální izolace. Pochopitelně formy meditační praxe jsou různorodé. Pokud pomineme výše uvedený extrém zazdění, tak v základu vždy zůstává snaha praktikovat v prostředí, kde absentují rušivé podněty. Dochází tak k redukci vnější stimulace.

Člověk se koncentruje na základní tělesné markery (nádech a výdech), mysl praktikujícího není zaměstnávána přemírou podnětů, oči mohou být zavřené (tma) nebo otevřené, ale zrak není koncentrován na nějaký konkrétní objekt (vidění je zpravidla rozostřené). I když meditace probíhá skupinově, její kontext navozuje sociální izolaci v tom smyslu, že člověk je konfrontován s vlastními prožitky (emoce, myšlenky). Yalom (2006) považuje meditační praxi jako přínosnou pro běžný život, protože díky ní jedinec konfrontuje vlastní osamělost, která je základem naší existence. Meditace je podle něj jedna z možností, jak se naučit tento fakt akceptovat. Poznat vlastní osamělost znamená pochopení, že i když jsme obklopeni lidmi, nikdo nemůže žít za nás, nikdo nemůže převzít náš život na sebe. Poznat a přijmout úzkost, která z toho pramení, je dle Yaloma (2006) růstové či terapeutické.

V současné psychoterapii se věnuje meditaci velká pozornost. Meditační praxe rozvíjí tzv. všímavost (mindfulness), kterou můžeme definovat jako prostou pozornost, během níž jsou jevy vstupující spontánně do pole vědomí pozorovány takové, jaké jsou, aniž by byly dále hodnoceny, interpretovány nebo jinak myšlenkově rozebírány. Řada autorů (Kabat-Zinn, 1996; Martin, 1997; Segal, Williams, Teasdale, 2002; Baer, 2003; Brown, Ryan, 2003; Hayes, 2004; Brown, Ryan, Creswell, 2007; Frýba, 2008) poukazuje na terapeutický potenciál všímavosti. I vzhledem k naší výzkumné aktivitě a výše nastíněnému kontextu budeme dále v textu problematice všímavosti věnovat samostatné pojednání.

Podobné praktiky a formy používání sensorické deprivace, percepční izolace a samoty byly využívány rovněž u preindustriálních společností v rámci přechodových

rituálů: indiánů kmene Kogi v Kolumbii, rovněž u severoamerických indiánů z Velkých planin. Taktéž starodávné evropské tradice využívaly podobných postupů ritualizovaného pobytu v temnotě. Jednalo se především o staroirské proroky, básníky hledající tvůrčí inspiraci. Tzv. „Jeskynní terapie“ existovala u Etrusků, Italiků a Římanů (Lewis, 1966; Genep, 1997; Soukup, 2004; Kalweit, 2006).

Urbiš (2012) uvádí, že omezení zevní stimulace patří k prastarým metodám sebepoznání. Popisuje příklady egyptských kněží, kteří museli před svým zasvěcením strávit jistý čas v temných prostorách uvnitř pyramid. Rovněž převzetí moci u významných vladařů předcházelo před inaugurací vystavení se osamělosti v prostředí, které omezovalo přívod zevních podnětů. Buddha vedl své promluvy k mnichům v noci. Byl si dobře vědom toho, že mysl není v tento čas rozptylována vizuálně a mluvené slovo tak může být účinnější. Rovněž tak šamani v Guatemale museli v rámci přípravy na svou budoucí profesi žít až několik let v temné chýši. Většina šamanských obřadů v pralesích Jižní Ameriky probíhá v noci za tmy. Také některé křesťanské řeholní řády využívají to, co lze nazvat prostředím omezené zevní stimulace. Urbiš (2012) zmiňuje například kartuziány.

Do evropského kontextu uvedl terapii tmou Holger Kalweit (2006), německý psycholog, terapeut a etnograf. Setkal se s ní při svých cestách do Nepálu v oblasti Mustang. V roce 1968 tam také absolvoval svůj první pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (tma, ticho, samota) a uvědomil si, že tuto proceduru lze aplikovat jako léčebnou metodu. Kalweit (2006) uvádí, že tma, ticho a sociální izolace zesilují nevědomé procesy a umožňují také dosažení vnitřního klidu. Ve svém díle Kalweit (2006) akcentuje psychologický (terapeutický) a především spirituální potenciál této metody, kterou nazval Dunkeltherapie.

Zejména v Japonsku je sensorická deprivace formou Chamber REST či sociální izolace v omezeném rozsahu dodnes významným terapeutickým nástrojem, který slouží k tříbení všímavosti k vlastním emočním reakcím a myšlenkám. Jedná se o postupy, které do terapie pomáhali zavést Masatake Morita (1874 – 1938; vedoucí psychiatr na Jikei University's School of Medicine v Tokiu) a Yoshimoto Ishin s metodou Naikan (1916 – 1988). Syntézu obou postupů realizoval David Reynolds a zavedl ji do praxe jako výukovou psychoterapeutickou metodu s názvem Konstruktivní život (Benda, 2007; Černý, 1966; Hoskovec, 1963, 1968; Reynolds, 2007).

1.2.4 Chamber REST – aplikace procedury

Prostředí pro realizaci varianty Chamber REST bylo již popsáno ve stručnosti na začátku čtvrté kapitoly. Pro úplnost nyní dodáváme, že je důležité, aby místnost byla dostatečně izolována z hlediska průniku světla (úplná tma) a zvuku. K dispozici bývá toaleta, pohodlná postel, křeslo. Toto vybavení je bráno jako základ.

Člověk zde přebývajícím by neměl trpět zimou ani výrazným horkem. Na sobě by měl mít pohodlné oblečení, ve kterém se bude cítit příjemně. V některých místnostech bývá rovněž zařízení na výměnu vzduchu. K dispozici je vždy určitá varianta přivolání pomoci (signální zařízení, telefon, komunikátor). V řadě takto upravených místností bývá vypínač světla, který může člověk použít v krajní variantě nezvladatelného strachu, úzkosti či paniky.

Jídlo a tekutiny jsou podávány dle potřeby. Buď je vše přítomno již v místnosti, nebo v pravidelných intervalech do místnosti přinášeno. Místnost je uzpůsobena tak, aby při donášce nedocházelo k průniku světla. Dle dohody může v průběhu izolace docházet k terapeutickým návštěvám a k rozhovoru dochází přímo v místnosti nebo jsou rozhovory vedeny přes vnitřní telefonní linku.

Důležitá je rovněž motivace klienta a jeho příprava. V rozhovoru před absolvováním této zkušenosti by neměla chybět rozprava o možných obavách klienta. Důležité je rovněž, aby si dotyčný pořádně prohlédl místnost za světla a zorientoval se v ní. Až poté by mělo dojít ke zhasnutí světla. To vše v základu vede k indukci důvěry a bezpečí.

Klient by měl být poučen o tom, jak zacházet s pocity, které jsou pro něj nepříjemné a jak postupovat, když se objeví. Poskytovatel této služby by měl být rovněž kompetentní posoudit, zda je vhodné, aby určitý klient byl této zkušenosti vystaven a nedošlo u něj k výraznější psychické dekompenzaci. Poskytovatel této služby by měl mít samozřejmě sám bohaté zkušenosti s pobytem v prostředí omezené vnější stimulace. Standardně zůstává klient v prostředí tmy, ticha a samoty alespoň 24 hodin. Delší pobyty jsou samozřejmě možné, ale rozhodující je první reakce po 24 hodinách (Suedfeld, 1980).

V ČR provozuje podobnou službu Beskydské rehabilitační centrum v Čeladné pod patronací PhDr. Urbiše a MUDr. Bajgara. Zde se s variantou Chamber REST (terapie tmou)

pracuje tak, že klient zůstává ve tmě a sociální izolaci 7 dnů či déle. Tomu pochopitelně předchází podrobná lékařská prohlídka. Klient je rovněž podrobně připraven způsobem, který byl ve stručnosti popsán výše (Urbiš, 2012).

1.2.5 Chamber REST – výzkumná zjištění

V řadě studií ohledně vlivu floatingu (Flotation rest) sloužila varianta Chamber rest jako kontrolní či komparační procedura. Některé výzkumy ukazují, že pomocí floatingu lze dosáhnout rychleji hlubšího stavu relaxace, navíc při léčbě a zvládnutí chronické bolesti je právě floating účinný a díky němu se osoby učí uvolnit napětí v určitých částech těla, což může vést ke zmírnění chronických bolestivých stavů, snižování krevního tlaku apod. (Kjellgren et al., 2001; Norlander, Kjellgren & Archer, 2003).

Z hlediska vlivu na kognitivní funkce se opakovaně potvrzuje, že varianta Chamber REST zlepšuje učení a vybavování si naučeného. Kdežto Flotation REST umožňuje zlepšit výkon při složitějších operacích jako je tvořivé – divergentní myšlení a naopak dochází k oslabení deduktivního myšlení (Norlander, Kjellgren & Archer, 2003).

Varianta Chamber REST umožňuje zlepšení realistického myšlení s ohledem na řešení praktických problémů (Suedfeld, 1987). Není pochyb o tom, že Chamber REST či Flotation REST lze využít jako jiné varianty navození relaxace v porovnání s meditací či autogenním tréninkem (Suedfeld, 1999; Kjellgren et al., 2001).

Kjellgren se svými kolegy (2001) při porovnávání účinku Flotation REST a Chamber REST rovněž zjistili, že floatingová zkušenost zlepšuje originalitu a tvořivost, kdežto Chamber REST příznivě ovlivňuje realistické myšlení a schopnost prakticky řešit problémy. Porovnávají výsledky výzkumu se závěry Noye (1969) a Krise (in Plháková, 2003). Dávají je do souvislosti s adaptivní regresí, která je považována za tzv. primární proces. Ten se projevuje průniky neregulovaných myšlenek do vědomí, které se častěji objevují ve spánku, při drogové intoxikaci, během denního snění nebo při psychóze. V našem případě zjevně rovněž při sensorické deprivaci ve floatingové nádrži.

Podstatou sekundárního procesu je přepracování a transformace primárně-procesního materiálu prostřednictvím na realitu orientovaného myšlení řízeného egem.

Jedná se tedy o převážně racionální využití rané etapy tvůrčího procesu. Tento aspekt zlepšuje varianta Chamber REST (Kjellgren et al., 2001).

Plháková (2003) dále uvádí, že kreativní jedinec dočasně regreduje či proniká do světa, ve kterém je vše možné, což umožňuje vytvářet nové zkušenosti, kombinace, asociace. Poté následuje návrat k sekundárnímu procesu, který je potřebný k propracování nové organizace s ohledem na realitu. Právě zde mohou být porovnány účinky Floatingu a Chamber REST (Kjellgren et al., 2001).

Oba pojmy, primární a sekundární proces, zavedl do psychologie Freud (1991, 1994), který primární proces chápal ve spojitosti s fungováním nevědomí. Typicky se projevuje ve snech a k jeho atributům patří přehlížení vnější reality, formálních a logických pravidel, bezčasovost a nepřítomnost protikladů. Sekundární proces je potom výsledkem působení vnějšího světa na lidskou psychiku, bere v úvahu kauzalitu, logiku, časové a prostorové souvislosti, netoleruje dvojnásobné a protikladné prvky.

Z výše uvedeného vyplývá, že Flotation REST může podporovat aktivitu primárního procesu ve smyslu zlepšení kreativní produkce a přítomnost prožitků změněného stavu vědomí. Chamber REST naopak stabilizuje proces sekundární, vede k intenzivnějšímu kontaktu s realitou (Kjellgren et al., 2001).

Výše uvedená zjištění lze dát do souvislosti s prací Davise a jeho kolegů (1959) či Coopera, Adamse a Cohena (1965) nebo Ludwiga a Starka (1973), kteří konstatovali, že pacienti se schizofrenií snášeli vcelku dobře podmínky sensorické deprivace a u některých bylo možno sledovat snížení výskytu psychotických symptomů a dosažení stability vzhledem k okolnímu prostředí. Podmínky sensorické deprivace se v těchto studiích blížili současnému pojetí varianty Chamber REST.

Nutno ovšem doplnit, že tento výsledek je v rozporu s novějším výzkumem Masona a Bradyho (2009), kteří uvádějí, že právě situace sensorické deprivace za určitých okolností může indukovat změněný stav vědomí blízky psychotické reakci zvláště u disponovaných jedinců. I tito autoři pracovali s experimentálním prostředím, které se blížilo variantě Chamber REST.

Suedfeld (1999) dodává, že varianta Chamber REST v kombinaci s dalším terapeutickým působením může příznivě ovlivňovat změny postojů a návyků, které jsou

pro dotyčného problematické v souvislosti se závislostním chováním (jídelní návyky, kouření, zneužívání alkoholu a jiných drog). Zvažuje se rovněž užití této varianty u poruch autistického spektra. Positivní vliv varianty Chamber REST v kombinaci s kognitivně-behaviorální terapií je dokladován také na pacientech s obsedantně kompulzivní poruchou či jinými úzkostnými poruchami (Walker, Freeman & Christensen, 1994).

Phelps (2008) navíc konstatuje, že modifikované využití varianty Chamber REST umožňuje redukci manických a hypomanických stavů u afektivních poruch. Dále dokladuje pozitivní vliv cíleného používání absolutní tmy na stabilizaci cirkadiálních rytmů, nálady a spánku. V případě tohoto výzkumu šlo o využití absolutní tmy od šesté hodiny večerní do osmé hodiny ranní. Autor konstatuje statisticky významné zlepšení experimentální skupiny oproti skupině kontrolní.

Ve srovnání s Flotation REST jde také o možnou délku pobytu v izolaci. Ve floatingové nádrži nemůže člověk setrvat tak dlouho, jako v izolační místnosti. V tomto ohledu se tedy varianta Chamber REST jeví výhodnější z hlediska dlouhodobého terapeutického působení na změnu myšlení a postojů. Lze rovněž uvažovat o dosažení vhledu do problematické životní situace, pokud toto snažení je navíc podporováno terapeuticky. Flotation REST lze spíše využívat jako rekreační nástroj při zvládnání stresových reakcí, relaxaci, snížení tenzí bolestí, nespavosti a podpoře kreativity (Suedfeld, 1980).

Varianta Chamber REST je rovněž s úspěchem využívána při změně závislostního chování: přejídání, konzumace alkoholu a jiných návykových látek, kouření. Jedinec se díky zkušenosti omezené enviromentální stimulace stává méně zatížený obrannými mechanismy, je více vnímavý k vlastnímu tělu a prožívání. Člověk je schopen si plněji uvědomit vlastní emocionální vzorce, což je východisko možného přerušování návykového jednání (Borrie, 1990).

V naší studii jsme realizovali nejprve kvalitativní šetření, které se týkalo především motivaci účastníků k podstoupení této procedury, dále jsme se soustředili na zmapování dynamiky jejich prožitku a potencionálních zisků, o kterých probandi referovali posléze. Jednotlivé výpovědi nás vedly k definování následujících obecných kategorií možných zisků: vztahová rekapitulace (reflexe minulých i současných vztahů k důležitým osobám), sebepoznání a vztah k sobě (mé silné a slabé stránky; životní úspěchy a neúspěchy;

současné životní směřování), hodnotová restrukturalizace a hodnotové zakotvení (co je v mém životě nyní důležité; které úkoly mne konkrétně oslovují; o jaké cíle chci usilovat), pozornost k právě přítomnému (nasměrování pozornosti k intrapsychickým dějům, plné smyslové napojení na přítomný okamžik). Blíže o těchto zjištěních pojednáváme na jiném místě (Kupka & Malůš, 2013; Malůš, Kupka & Kavková, 2013).

Na základě výše uvedeného jsme definovali následující cíle: zjistit, zda prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST – terapie tmou) má vliv na sebehodnocení (sebeúctu), prožívanou životní smysluplnost a všímavost. Dodatečně nás rovněž zajímalo, zda prostředí omezené zevní stimulace bude u pokusných osob indukovat některé psychopatologické symptomy, které se nám v kvalitativním šetření nepodařilo identifikovat.

Výsledky tohoto výzkumu na 37 probandech (17 žen a 20 mužů) potvrdily výchozí předpoklady. Po sedmidenním pobytu v prostředí omezené zevní stimulace došlo u pokusných osob k nárůstu sebeúcty (sebehodnocení), zvýšila se prožívaná životní smysluplnost i všímavost. Tyto změny byly statisticky významné. Navíc lze konstatovat, že nedošlo k psychopatologické indukci, ale spíše k poklesu výskytu psychopatologických symptomů. Podrobně o tomto výzkumu referujeme na jiném místě této publikace.

1.2.6 Chamber REST – způsob fungování

Princip fungování chamber REST se snažily popsat výzkumy zaměřující se na různé aspekty jednání a prožívání v prostředí se sníženou vnější stimulací.

Posílení nedominantní hemisféry

Živost představ a vynořování nových nebo zapomenutých obsahů se snaží vysvětlit Suedfeld a jeho kolegové (1994), kteří pojednávají o činnosti hemisfér. Podle této teorie je možné, že dominantní hemisféra potřebuje neustálý příliv informací, aby si udržela svou aktivaci a „nadvládu“. Pokud se tento přísun informací omezí, míra aktivity dominantní hemisféry může poklesnout. Dominantní hemisféra se při běžném fungování neustále adaptuje, aby se dokázala vypořádat se všemi vjemy. Pokud se ale vypořádávat nepotřebuje, například v prostředí s omezenou stimulací, může částečně vypnout. Tím pádem se do popředí může dostat nedominantní hemisféra. Lze se tak dobrat zapomenutým, raným (nebo dokonce traumatickým) prožitkům, jelikož novou aktivitou

dříve nedominantní hemisféry se může zvýšit dostupnost obvykle nezaznamenaných procesů. Tato teorie také může vysvětlit různé prožitky, jako jsou živé senzorycké představy nebo mimořádné mimotělní zkušenosti. Podle ní je to důsledek činnosti nedominantní hemisféry.

Změna škodlivých návyků

Vytržení z běžného prostředí, jak se to děje u varianty chamber REST, může pomoci ke změnám návykového chování. Může umožnit rozmělnění rigidních struktur myšlení, emocí, motivace a chování, které podporují závislost (Suedfeld & Borrie, 1999). Dle Borrieho (1990) významně hraje do karet pro chamber REST to, že jedinec zde může strávit delší čas, což má zřejmě největší efekt na změny postojové a behaviorální. Suedfeld a Borrie (1999) ve své přehledové studii uvádějí „nechtěné“ vedlejší účinky, pozorované u výzkumníků REST při zkoumání odvykání kouření. Zkoumaní probandi vypovídali, že zatímco pobývali ve tmě, využili ten čas k hlubšímu přemýšlení nad sebou samým než obvykle. Uvažovali nad svými problémy v životě a nad jejich možným řešením. Na základě toho se například rozhodli pro zdravější životní styl nebo přemýšleli o zlepšení svých vztahů v rodině či na pracovišti. Zahraniční výzkumy obvykle nechávají své zkoumané subjekty pobývat v chamber REST po dobu 24 hodin. K těmto rozhodnutím tedy jedinci došli za pouhý den omezené zevní stimulace.

Zneužívání alkoholu a drog, kouření a obezita, to vše jsou jevy spojené s vysokou vzrušivostí (Adams, 1988). REST zpomaluje EEG aktivitu a může snížit vzrušení na optimální úroveň, takže namísto nadměrného vzrušení (arousal) může převládat klid. Mimo to předchozí práce s psychiatrickými pacienty ukázala, že k největšímu snížení klinických příznaků po absolvování REST došlo u jedinců, u kterých byla na začátku zjištěna vysoká úroveň vzrušivosti (tamtéž). Tyto osoby bývají impulzivní, netrpělivé a neochotné k introspektivnímu zkoumání sebe sama. Není pro ně tedy tolik vhodná klasická psychoterapie, kdy jedinec introspektivně zkoumá sám sebe za pomoci terapeuta. Zde se tedy dostáváme k výhodě REST - je to neverbální technika, pro kterou jsou tyto vzrušiví jedinci více vnímaví. Jak shrnuje Cooper a Adams (1988), techniky omezené vnější stimulace mají na snižování vzrušení pozitivní vliv a usnadňují psychické funkce, které jsou nejvíce negativně ovlivněny přílišným vzrušením. Po tom, co se úroveň vzrušení posune optimálním směrem, umožní lepší využití intelektuální výkonnosti. Zmiňují zde i Yerkes-

Dodsonsonův zákon, který mluví o tom, že složité duševní funkce mohou být nadměrným vzrušením narušovány. Tím, že REST redukuje přísun informací a stimulace, se zdá být logické, kolik výzkumů se zaměřovalo na to, jak působí na jedince, kteří se neovládají vypořádávat s nároky běžného života a s normální úrovní stimulace (Suedfeld & Borrie, 1999). Těmito jedinci jsou například uživatelé alkoholu či nealkoholových drog. Schulz a Kaspar (1994) mluví o tom, že v jejich metaanalýze vyvstalo, že REST je užitečná při léčbě závislosti na tabáku, alkoholu nebo přejídání. To koresponduje s výzkumem Coopera a Adamse (1988), kteří uvádějí srovnatelně pozitivní výsledky, které byly získány při snižování kouření, ztrátě hmotnosti a klesající hypertenzi. Došlo také ke zmírnění psychiatrických symptomů a zlepšení mentálních funkcí.

Otevřenost vůči zkušenosti

Cooper a Adams (1988) uvádějí, že navození relaxace během REST napomáhá větší otevřenosti vůči novému a tedy i učení. Zvýšená vnímavost je důsledkem tzv. „hlad po podnětech“ při němž jedinec doslova hltá nové informace. V běžném prostředí existuje spousta vzruchů v pozadí, které mohou narušovat soustředění. Proto mnohé naučené může být špatně pochopeno, nesprávně uloženo a hůře vybavováno (Koukolík, 2000). Ústní zprávy, psané informace, dokonce i motorické dovednosti a nové návyky, po tom všem je hladový člověk, který byl nějakou dobu bez stimulace z vnějšího prostředí. Spolu s Cooperem a Adamsem můžeme shrnout, že technika REST má za následek snížení vzrušení na optimální, subjektivně příjemnou úroveň. REST také může mít příznivý terapeutický vliv při získávání nových, sociálně adaptivních vzorců chování (Cooper & Adams, 1988). Norlander (2003) i Suedfeld a Borrie (1999) postulují, že tato technika způsobuje spolehlivé změny v emočním, kognitivním i psychofyziologickém fungování.

1.3 *Terapie tmou*

Varianta Chamber REST získala díky působení Dr. Urbiše v ČR označení Terapie tmou. Tento termín volí Urbiš (2012) v první řadě s ohledem na práci Kalweita (2006), který používá označení Dunkeltherapie. Dle našeho názoru je název přiléhavý především z toho důvodu, že pro většinu lidí bez smyslového handicapu je zrak dominantním smyslem, který při podstoupení Terapie tmou jednoznačně ono výsadní postavení ztrácí, protože osoba se nachází v prostředí absolutní tmy a na dosti dlouhou dobu ztrácí kontakt se světlem a nemá tudíž k dispozici žádné typické vizuální vjemy.

Pro úplnost je nyní nutné dodat, že pokud se člověk rozhodne Terapii tmou podstoupit, dochází k radikálnímu omezení vnější stimulace celkově. Jedinec se dostává do prostředí, ve kterém nemá k dispozici prakticky žádné vnější podněty, které by zaměstnávaly jeho pozornost. Omezená vnější stimulace se tak nedotkne pouze zraku, ale prakticky všech dalších smyslových modalit a navíc v tomto prostoru zůstává jedinec sám s minimálním sociálním kontaktem.

Pobyt v úplné tmě v bezpečném, jednoduše zařízeném prostředí s terapeutickou podporou. To jsou základní atributy této procedury, kterou ročně v Beskydském rehabilitačním centru podstoupí několik desítek lidí. Dr. Urbiš pracuje se standardní časovou dotací 7 dní, kterou pod jeho dohledem osoba stráví v prostředí omezené zevní stimulace.

Urbiš (2012) rovněž uvádí, že řada osob se rozhodne setrvat v takto modifikovaném prostoru i déle než je běžné. Výjimkou tedy nejsou např. 14 denní pobyty. Urbiš (2012) přibližuje i osobní zkušenost s 50 denní klauzurou v prostředí s omezenou stimulací, kterou přečkal bez psychické či fyzické újmy a na vlastním příkladu ukazuje, jak tato procedura může příznivě působit na zdraví člověka v současném holistickém pojetí. Ve své knize Terapie tmou uvádí rovněž řadu zajímavých kazuistik klientů, které mohl při jejich zkušenosti doprovázet.

Urbiš (2012) poukazuje na zásadní inspiraci, kterou učinil při kontaktu s dílem Kalweita (2006). Na rozdíl od něj ovšem zaměřuje pozornost nejen na spirituální prožitky a možné psychoterapeutické efekty, ale především na komplexní vliv Terapie tmou na zdraví člověka s ohledem na prevenci, léčbu i rehabilitaci civilizačních chorob. Ve své knize

Urbiš (2012) předkládá řadu hypotéz o možném fyziologickém účinku dlouhodobého pobytu ve tmě, který spatřuje především v možnosti snížení hladiny triglyceridů či zvýšení hladiny melatoninu.

Urbiš (2012) také varuje před unáhleností klienta absolvovat ihned pobyt delší, než je ona standardní doba 7 dní. Zde se dostává do sporu s Kalweitem (2006), který dle jeho názoru podceňuje možná rizika a podporuje někdy až naivní očekávání ze strany klienta, který se domnívá, že všechny jeho problémy se vyřeší, pokud absolvuje pobyt dostatečně dlouhý.

Dle Urbiše (2012) dlouhodobé pobyty v prostředí omezené zevní stimulace vyžadují náročnou přípravu a jistou osobní zralost a odhodlanost. Poukazuje na to, že Kalweit se potkal na svých cestách Nepálem s buddhistickou praxí, kdy meditace byla spojena právě s dlouhodobým (49 dní) pobytem v prostředí snížené zevní stimulace. Urbiš (2012) je toho názoru, že typický představitel naší kultury na něco podobného prostě většinou není připraven.

1.3.1 Původ terapie tmou

Původ terapie tmou nelze přesně vystopovat, ale jako forma sebepoznání se využívá ve východních zemích jako je Tibet, Indie a Japonsko. V indiánské kultuře se terapie tmou praktikuje jako prostředek k hledání vize (Kalweit, 2006). S náznakem využívání tmy jako terapeutického nástroje se můžeme setkat již u starodávných civilizací jako například u Egypťanů, Etrusků, Římanů, staroirských proroků a severoamerických indiánů (Kalweit, 2006; Urbiš, 2012). Tato původně spirituální technika byla většinou praktikována spolu s pústem jako prostředek k návratu do vlastního nitra. Můžeme tedy říci, že se jednalo o určitou formu sebepoznání. Napříč kulturami a náboženstvími sloužila tma jako prostředek k omezení podnětů z vnějšího okolí (Kalweit, 2006).

V současné době se tento druh techniky stále praktikuje v tibetském buddhismu, v bönismu a taoismu. Známa je pod názvem Yangtik a sestává ze 49 - 50 dní strávených ve tmě (Kalweit, 2006; Urbiš, 2012). Slouží tak jako určitá forma meditační techniky, která má být přípravou na smrt, tak aby člověk proces umírání mohl kontrolovat. Sama symbolika tmy v sobě nese téma obnovy, zrodu, přeměny a regenerace, stejně jako pojetí smrti.

V Evropě zavedl a propagoval TT německý psycholog, terapeut a etnolog Holger Kalweit, který se s touto léčebnou metodou setkal v roce 1968 v Lo Mustangu, což je malé království v Nepálu. V tomto místě také sám pobyt ve tmě pod vedením mnicha absolvoval. Když se vrátil z cest zpět do Německa, Oživil tuto metodu terapie a sebepoznání do moderní podoby a v roce 1996 zavedl pro tuto techniku název „die dunkeltherapie“ čili terapie tmou. Využil toho, že tma, ticho a izolace zesilují nevědomé procesy a prohlubují vnitřní prožitky a začal tmu využívat jako terapeutickou metodu.

Pojem „terapie tmou“ se tímto ustálil pro jednoduché vyjádření toho, co představuje a byl pochopitelný pro širokou veřejnost.

Kalweitovo pojetí terapie tmou

Podle Kalweita (2006) patří terapie tmou k metodám sebepoznání, při kterých je jedinec konfrontován sám se sebou. Využívá se zejména jako prostředek k mentálním a transpersonálním procesům. Ve tmě se vytrácí cit pro den a noc, sen a skutečnost a převládá stav plynulého přecházení mezi bděním a sněním. Tím se rozvíjí vědomí přítomnosti a bdělost, které jsou stěžejní v buddhistické filosofii. Přínosem terapie tmou je jasné a zbystrěné vnímání sebe sama, návrat do vlastního nitra, cit pro druhé, pozorování mentálních procesů a živé imaginace. Tma, ticho a izolace vnějších podnětů zesilují nevědomé procesy a napomáhají k dosažení mentální prázdnoty. Hlavním principem dle Kalweita (2006) je to, že snížení vnějších smyslových stimulů na minimum zesiluje niterné psychické procesy, které poté co se rozpustí, umožňují prožití transpersonálních zážitků. Cílem je stav vyprázdněnosti Já, protože podle buddhistické filosofie právě tam sídlí veškeré problémy. Ve tmě jde o to nic nedělat.

Smyslem terapie tmou je tedy podle Kalweita (2006) zapomenout na vše tělesné, psychické i spirituální a tak se vzdát veškerých pocitů a myšlenek a to bez použití meditačních technik, protože sama tma je meditační technikou a zároveň terapeutem. Tmu bere jako univerzální terapii, která není zaměřena primárně na odstraňování poruch. Jejím cílem je dosažení osvobození od nutkavých myšlenek a zatěžujících emocí, které jsou přetransformovány na vyšší úroveň. Vyšší úroveň Kalweit (2006) rozumí vyvážením z rámce prostoru a času a bezmezným chápáním souvislostí v širokém kontextu.

1.3.2 Terapie tmou – popis aplikované procedury

Urbiš (2012) uvádí, že pro svou první zkušenost s prostředím tmy, ticha a samoty si vybral zrekonstruovaný pěchotní srub. „Vybaven mísou vařené rýže se zeleninou, několika kilogramy jablek a balenou vodou jsem tam, hluboko v podzemí, strávil tři dny v naprosté temnotě“ (Urbiš, 2012, str. 39).

Paralelně Urbiš (2012) rovněž experimentoval s tzv. rekapitulačními boxy. Jednalo se o velké papírové pytle, které nepropouštějí světlo. Pod tímto pytlem je osoba usazená na židli, je předem instruována o možnosti předepsaných pohybů a technice dýchání. V tomto ohraničeném prostoru lze provádět rekapitulace traumatických zážitků podle připraveného scénáře.

Další experiment probíhal v protichemickém krytu v Ostravě. Vytápěná místnost v podzemí měla základní vybavení – lůžko, posilovací trenažér Orbitrek, stůl, křeslo, židle a police pro uložení potravin. K dispozici bylo rovněž jednoduché sociální zařízení a telefonní linka, která mohla být použita ke komunikaci s vnějším světem a rovněž v případě ohrožení. Strava k tomuto experimentu byla speciálně připravená a umístěná v krytu po celou dobu pokusu. Urbiš v takto upraveném prostředí strávil deset dní. Své zkušenosti podrobně popisuje a ukazuje, jak na základě experimentů s vlastní osobou dospěl k současnému stavu Terapie tmou (Urbiš, 2012).

Ta je nyní pod jeho patronací realizována v Beskydském rehabilitačním centru, kde vzniklo unikátní zařízení, které je pojmenováno Vila Mátma (Obrázek 11 a 12). Dříve se jednalo o budovu prodejního kiosku, který prošel kompletní rekonstrukcí. Z původního objektu zbyly jen obvodové zdi, které byly obloženy tepelnou a zvukovou izolací. Na základě Urbišových zkušeností byl celý prostor přebudován.

Všichni klienti, kteří se dobrovolně a na vlastní náklady účastní Terapie tmou, podstupují z organizačního hlediska stejnou zkušenost. Jedná se o sedmi denní (někdy i delší) pobyt v prostřední absolutní tmy, ticha a samoty. Každý klient musí svým podpisem potvrdit, že v současnosti nevykazuje žádné výrazné psychopatologické reakce, není medikován psychofarmaky, nepocituje ani výraznější fyzické obtíže (akutní onemocnění, krvácivé stavy aj.) a do tohoto prostředí vstupuje dobrovolně. Každý klient je ve své zkušenosti doprovázen terapeutem, se kterým může hovořit o tom, co je pro něj aktuální.

Časová dotace tohoto rozhovoru odpovídá zpravidla 1h denně. Prostředí, ve kterém účastník Terapie tmou setrvává, má následující charakteristiky: o samotě stojící dům bez oken s výměníkem vzduchu v prostoru lázeňského parku, uvnitř pokoj (cca 4x5m), vybavený postelí, křeslem, stolem a židlí. V místnosti je dále komunikační (bezpečnostní) zařízení, skrze které může účastník terapie kdykoli navázat spojení s kontaktní osobou (terapeut, všeobecná sestra). V případě, že by klient nemohl mluvit, má k dispozici tlačítko ovládající světelné signalizační zařízení v sesterně. Pokud ho stiskne, do objektu se ihned vydá na kontrolu kompetentní osoba.



Obrázek 11. Vila Mátma. Zdroj: <http://www.brc.cz/terapie-tmou/>



Obrázek 12. Vila Mátma uvnitř. Zdroj: <http://www.brc.cz/terapie-tmou/>

K dispozici je rovněž karimatka a stroj na procvičování chůze. S touto hlavní místností sousedí předsín a sociální zařízení. Jídlo dostává každý účastník terapie v pravidelném čase na celý den. Nejprve je upozorněn zvonkem, aby se vzdálil z prostoru předsíně, posléze může vstoupit osoba, která mu přináší potraviny (oběd, večeři a

snídani). K dispozici je vždy dostatek tekutin – minerální voda, čaj a melta v termoskách. Prostředí Vily Mátma není absolutně zvukotěsné, to znamená, že z okolního prostoru mohou proniknout v minimální intenzitě různé zvuky: zvon kapličky, projíždějící vlak či automobil, hovor větší skupiny lidí, která prochází poblíž.

Každý účastník terapie může svůj pobyt kdykoli přerušit následujícími způsoby: přivoláním kontaktní osoby skrze komunikátor, rozsvícením nouzového zapečetěného osvětlení nebo pomocí záložního klíče si odemknout a prostor opustit. Žádný klient u sebe nesmí mít osobní zdroj světla či jiné zařízení, které by mohlo zaměstnat jeho pozornost v průběhu terapie.

Na začátku pobytu je každý klient vždy detailně seznámen s prostředím, ve kterém bude setrvávat. Jsou mu vysvětleny funkce komunikátoru, dotyčný ví, jakým způsobem bude dostávat jídlo a že bude navštěvován v pravidelných intervalech terapeutem za účelem rozhovoru o aktuálním prožívání a potřebách. Rovněž je poučen o funkci nouzového osvětlení, které může aktivovat kdykoli, což ovšem znamená ukončení terapie.

V průběhu pobytu je celý objekt uzamčen, klíče má k dispozici klient (v zapečetěné schránce), terapeut, osoba donášející jídlo a další klíče jsou umístěny na sesterně. Výstup z tohoto prostoru je vždy realizován v doprovodu terapeuta. Pozornost je posléze věnována postupné adaptaci na denní světlo a následné integraci zkušenosti v cca 2 hodinovém rozhovoru.

1.3.3 Jak Terapie tmou funguje?

Urbiš (2012) sumarizuje vyjádření mnohých svých klientů na otázku, proč se rozhodli Terapii tmou podstoupit následovně: potřeba zklidnění, dosažení vnitřní vyrovnanosti a klidu, úleva od hektičnosti života, potřeba zastavit se a rozhodnout se, jak dál, zrekapitulovat dosavadní život.

Urbiš (2012) pojímá Terapii tmou jako holisticky (bio – psycho – sociálně – spirituální) působící samoregulační metodu a domnívá se, že prostředí snížené zevní stimulace (tma, ticho, samota) může být prospěšné zejména pro řídicí pracovníky (manažery, politiky) a dále také pro osoby, které žijí v trvalém napětí a přetížení, pro jedince, kteří jsou profesně ve stálém kontaktu s lidmi a díky tomu, že ostatním poskytují

sociální oporu, se u nich může začít rozvíjet syndrom vyhoření či chronický únavový syndrom. Dále Urbiš (2012) uvádí, že Terapie tmou je vhodná pro osoby, které nepřetržitě pracují v třísměnných provozech a tak mají narušen základní cirkadiální rytmus den – noc.

Na základě osobních i klinických zkušeností při práci s klienty se Urbiš (2012) domnívá, že Terapie tmou umožňuje srovnat si myšlenky, zhodnotit dosavadní životní postup, stanovit si priority, provést hodnotovou a vztahovou rekapitulaci. Díky omezené zevní stimulaci dochází k zesílení nevědomých procesů, což se projevuje v denních i nočních snech a často také ve spontánně probíhající imaginaci. U člověka tak může dojít k znovuoživení (znovuvybavení) si různých prožitků z minulosti a pochopení jejich významu pro aktuální život.

Urbiš (2012) se domnívá, že Terapie tmou je vhodná pro člověka, který uzavírá nějakou životní etapu a zároveň vstupuje do etapy jiné. Uvažuje také o tom, že prostředí omezené zevní stimulace nabízí prostor pro vytvoření vhodného odstupu při zvládání životních krizí. Tento názor je rovněž v souladu s naším výzkumem, kdy uvažujeme o Terapii tmou jako o variantě přechodového rituálu, jehož cílem je přerod do nové životní etapy a s tím související příslušná změna sebepojetí. Terapie tmou jako přechodový rituál vlastně nabízí jakési symbolické znovuzrození (Kupka, Malůš, 2013). Urbiš (2012) vnímá její použití jako vhodné při zvládání zásadních změn života – rozvod, úmrtí někoho blízkého, ztráta zaměstnání, atd. Rovněž situace, kdy v životě dochází ke konfliktu hodnot, kdy potřebuje znovu zaslechnout hlas svědomí, je sociální izolace – v našem případě doplněná omezenou smyslovou stimulací – vhodným prostředím, které zastíní nepodstatné a tak umožní objevit ono důležité.

Urbiš (2012) poukazuje na to, že Terapie tmou nabízí platformu pro radikální konfrontaci se sebou samotným. K tomu dodáváme (Kupka, Malůš, 2013; Malůš, Kupka, Kavková, 2013), že zde lze najít pozoruhodnou blízkost s meditační praxí, která ve své podstatě rovněž nabízí snížení zevní stimulace – ovšem ne v tak extrémní podobě jako Terapie tmou.

Při týdenním pobytu ve tmě, tichu a samotě dochází velmi často k vztahové rekapitulaci. Člověk má přirozenou potřebu onu „prázdnotu“ zaplnit lidmi. Tento závěr je v souladu také s naším výzkumem (Kupka, Malůš, 2013; Malůš, Kupka, Kavková, 2013). Samota přirozeně aktivuje potřebu onen prázdný prostor zaplnit lidmi – lidmi ze své

minulosti i současnosti. Pokud je tento proces terapeuticky podporován a reflektován, může dojít k terapeutickému efektu či k osobnostnímu růstu. Obojí vychází z uvědomění si jedinečné typičnosti, se kterou ve svém životě vytváříme vztahy k ostatním lidem.

Urbiš (2012) poukazuje na skutečnost, že Terapie tmou nabízí člověku revitalizaci (intenzivní odpočinek) a také i jistou detoxikaci organismu. Tuto skutečnost dokládá vlastními experimenty a měřeními na sobě samém – snížení hmotnosti a cholesterolu. Urbiš (2012) rovněž spekuluje o tom, že omezení vnější stimulace může příznivě ovlivnit náš sluch a zrak. K tomu dodáváme (Kupka, Malůš, 2013), že tak jako je za určitých okolností vhodná stravovací dieta pro revitalizaci činnosti zažívacího traktu, může i omezení zevní stimulace revitalizovat naše smyslová centra a orgány. Otázkou samozřejmě zůstává, na kolik odolá tato změna toku času.

1.3.4 Vliv cirkadiánních rytmů a melatoninu během terapie tmou

Fyziologické funkce všech organismů jsou regulovány biologickými hodinami, pro které jsou nejvíce důležité denní rytmy. Pro člověka je tím hlavním, co mu synchronizuje denní rytmy, cyklus světla a tmy (Wirz-Justice et al. 1987 in Praško, 1990). V rámci tohoto cyklu tak hovoříme o tzv. cirkadiánních rytmech.

Tyto rytmy poskytují organismu určitý časový rámeček, ve kterém má dopředu naprogramovány metabolické změny. Organismus si prostřednictvím těchto rytmů může uvědomovat místní čas a následně předvídat opakující se události v okolí a odpovídat na ně. Správné řízení těchto rytmů je tedy důležité pro optimální fungování organismu. Jak uvádí Praško (1990), tyto vnitřní hodiny jsou schopné „měřit čas“ i bez přítomnosti vnějších podnětů. K tomuto dodává Kripke (1985), že „v případě izolace dobrovolníků v podzemních jeskyních, stačil k synchronizaci cirkadiánních rytmů pravidelný úder na gong“ (in Praško, 1990, 10). Toto zjištění může být důležité z hlediska pobytu ve tmě. Jedinci zde také nemají k dispozici žádné vnější informace o tom, jaká je hodina či denní doba. Svůj denní rytmus si tedy musí vytvořit podle něčeho jiného. Něčeho, co se děje v pravidelných intervalech (například příchod opatrovníka nebo donáška jídla).

Zajímavostí je, že nejsou-li přítomny žádné vnější synchronizátory, prodlužuje se u člověka perioda cirkadiánního rytmu dlouhá na 25 hodin, místo obvyklého 24 hodinového

rytmu (Plháčková, 2003). K tomuto jevu se vyjadřuje i Urbiš (2012), který ve své knize píše, že při dlouhodobých pobytech ve tmě se den prodlužuje právě na cca 25 hodin.

V procesu cirkadiánní rytmů hraje významnou roli hormon melatonin, který se tvoří zejména v noci, za tmy. Podle Urbiše (2012) patří jeho produkce k nejzajímavějším procesům spojených se tmou. Jeho hladiny jsou v noci 10 – 100 x vyšší, než ve dne a rostou krátce po začátku periody tmy (Illnerová 1988 in Praško, 1990). Melatonin je často dáván do souvislosti s prevencí proti Alzheimerově chorobě, Parkinsonově chorobě a dalším projevům stárnutí (Urbiš, 2012).

Možné regenerační a léčebný účinek terapie tmou je dáván do souvislosti právě vzhledem k působení zmíněného hormonu. Wirz-Justice se svým kolegou Cajochenem (2012) píše, že kromě fototerapie (tj. léčba světlem) může také terapie tmou působit na léčbu deprese a sezonní afektivní poruchy. Zde hraje roli právě hormon melatonin, který má pozitivní vliv na zlepšení a prodloužení doby spánku.

Pojďme se na tento hormon podívat zblízka. Melatonin (*chemicky N-acetyl-5-methoxytryptamín*) je produkován v mozku epifýzou. Syntetizuje se z aminokyseliny tryptofan přes neurotransmitter serotonin. Jedná se o přirozený antioxidant, se kterým jsou dávány do souvislosti takové vlastnosti, jako např. snižování tlaku, zpomalení procesu stárnutí či podpora imunitního systému. Pro své účinky se oněm také hovoří jako o hormonu spánku či hormonu mládí. Jeho hladina je různá, kromě sekvence den-noc také v závislosti na ročním období. Což souvisí se změnou délky světelné periody (Čalkovská, 2010).

Možné léčebné využití melatoninu

V souvislosti s nejrůznějšími výzkumy vedlo užití melatoninu u probandů k únavě a rychlejšímu nástupu spánku. Tohoto účinku se může využívat například u spánkových poruch (Spitzer et al. 1999 in Becker 2001).

Šimko a Paulis (in Jančura, 2009) zveřejnily výsledky svého výzkumu o potenciálním využití melatoninu při léčbě vysokého krevního tlaku. Nepředpokládají v nich, že by melatonin nahradil běžně podávané léky, nicméně zastávají názor, že by jeho zařazení do léčení mělo určitý smysl. Předpokládají, že díky melatoninu přes noc klesá u zdravého člověka krevní tlak o 10-20% (Jančura, 2009).

Velký přínos melatoninu pro zdraví nastínili i výsledky výzkumu pod vedením profesora Haima (2010), který se svým týmem objevil spojitost mezi nočním osvětlením a nádorovými onemocněními u myší. Nejdříve těla myší infikovali rakovinnými buňkami a poté je rozdělili do čtyř skupin. Každou skupinu vystavili různým experimentálním podmínkám. První skupinu vystavili poměru 16hod. světlo/8hod. tma. Druhá skupina zažila stejné podmínky, avšak myším byl podán melatonin. Třetí skupina byla vystavena poměru 8hod. světlo/16hod. tma. Poslední skupina byla totožná se třetí skupinou s tím rozdílem, že během tmavé fáze byly myši na 30minut osvětlené.

Ve výsledku byly zhoubné nádory nejmenší v případě 2. skupiny myší a nejhůře dopadla 1. Skupina. Úmrtnost myší byla vyšší v případě, pokud jim nebyl podán melatonin.

1.3.5 Úloha terapeuta, jeho role a náročnost činnosti

Na začátku této podkapitoly je nutné vysvětlit, že Terapie tmou není v ČR v současnosti orientována na klinickou populaci. Většina klientů, se kterými Urbiš pracoval, nevykazovala výraznější psychopatologickou produkci a s jistou nadsázkou můžeme říci, že se jednalo o relativně psychicky zdravé jedince.

Urbiš (2012) se dokonce zdráhá pro svou roli použít slovo terapeut a volí raději termín opatrovník. Jeho úlohu chápe jako doprovázení. Opatrovník – terapeut je tedy průvodcem, který z povzdálí sleduje cestu klienta, naslouchá mu, vysvětluje a odpovídá na jeho otázky, ale nezasahuje do jeho procesu prožívání. Tento postřeh je v souladu s prací Suedfelda (1980), který uvádí, že v prostředí omezené vnější stimulace dochází ke zvýšení sugestibility klienta, čímž narůstá nebezpečí jeho indoktrinace ze strany terapeuta.

Prostředí, ve kterém se nachází klient i terapeut, je velmi specifické a rovněž reakce klienta na radikálně omezenou zevní stimulaci jsou individuální. Urbiš (2012) upozorňuje na skutečnost, že terapeut má ztíženou pozici v komunikaci s klientem, protože s ním nemůže navázat oční kontakt a nemůže ho vnímat vizuálně, proto je důležité naučit se reagovat na tón a zabarvení hlasu. Důležité je také reflektovat a zpětnou vazbou se ujišťovat o právě prožívaných emočních reakcích klienta.

Osobnost terapeuta – opatrovníka je důležitým nástrojem, který ovlivňuje průběh jednotlivých konzultací. Zde se Urbiš (2012) jednoznačně dostává do shody se základními východisky současné psychoterapie, které poprvé uceleně formuloval Rogers (1998). Jedná se o dnes již klasické dovednosti akceptace, empatie, autenticity a kongruence. Urbiš (2012) dále dodává, že pro opatrovníka je nezbytná osobní zralost, vnitřní stabilita, dostatečná frustrační tolerance a především dostatečná osobní zkušenost s prostředím, ve kterém Terapie tmou probíhá.

Urbiš (2012) dále tvrdí, že opatrovník musí být schopen odhadnout míru vlastní angažovanosti, přijmout klienta s jeho jedinečností, nesmí se chovat jako autoritativní odborník a nesmí také přinášet klientovi informace z vnějšího světa, protože tím by odváděl jeho pozornost od vlastního prožívání, které se děje tady a teď. Terapeut – opatrovník musí umět projevit vhodným způsobem zájem o klienta a předejít tak pocitům opuštěnosti a nepřijetí. Nesmí klienta soudit nebo mu vnucovat vlastní názory či vytvářet závislost klienta na vlastní osobě.

Urbiš (2012) pokládá výše uvedené za základ pro vznik terapeutického (léčebného) spojení. I když chápe Terapii tmou jako tzv. samoregulační metodu, vnímá vznik terapeutického spojení jako účinnou složku celého léčebného procesu. Předpokladem léčebného spojení na straně klienta není chuť absolvovat terapie pro své potěšení, ale přijetí vlastní odpovědnosti utkat se svými problémy a podílet se na terapeutické práci navzdory překážkám. Důležité je aktivizovat klienta k využití vlastních zdrojů. Terapeut rovněž pomáhá porozumět klientovi v tom, co prožívá, což následně může vytvořit vhodnou platformu pro žádoucí změny v jeho životě – porozumět svým pocitům, porozumět svému životu.

Důležitý je také způsob adaptace klienta na prostředí omezené zevní stimulace. Zde je terapeut spíše katalyzátorem než aktivním činitelem. Velké množství klientů může prožívat výraznou úzkost, mohou se u nich objevit různé iracionální představy, které se týkají ohrožení. Úkolem terapeuta je v těchto případech podpora klienta a povzbuzování k tomu, aby tyto nepříjemné stavy vydržel a jednoduše počkal, až odejdou.

Rovněž vedení klienta k tomu, aby si uvědomil, že každá myšlenka i emoce je pouze trvajícím v čase a podléhá zániku, je nosným předpokladem pro zvládnutí negativních

emočních a myšlenkových rozpoložení nejen při Terapii tmou, ale je nosná pro každodenní setkávání se s realitou.

V souladu s našimi výzkumnými závěry (Kupka & Malůš, 2013; Malůš, Kupka & Kavková, 2013) se domníváme, že tato podpora ze strany terapeuta vytváří zkušenost, kterou si klient může přenést do svého dalšího života. Znamená to být schopen přijmout svůj emoční stav, nesnažit se ho potlačit či se ho jinak zbavit, uvědomit si jeho dočasnou existenci a pochopit, že tak jako vzniknul, tak postupně dojde k jeho zániku. Tento předpoklad se ukazuje jako rozumný z toho důvodu, že člověk v prostředí omezené zevní stimulace nemá k dispozici běžný repertoár reakcí (někdy spíše kontraproduktivních), které používá, aby se vyrovnal s negativním rozpoložem – dysforickou emoční bilancí.

Klient v prostředí omezené zevní stimulace se vlastně učí vydržet negativní emoční rozpoložení bez toho, že by na něj musel (mohl) jakkoli reagovat. Jelikož nemá k dispozici téměř nic jiného než vlastní pozornost zaměřenou na mentální a tělesné procesy, může se díky podpoře ze strany terapeuta stát citlivější – všímavější k tomu, jak jeho mysl funguje, jak v ní vznikají a posléze i zanikají nejrůznější myšlenkové pochody a emoční stavy. Dokonce může dojít až tak daleko, že je schopen rozpoznat řetězení myšlenek a emočních impulzů k jejich zárodečnému stavu, tedy k okamžiku vznikání. Tento moment je velmi důležitý, protože pokud ho dotýčný identifikuje – povšimne si ho, přijme ho a nebude dále provádět žádné další mentální operace, které by podporovaly jeho rozvoj, dojde k útlumu dysforického (úzkostného, depresivního) prožívání v samém počátku.

Nesmíme ovšem ani opomenout možnost, že právě zde může klient učinit důležitý objev – dosáhnout vhledu a tedy i významného pochopení jaké důvody k dysforii má. Oba procesy mohou být terapeuticky podporovány. První znamená nenechat se strhnout k maladaptivnímu chování a druhý akcentuje pochopení, proč se děje něco konkrétního právě mě a co je důležité učinit dále.

Výše uvedené nás opět odkazuje k meditační praxi, která podporuje kultivaci tzv. všímavosti. Zde se dostáváme k zajímavé úvaze, kterou ilustruje i naše výzkumné zaměření, jež je kondenzováno do otázky, zda pobyt v takto modifikovaném prostředí může tuto přirozenou schopnost naší mysli (věnovat pozornost právě probíhajícímu) zvyšovat?

Jestliže právě probíhající je značně jednotvárné z hlediska vnější reality, lze předpokládat, že pozornost bude plně upřena k tomu, co zbývá. A to je realita vnitřní – tedy intrapsychické procesy a tělesné reakce. Nejinak se to děje i při meditační praxi (Kupka & Malůš, 2013).

Urbiš (2012) hovoří o akcentování schopnosti přijetí právě probíhajícího – tedy toho, co se děje v mysli klienta. Rovněž je důležité klienta podporovat v tom, že to co probíhá, je jeho vlastní a že se může stát pozorovatelem – svědkem tohoto procesu. Urbiš (2012) to ilustruje na příkladech, kdy klienti se obávají některých svých vizí, mají pocit, že někdo je ve tmě s nimi, že je někdo přišel navštívit. Při těchto „setkáních“ je jim doporučeno, aby se svojí vizí komunikovali, aby ji přijali, oslovili a třeba se jí i zeptali, co je zač a proč za nimi přišla a co potřebuje?

Výše uvedené je v souladu s terapeutickými přístupy, které se koncentrují právě na kultivaci všímavosti (Kabat-Zinn, 1996; Martin, 1997; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003; Hayes, 2004; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Frýba, 2008).

Důležitým aspektem pobytu člověka v prostředí omezené zevní stimulace je rekapitulace života. Hovořili jsme již o vztahové a hodnotové rekapitulaci, ale je možno tento fenomén pojmout v širším aspektu. Máme zde na mysli rekapitulaci života dotyčného jako celku. Urbiš (2012) připodobňuje terapeutický efekt této rekapitulace k tzv. očišťování od minulosti. Myslíme si, že je nutno rovněž připomenout, že klient se nemusí díky Terapii tmou jen od něčeho osvobodit (očistit – odžít něco ze své minulosti či uzavřít neuzavřené), ale může také ochotněji přijmout jisté břemeno (úkol), který v životě má a to na základě dosaženého poznání. Jinak řečeno: mohu pochopit, jakou otázku od života dostávám, jakou výzvu přede mě život nyní staví. Právě to je užitečným poznáním, ke kterému klient díky dobrovolné klauzuře může dospět a to i díky terapeutické pomoci.

Prostředí omezené zevní stimulace nám může pomoci poodstoupit a dosáhnout reflexe procesu našeho života. Toto zastavení umožní vznik prostoru pro zklidnění a ztišení, které v běžné každodennosti je pouze obtížně realizovatelné. Prakticky každý člověk je dnes denně zahlcen spoustou podnětů, většina lidí běžně rozděluje pozornost mezi několik aktivit najednou, každý den řešíme různé denní těžkosti a starosti. Jsme často vystaveni intermitentnímu stresu, který je z dlouhodobé perspektivy neblahý, což

běžně dokládají studie řady autorů (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2001; Šolcová & Kebza, 1998, 1999). Díky ztišení a pozastavení můžeme zaslechnout (uvědomit si) něco podstatného, jež nám v průměře aktivit a podnětů uniká.

Na základě výše uvedeného lze předpokládat, že díky zkušenosti s Terapií tmou, byť jednorázovou, může člověk objevit cestu k sobě samému a prožitkem být osloven natolik, že do svého každodenního života včlení časový interval, ve kterém podstoupí od sebe a naladí se na své prožívání, čímž se může stát distancovanějším od oněch běžných starostí a těžkostí, které vytvářejí zkušenost přesně opačnou – tzv. pohlcení okolnostmi. Takto modifikované prožívání sebe sama a okolního světa může být účinným salutoprotektivním činitelem.

Díky zkušenosti, která vzniká v prostředí omezené stimulace, může jedinec najít cestu i k jiným technikám, které vytvářejí rovněž prostor pro zklidnění, sebeodstup a rozvíjejí všímavost a pozornost k sobě i ke světu (Benda, 2007; Čálek, 2010; Frankl, 1997; Längle, 2002).

Pobyt v prostředí omezené zevní stimulace je rovněž formou sociální izolace. Yalom (2006) uvádí, že osamělost, experimentálně navozená, může zprostředkovávat osobnostní růst. Zážitek samoty se v jeho studii ukázal jako intenzivně působící proměnná. Yalom (2008) je rovněž toho názoru, že pokud přijmeme konfrontaci se samotou, může to výrazně změnit náš život k lepšímu. Jedná se především o možnost navazování autentičtějších mezilidských vztahů. Tato zkušenost rovněž otevírá cestu k hlubšímu uchopení dalších atributů lidské existence – smrti, odpovědnosti, svobody a smyslu. Frankl (1997) hovoří o odvaze k samotě, o tvůrčím potenciálu samoty a o tvůrčím vytváření prostoru pro samotu, kterou chápe jako příležitost k meditaci či kontemplaci.

1.3.6 Základní pravidla setkání s klientem při Terapii tmou

Na základě vlastních zkušeností a díky doprovázení řady klientů definoval Urbiš (2012, 108) několik základních pravidel, která vytvářejí rámec terapeutického setkávání se v prostředí omezené vnější stimulace. Jedná se o následující zásady:

1. Terapeut musí mít dlouhodobě dobrý zdravotní stav. V případě náhlého onemocnění nesmí klienta navštívit. Musí za sebe najít náhradu a počkat, až se plně uzdraví.
2. Před vstupem ke klientovi zkontrolovat, že u sebe terapeut nemá žádný zdroj vydávající světlo či zvuky (hodinky, mobilní telefon, atd.)
3. Při vstupu zvukovým signálem oznámit svůj příchod (zvonek, zaklepání) a počkat na vyzvání ke vstupu.
4. Pozdravit a zeptat se na pozici klienta. Podle toho, kde se klient nachází, se usadit (křeslo nebo židle u stolu) a oznámit to klientovi.
5. Zeptat se klienta, jak se mu vede, a vyčkat na vývoj rozhovoru.
6. Nesdělovat žádné informace o dění mimo klauzuru.
7. Nepřinášet žádné vzkazy od rodiny, přátel či známých.
8. Nesdělovat klientovi nic ze svého soukromého života.
9. Nepreferovat a neprosazovat žádné ideologické nebo náboženské směry.
10. Neradit a nedoporučovat řešení různých klientových životních situací.
11. Nezapomínat poskytovat klientovi zvukovou odezvu (není vizuální kontakt).
12. Nedávat najevo osobní problémy, nedostatek času či netrpělivost.
13. Dodržovat zákaz fyzického kontaktu s klientem.
14. Dodržovat dobu pobytu u klienta – návštěva by neměla být kratší než 15 a delší než 60 minut. To ovšem neznamená, že v případě akutní potřeby nelze setkání prodloužit.
15. Před ukončením setkání se pozeptat na přání (teplota, strava, celkové pohodlí, atd.) a domluvit se, zda si klient přeje konzultaci i další den.
16. Dodržovat povinnou mlčenlivost – informace z konzultací jsou přísně důvěrné a publikovat je, je možné pouze se souhlasem klienta a se zaručením jeho anonymity.

1.3.7 Strava při Terapii tmou

Urbiš (2012) je toho názoru, že strava podávaná v průběhu Terapie tmou by měla být vegetariánská a individuálně konzultována podle stavu organismu konkrétního klienta. Na základě dotazníku, který každý klient vyplní před vstupem do prostředí omezené vnější stimulace, je stanoven jeho somatotyp a následně i vhodný jídelníček. Podávání vegetariánské je více méně sdílené i ostatními poskytovateli pobytů ve tmě na území ČR (maso v jídelníčku nenalezneme, naopak u některých se jedná o stravu veganskou (vlastní zkušenost autora, Dobrá u Frýdku Místku). Doporučení nemasité stravy vychází jednak z faktu, že během pobytu v podmínkách REST má jedinec snížený výdej energie a pomalejší metabolismus. Proto tedy nepotřebuje tolik kalorická jídla, protože by mohlo dojít k nárůstu hmotnosti. Dále toto doporučení vychází z předpokladu, že strava je také druhem informace. Maso je považováno za nadbytečně zatěžující, a jeho trávení může ovlivňovat nejen fyzické prožitky, ale i průběh mentálních pochodů. Naopak vyvážená strava s větším podílem rostlinných bílkovin a menším množstvím tuků, klade menší nároky na trávení a tím organismus zatěžuje méně (Urbiš, 2012).

Nutné je dle Urbiše (2012) dbát na to, aby strava obsahovala dostatek sacharidů a bílkovin, protože při jejich nedostatku dochází ke ztrátě vlastní aktivní hmoty. To následně může vést ke zhoršování stavu svalstva, činnosti jater a dalších orgánů. Důležité je jedno teplé jídlo denně, dále celozrnné pečivo, ovoce, oříšky a cereální tyčinky. Nutný je dostatek tekutin – balená neperlivá voda je neustále k dispozici, stejně tak jako teplé nápoje, které jsou denně čerstvé v termoskách – čaj a melta (bezkofeinová káva).

Celkově má být strava plnohodnotná, vyvážená a nezatěžující. Tekutin má být dostatek a také by měly být spíše „lehčího“ charakteru (vyloučeny jsou slazené, kofeinové a alkoholické nápoje). Toto nastavení má pomoci očistě na tělesné úrovni.

1.3.8 Ukončení Terapie tmou

Popíšeme si nyní, jakým způsobem probíhá ukončení terapie tmou v Beskydském Rehabilitačním centru v Čeladné.

Klient je před vstupem na pobyt seznámen, kdy a jakým způsobem dojde k ukončování pobytu terapie tmou. Je informován, jak má postupovat, pokud se rozhodne

pro předčasné ukončení pobytu a nevyčká do příchodu opatrovníka nebo jiného člena zdravotnického personálu. Den před výstupem je při konzultaci s opatrovníkem postup znovu připomenut.

Ve výstupní den, ráno v 7h přijde opatrovník a informuje klienta o ukončování pobytu a přípravě na opětovný kontakt se světlem. Klient si musí nasadit sluneční brýle a sednout si do křesla, odvrácen zrakem od dveří, které vedou z předsíně do hlavní pobytové místnosti. Navíc je informován, ať i tak pro jistotu přivře oči. Poté opatrovník otevře oboje dveře vstupního modulu (a denní světlo vstoupí do předsíně). Poté odhrne stranou těžké tmavé závěsy, které kryjí dveře mezi předsíní a hlavní pobytovou místností. Nakonec pomalu pootvírá výše zmíněné dveře, aby nepřímé denní světlo pomalu osvětlovalo hlavní pobytovou místnost. Přitom komunikuje s klientem, zda je pro něj zvolené (pozdvolné) tempo přiměřené. Po plném otevření dveří nechá klienta ještě alespoň minutu sedět a „rozkoukávat se“ po místnosti. Jakmile si klient zvykne na toto světlo (jen pro představu – jde o dost výrazné šero), jde spolu s terapeutem pomalu skrze předsín na terasu vily Mátma. Opatrovník je k dispozici po celou dobu, kdyby se klientovi zamotala hlava či ztratil rovnováhu.

Na terase si klient může sednout na předem připravenou židli a několik minut si skutečně vychutnává nezapomenutelné momenty opětovného pohledu na barvy, tvary, pohyby a přírodu v areálu Beskydského rehabilitačního centra Čeladná⁷. Po několika minutách vychutnávání si většinou toužebně očekávaného momentu a ujištění se, že klient nemá potíže s rovnováhou, přejdou opět oba do vily, kde opatrovník nahodí pojistky a zapne osvětlení. Dojde ke kontrolnímu převážení klienta ve stejném oblečení, v jakém se vážil při nástupu, poté klient dostane zhruba půl hodiny na sbalení a přípravu na definitivní odchod. Terapeut nechá klienta o samotě a vrátí se po dohodnuté době.

Objekt oba opustí⁸ a zamíří na společnou snídani, kde už si klient může dát z pestré nabídky jídla i pití dle chuti⁹. Při snídani probíhá neformální rozhovor o aktuálních

⁷ Pro většinu lidí je toto opravdu silný zážitek pohnutí a prolnutí s přítomným okamžikem. Jsou to momenty dojetí, radosti, vděčnosti, úžasu, slz.

⁸ V tu dobu se dává do činnosti úklidová služba, která má cca dvě hodiny čas na přípravu objektu pro nástup dalšího klienta, který probíhá obvykle téhož dne po desáté hodině dopoledne.

dojmech a prožitcích (nebo o době od poslední návštěvy). Někteří klienti raději stráví čas u snídaně spíše v tichosti.

Po snídani se klient i terapeut přesunou do pracovny, kde proběhne formální výstupní rozhovor a zpracování všeho potřebného před vykročením z dočasného chráněného prostoru zpět do každodenní reality¹⁰. Klientům je výslovně nedoporučeno, aby po výstupu z terapie tmou řídili osobní automobil. Proto využívají následujících možností:

- Odjedou hromadnou dopravou.
- Přijede je vyzvednout blízká osoba.
- Prodlouží si pobyt do dalšího dne a poté odjedou vlastním automobilem.

Důležité, co se výstupní procedury týká, je ukončení pobytu ve čtvrtek, kdy je klientům vřele doporučeno mít na páteční den naplánovaný den volna. Absolventi pobytů tak mají před sebou prodloužený víkend, kdy si mohou po následující tři až čtyři dny přivykat na nárazový příval podnětů (lidé kolem, známí, rodina, dotazy, vyprávění, emaily a mnohé jiné). V těchto dnech se tedy postupně adaptují na návrat do svých rolí, povinností, ale i možností a radostí, než se po víkendu plně ponoří do práce (a případných „restů“, které jim zbyly, případně během týdenní absence vznikly).

1.3.9 Úskalí spojená s ukončením pobytu Terapie tmou

Samozřejmostí – kterou jsme již zmínili v předchozím textu – je mít k dispozici dostatečně tmavé sluneční brýle a ponechat si je po výstupu dostatečně dlouhou dobu na očích¹¹. Tato délka je odvislá především od roční doby a počasí, a měla by činit alespoň prvních několik hodin.

⁹ Někteří jedinci se těší na pořádnou snídani (smažená vajíčka, káva...), někteří zůstávají u skromné snídaně ve stylu předchozího pobytu (kousek pečiva, jogurt, zelenina, ovoce). Snídaně je zahrnuta v ceně pobytu.

¹⁰ V tuto chvíli již někteří lidé odkládají sluneční brýle. Někteří je výjimečně odkládají již u snídaně, většina jich však má brýle ještě dalších několik hodin. Záleží samozřejmě na roční době a aktuálním počasí.

¹¹ Význam tohoto mohu podložit vlastní zkušeností, kdy po čtrnáctidenním pobytu v roce 2011 jsem sluneční brýle sundal dříve, než bylo vhodné (jednalo se o můj třetí pobyt terapie tmou, a připadal si mylně dostatečně zkušený v této proceduře). Výsledkem je, že od té doby (již tři roky) mám při únavě očí výraznou červenou žilku v levém oku, což jsem do té doby nemíval (zřejmě mi praskla a už se plně nezregenerovala).

Dalším druhem nepříjemností, které jsme zaznamenali je, že se může objevit točení hlavy, zhoršení rovnováhy a ztížená koordinaci pohybů. Zpočátku je tedy vhodné dbát na pomalejší chůzi a přítomnost opory¹². Tyto možné nepříjemnosti mohou trvat v řádu minut až desítek minut maximálně.

Dále znovu připomeňme vážné varování dr. Urbiše (2012) před řízením automobilu týž den (nebo alespoň v hodinách po opuštění terapie tmou). Může se objevit pocit přetíženosti zevními (environmentálními) podněty, nutností distribuovat pozornost do několika směrů a typů podnětů najednou. Proto je vhodnější, má-li člověk předem zajištěnu volnější dopravu domů (nebo tam, kam se chce přesunout), aby nemusel po výstupu zjišťovat na internetu, kombinovat možnosti (lidé přijíždějí nejen z celé České republiky, ale i ze Slovenska či Polska), stíhat přestupy na nádražích, která neznají, a podobně. Případný výskyt těchto pocitů přetíženosti může přetrvávat v řádu hodin.

Podobnou, přesto specifickou kategorii tvoří podněty sociálního charakteru. Pobyt v podmínkách REST znamená výrazný zásah do sociálních zvyklostí, a ačkoliv často vede k sociálnímu vyhladovění, nemusí být pro některé jedince tato skoková změna do druhého extrému prožívána příjemně (zvídaví příbuzní, kamarádi, naplánovaná rodinná oslava, nároky dětí...). I z tohoto důvodů si někteří absolventi terapie tmou předem plánují strávit výstupní den (případně i do dalšího dne) o samotě s pozvolnějším přechodem.

Uzavřít kategorii „přetíženosti zevními podněty“ bychom mohli ukončit pracovními nároky, požadavky a nároky, které buď zůstaly z doby před pobytem, nebo vznikly v jeho průběhu. Více než týden absence doma a v práci může mnohdy znamenat nutnost vyššího nasazení od prvního pracovního dne. I proto považujeme za vhodné nastavení dr. Urbiše ukončit terapii tmou ve čtvrtek a až do neděle mít možnost se pozvolně adaptovat na rychlejší tempo. Avšak i přes tyto adaptační dny je dobré myslet na tuto situaci předem, a

¹² Osobně si vzpomínám, když jsem ukončil svůj čtrnáctidenní pobyt (kdy jsem měl výstup ve vlastní režii, neboť jsem po několik týdnů měl celé zařízení na starosti jako opatrovník), jsem se brzy s chutí vrhnul na procházku do probouzejícího se - zatím ještě stále potmělého - dne (opustil jsem vilu Mátma v 5h ráno). Měl jsem chuť se rozeběhnout, což mi přineslo zajímavou zkušenost. Při každém dopadu nohy na zem (a z toho plynoucího otřesu) se mi na chvíli „zasekl obraz“ viděného světa, a až po chvíli jsem viděl plynule dál (do dalšího dopadu nohy na zem). Zažil jsem tedy stejně trhaný obraz, jako když bych se například díval na v rychlých intervalech periodicky se „sekající“ video na počítači.

pokud možno co nejvíce neodkladných povinností dokončit před pobytem¹³. A případně rodinu, kolegy a pracovní situaci předem připravit tak, aby i návrat do povinností a práce samotné umožnil postupné navyšování tempa a výkonu i v této oblasti.

Všechna výše zmíněná úskalí a možné dočasné komplikace se nutně nestávají každému. Mohou se však přihodit, a proto je lépe o nich vědět a předem se podle nich zařídit, než pak zažívat těžkosti, kterým se dalo předejít.

1.3.10 Poskytovatelé Terapie tmou v České republice a na Slovensku

Již delší dobou se v našich podmínkách můžeme setkat s trendem Terapie tmou. Za posledních několik let obliba této techniky vzrostla, což dokazuje nejenom narůstající zájem široké veřejnosti, ale i množící se možnosti míst, kde tuto proceduru podstoupit. Tento zájem byl podnícen mnohými zprávami na internetu, popularizovanými články, reportážemi v televizi i v rádiu, ale také rozšířením povědomí mezi odbornou veřejností (Kupka et al., 2012). Za největšího propagátora terapie tmou mezi širokou veřejností (ale i akademickou obcí) můžeme jednoznačně považovat osobu PhDr. Andrew Urbiše.

Co se týče jednotlivých poskytovatelů Terapie tmou, ne všichni tento název preferují a mohou jej nazývat jinými ekvivalenty např. Léčba tmou, Pobyty ve tmě atd. Hlavní princip těchto technik je však totožný. V čem se mohou jednotliví poskytovatelé od sebe hodně lišit, je jakési filozofické či spirituální zázemí, které jejich nabízenou službu doprovází. Ne všichni však nutně musí mít takovéto zázemí a mohou poskytovat pobyty typu Terapie tmou bez hlubšího filozoficko-spirituálního podkladu. Nabízí se tak celkem široký výběr poskytovatelů, ze kterých si každý jedinec může vybrat toho, který mu svým smýšlením vyhovuje nejvíce.

¹³ Známy efekt „nedokončeného kroužku“ Zeigarnikové, který obzvlášť při TT umí přispět k nepříjemným chvílím. Jedinec z daného místa nemůže nic „tam venku“ reálně vyřešit, a navíc má dost prostoru – pokud jej nezvládne využít lépe – k ruminacím, které mohou zbytečně interferovat s možnými prospěšnými účinky terapie tmou. V tomto případě bohužel spíše v neprospěch klienta. Samozřejmě i toto může být pole pro kultivaci vlastní mysli (a myšlenkových procesů), když už taková situace nastane. I tak je vhodnější dokončit co nejvíce nutného před pobytem a při pobytu terapie tmou moci pozornost plně věnovat sobě a svému životu, než nedokončené práci a povinnostem. Za další možnost řešení takové situace pak zmiňme klientku, která opustila pobyt, protože si vzpomněla, že nevyřešila důležitou a neodkladnou finanční situaci (Urbiš, 2012).

V předchozích podkapitolách Terapie tmou jsme nastínili zásady, které preferuje dr. Urbiš, který je zároveň nejznámějším a nejžádanějším poskytovatelem Terapie tmou v České republice. Jelikož jsme s tímto poskytovatelem spolupracovali při výzkumném šetření a jeho zařízení považujeme za nejpropracovanější u nás. V tomto ohledu musíme vyzdvihnout jeho počín sepsání první obsáhlé publikace o terapii tmou v České republice, ze které také hojně citujeme. I proto jsme brali jeho doporučení a způsob poskytování terapie tmou za stěžejní při popisu této metody¹⁴. Přesto bychom pro přehled měli věnovat prostor i ostatním známým poskytovatelům obdobných služeb u nás.

Česká republika

Beskydské rehabilitační centrum Čeladná

V tomto lázeňském areálu byl v roce 2009 vytipován a následně kompletně zrekonstruován malý objekt v okrajové části lesoparku, který byl nazván *Vila Mátma*. V objektu je k dispozici plně vybavený apartmán se samostatným sociálním zařízením a cvičebními stroji. Obytný prostor je plně klimatizován¹⁵ a před započítím terapie si jej klient může důkladně prohlédnout, aby si zapamatoval rozložení místností a nábytku. V průběhu pobytu se může, dle potřeby, kdykoliv telefonicky spojit s terapeutem, nebo službu konajícím lékařem. Podle dohody navštěvuje klienta terapeut - opatrovník. Zabezpečuje aktuální potřeby klienta, sleduje jeho zdravotní stav a průběh terapie. Je podávána vegetariánská strava. V průběhu pobytu platí přísný zákaz kouření, požívání alkoholických nápojů, drog a používání jakýchkoliv elektrických a elektronických přístrojů. Před zahájením pobytu provádí terapeut s klientem vstupní pohovor, seznámí jej s průběhem terapie tmou a s obsluhou zařízení instalovaných v objektu. S ukončením terapie vyzvedne klienta opatrovník a provede s ním závěrečný pohovor (<http://www.brc.cz/terapie-tmou/>). Toto zařízení má výhodu napojení na lékařský areál s 24 hodinovou pohotovostní službou.

¹⁴ Tím nechceme ubírat na váze ostatním poskytovatelům pobytů typu terapie tmou, hodnocení by bylo předčasné a mohlo by snadno dojít k nepřesnostem a omylům.

¹⁵ Nejedná se o klimatizaci v pravém slova smyslu, která v objektu není třeba. Jde o důmyslnou rekuperační jednotku s velmi účinnou a tichou automatickou výměnou vzduchu v celém objektu.

Terapie tmou v Kozlovicích, okres Frýdek Místek¹⁶

Roman Barták má na zahradě svého pozemku uprostřed lesů postavenou chatu určenou k terapii tmou. Vybavení zahrnuje místnost s postelí a křeslem, nalezneme zde i policovou skříňku. V předsíňce je kromě sprchového koutu, umyvadla a splachovacího záchodu i bidet a taktéž police na jídlo (<http://www.terapietmou.net/>). Od září 2014 bude v provozu i nově postavená druhá chatka.

Terapie tmou „Bytí ve tmě“ a „Léčivá tma“, Dobrá u Frýdku Místku

Služba je poskytována manželi Oceánskými (www.dobratma.cz) a Martinem Drexlerem (<http://lecivatma.sweb.cz/>), kteří nabízejí 3 chatky k pobytu ve tmě (každý má na starosti jednu pobytovou chatu). Tato zařízení jsou nám známa jako nejdéle fungující v České republice, a to od roku 2006. Vybavení objektů je velmi podobné předchozím poskytovatelům.

Tvůrčí temnota v Žampachu, Orlické hory

Pobyt poskytují manželé Průzrační. Pobyt je poskytován v jednoduše zařízených dvou chatkách s vybavením podobným předchozím poskytovatelům. Tento poskytovatel (spolu s předchozím v Dobré) poskytuje pobyty ve tmě na podkladu specifického filozoficko-spirituálního učení (<http://www.tvurcitemnota.cz/>).

Léčba tmou, Lomec u Úmonína, okres Kutná Hora

Kousek od Kutné Hory má Tomáš Roud malý dřevěný domek bez oken, ve kterém nabízí tuto proceduru. Sám tento domek nazývá *svatyně*. Vybavení této svatyně se skládá z obytné místnosti, kde se nachází postel, a dále z předsíňky kde můžeme nalézt sprchový kout, umyvadlo, splachovací záchod a police na jídlo. Ač se jedná o difúzně otevřenou stavbu, je zde namontována větrací jednotka s rekuperací tepla (<http://www.lecba-tmou.cz/>) V nejbližší době plánuje postavit druhý takový domek. První pobyt zahájil 28. Června 2014.

¹⁶ S tímto poskytovatelem máme domluvené rozšíření našeho stávajícího výzkumu terapie tmou.

Pobyt ve tmě, Klatovy u Plzně

Dva přátelé Břetislav Votrubec a Karel Trnavský poskytují ve 180 let starém kameno-cihlovém domě pobyt ve tmě, který má garantovat úplnou zvukovou izolaci. Jedná se o pokoj bez oken, s postelí, který je oddělen speciálními těsnými dveřmi od chodby, kde je záchod, umyvadlo, malá lednička a taktéž absolutní tma. Další speciální dveře z chodby do přijímací kanceláře. Použity jsou zde podle poskytovatelů i nejlepší materiály vzduchovodů dostupné na evropském trhu (<http://pobyt-ve-tme-terapie-budoucnosti.cz/>).

Terapie tmou v pyramidě, Novosedly u Kájova, okr. Český Krumlov

Pobyt ve tmě poskytuje Miroslav Mařha v domě nedaleko lesa, který má střechu ve tvaru pyramidy. Na výběr jsou zde možné 2 varianty ubytování. Podle něj se prostory A lépe hodí pro ty, kteří se rádi věnují například józe nebo meditacím, k tomuto účelu je tu větší samostatný prostor vybavený molitanovou podložkou. Prostory B se lépe hodí pro zájemce, kteří chtějí využít pobyt zároveň ke kvalitní regeneraci celého těla, k dispozici je velká koupelna se 2 vanami s možností využívání tzv. Kneippových procedur.

Prostor A tvoří dvě propojené místnosti s koupelnou se sprchovým koutem a sociálním zařízením. V první místnosti je válenda, šatní nábytek, stůl, židle, ve druhé místnosti je sedačka a prostor cvičení. Ústřední topení a ventilaci prostor je možno samostatně regulovat dle vlastní potřeby.

Prostor B tvoří jedna větší místnosti s prostornou koupelnou s dvěma vanami uzpůsobené pro tzv. Kneippovy procedury a sociálním zařízením. V místnosti je válenda, šatní nábytek, stůl, křeslo a prostor pro cvičení. Ústřední topení a ventilaci prostor je možno samostatně regulovat dle vlastní potřeby (<http://www.relaxacevpyramide.cz/>).

Terapie tmou u Štědřicha, Lysice u Brna

Tuto terapii poskytuje Štěpánka Trenz se svým manželem Oldřichem na půdě svého pozemku. Poskytují dva typy prostor pro pobyty ve tmě. Prvním z nich je zahradní domek, který tvoří dvě větší místnosti (prostorná kuchyň i na cvičení, s

meditačním křeslem, a ložnice), koupelna, předsíňka. Druhým prostorem je podkroví, kde je buď jedinec sám, nebo může prožít pobyt, jak sama Štěpánka píše, se „spřízněnou osobou“. Toto místo je také nazýváno jako „tantrický“ prostor pro páry. Jsou tu též dvě větší místnosti - kuchyňka a větší ložnice s prostorem na cvičení a meditačním křeslem + koupelna s vanou.

Zajímavou možností u této poskytovatelkou je nabídka masáží ve tmě (<http://terapie-tmou-u-stedricha.webnode.cz/>).

Terapie tmou Prostějov

Poskytovatel Vladimír Böhm nabízí na svých stránkách (<http://vladimirbohmcz.com/terapie-tmou-chatka-pro-pobyt-ve-tme/>) dva druhy chatek pro pobyt ve tmě. První chatku s názvem chatka elementu Země a připravovanou chatku elementu Vzduchu. Zájemce si může vybrat, kterou energií chce pobytem ve tmě podpořit.

Slovensko

Co se týče Slovenska, poskytovatelů terapie tmou je oproti České republice mnohem méně.

Terapie tmou Bílé Karpaty

Poskytovatel má nabízet pobyty individuální i párové (dva oddělené pokoje mají zajistit soukromí a společná místnost má sloužit na cvičení a rozhovorům). Také mají poskytovat pobyty pro společnou terapii tmou ve speciálních prostorech k tomu určených. Tato sdružení argumentují jejich ideu tím, že někteří lidé trpí strachem z odloučení a tmy a díky sdílení dojmů a prostoru s dalším klientem je pobyt pro ně snesitelnější (<http://ekovesnice.cz/875-terapie-tmou-v-zajimavem-slameno-hlinenem-domku-na-horach-hranice-cr-a-sr.html>).

Terapie tmou Zaježová u Zvolena

Již asi rok je možné si rezervovat pobyt v komunitě Zaježová na středním Slovensku u Zvolena. Opatrovníkem je R. Miesler (původem z Olomouce), který se v Zaježové věnuje meditacím Vipassana, technikám tibetského buddhismu a vede semináře (<http://www.zelenaskola.sk/pre-skoly/aktuality/tma-iny-rozmer-v-nas>).

Dark retreat cabin u Zhebova u Trenčína

Tento prostor patří české dzogčhenové komunitě a je dostupný zdarma od února do listopadu. V případě zájmu je však třeba si zajistit svého opatrovníka, který bude docházet a zásobovat jídlem.

(http://www.dzogchen.sk/dx/DARK_RETREAT_CABIN_available_in_Slovakia.pdf?PHPSID=5e0ca877c2d8804d7e9736393bf5c457)

VÝZKUMNÁ ČÁST OBECNÁ

2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Jak jsme již nastínili v předchozí teoretické části, tak výzkum sensorické deprivace i výzkum technik omezené zevní stimulace se zaměřoval na nejrůznější oblasti lidského fungování. Rozhodli jsme se jak navázat na předchozí poznatky, tak se vydat vlastní, originální cestou, a začít od základů. Důvod, který nás k tomu vede, je ten, že zkoumáme odlišný a dosud téměř neprobádaný fenomén terapie tmou. Vzhledem k odlišnosti kontextu, potažmo celého paradigmatu, považujeme za nutné přistoupit k tématu i z jiné perspektivy.

Vzhledem k šíři záběru výzkumného problému dále uvedme jednotlivé fáze výzkumné činnosti tak, jak byly realizovány ve spolupráci s PhDr. Andrew Urbišem, Beskydským rehabilitačním centrem Čeladná a klienty terapie tmou v letech 2011 až 2013.

2.1 Cíle výzkumu

Tímto pilotním výzkumem bychom rádi naplnili dva základní výzkumné cíle:

Cíl výzkumu 1: Přinést základní porozumění fenoménu terapie tmou a jedincům, kteří ji v České republice podstupují.

Cíl výzkumu 2: Vybudovat základy pro navazující výzkumy v této oblasti.

Za nejvhodnější pro toto výzkumné úsilí považujeme smíšený design, proto si jej nyní stručně nastíníme.

2.2 Typ výzkumného plánu

Jedná se o smíšený typ výzkumného plánu, kdy jsou kombinovány jak kvantitativní, tak kvalitativní prvky z důvodů využití výhod obou přístupů pro bohatší a validnější data.

2.2.1 Kvalitativní část

Kvalitativní část je zaměřena především na oblast motivace, prožitků a vnímaných zisků či ztrát danými jedinci formou polostrukturovaných interview před pobytem a po pobyty, analýzou spontánních výtvorů (Miovský, 2009).¹⁷

2.2.2 Kvantitativní část

Kvantitativní část sleduje vybrané psychologické charakteristiky, které budou níže představeny, a můžeme ji charakterizovat především test-retestovou studií (Ferjenčík, 2010). Postupně budeme prezentovat dvě různé výzkumné fáze. Nejprve popíšeme prostý dotazníkový screening (1. fáze), posléze přejdeme ke dvěma test–retestovým studiím (1. a 2. fáze).

Fáze 1 – mapování cílové populace (klientely terapie tmou)

Začněme orientačním mapováním cílové populace, tj. jedinců, kteří se dobrovolně a za nemalou finanční částku rozhodují podstoupit proceduru terapie tmou. Zajímá nás, jaké jsou osobnostní charakteristiky těchto lidí? Nalezneme u nich, vzhledem k populační normě, nějaké odlišnosti? V této fázi tedy zkoumáme nekognitivní dimenze klientů terapie tmou.

Fáze 1 – test-retestová studie vybraných nekognitivních dimenzí I

V této počáteční fázi se také zaměřujeme na oblasti případné změny v oblastech osobnostních charakteristik¹⁸, sebeúcty, sense of coherence a postojů ke smrti. Oblast sebeúcty nás zajímá vzhledem k již provedeným studiím, oblast psychické odolnosti na podkladě dosud zjištěných poznatků a vlastní zkušenosti v přípravné fázi. Téma smrti a

¹⁷ Vzhledem k záměru prezentovat výsledky kvalitativní části formou rigorózní práce na téma terapie tmou, omezíme se ve výzkumné části této práce na analýzu tří spontánních výtvorů (textů).

¹⁸ U osobnostních charakteristik bychom změnu předpokládat neměli. Přesto jsme se rozhodli ponechat osobnostní inventář NEO-FFI i pro posttestovou administraci a výsledky jako zajímavé prezentujeme.

postojů k ní je inspirováno prací dr. Kalweita a buddhistické tibetské tradice, která se vznikem Dunkeltherapie souvisí.

Fáze 2 – test-restestová studie vybraných nekognitivních dimenzí II

Ve druhé fázi se těžiště výzkumného zájmu posunulo na monitorování převážně jiných psychologických charakteristik. Zůstává sledování vlivu terapie tmou na sebeúctu, nově přibývá měření vlivu terapie tmou na existenciální dimenze. Základním pilířem této části se stává všímavost (mindfulness) a dopad terapie tmou na tuto oblast. Dále považujeme za nezbytné prověřit ožehavé téma možných rizik spojených s pobytem v prostředí snížené zevní stimulace, a to možných negativních dopadů na hladiny úzkosti, deprese a dalších široké škály psychopatologické symptomatiky. Především oblast bezpečnosti či rizikovosti těchto populací dostupných technik nesmí zůstat opomenuta. Pokud tyto techniky skýtají nebezpečí, je důležité je znát a využít těchto poznatků k ochraně duševního zdraví jedinců, kteří pobyty absolvují nebo chtějí absolvovat. Pokud se na druhou stranu tyto časté (a nejednoznačně podložené) obavy ukáží jako liché, mělo by toto poznání sloužit k jejich opuštění či rozpuštění.

3 ETIKA VÝZKUMU, OCHRANA SOUKROMÍ

Z etického hlediska je naše břímě o to menší, že se nejedná o experimentální studii, klienti terapie tmu nejsou našimi klienty, a neneseme za ně v tomto duchu žádnou zodpovědnost. Neseme však zodpovědnost za způsob, jakým jsme s těmito lidmi jednali, a také samozřejmě neseme zodpovědnost nakládání s údaji, což si nyní přiblížíme.

Zkoumaným osobám byla garantována ochrana jejich osobních údajů. Komplikované bylo anonymní zařazení do výzkumu¹⁹, respektive to nebylo fakticky možné. Vzhledem k nutnosti mít možnost zkoumané osoby následně kontaktovat pro další rozhovory, doplnění informací, možnost spárování kvantitativních a kvalitativních dat... nebylo proveditelné zajistit plnou anonymitu. Tato situace byla vyřešena tak, že přístup k zabezpečené databázi měl pouze hlavní řešitel projektu. Ten garantoval, že údaje budou dále zpracovávány individuálně bez možnosti přiřazení ke konkrétním jedincům dalšími spoluřešiteli. Také zajišťuje, že při prezentaci výsledků nebude možné na jejich podkladě zjistit, o kterou osobu se jednalo. Pokud toto není možné vzhledem ke specifické povaze dat zajistit (např. dr. Urbiš byl jediným, kdo podstoupil sedmitýdenní pobyt; psychiatr ze Slovenska byl také zatím pouze jeden), data budou prezentována pouze s dodatečným souhlasem dotyčné osoby. Tímto jsme, vzhledem k povaze výzkumné studie, zajistili maximální možnou ochranu osobních údajů.

¹⁹ Pouze jediná osoba (významný akademický pracovník) odmítla účast ve výzkumu na základě nemožnosti zajistit absolutní anonymitu, i před hlavním výzkumníkem.

4 „POSTOJ VÝZKUMNÍKA/Ů“

Pro kvantitativní přístup se běžně předpokládá, že realita existuje nezávisle na výzkumníkovi, který ji pouze objevuje. Situace je však jiná pro kvalitativní výzkum, kdy i výzkumník spoluvytváří realitu, na kterou je možné nahlížet z nesčetného množství perspektiv. Proces poznávání je zároveň procesem interpretace, není tedy pouhým objevováním (Miovský, 2009).

Ačkoliv součástí předkládané práce je pouze náznak kvalitativního přístupu, i tak hlavnímu autorovi přijde nezbytné uvést jeho postoj ke zkoumané problematice.

Autor se k tématu dostal skrze velmi intenzivní a pozitivní vlastní zkušenost v roce 2007. Původně jej vůbec nenapadlo na toto téma realizovat výzkum, natož disertační projekt. Na doktorské studium byl přijat se zcela jiným témat, a teprve v druhém roce studia si uvědomil, že terapie tmou je to „Téma“, které jej opravdu zajímá.

Z uvedeného je patrné, že by mohla u autora existovat pozitivní předpojatost. Přestože se snaží se ji maximálně uvědomovat, pomáhá větší objektivitě ve výzkumné úsilí složení výzkumného týmu. Z počátku byl autor jediným s touto zkušeností, a každý další kolega, spoluřešitel výzkumného projektu či student nebyl zkušeností s pobytem ve tmě ovlivněn. A přestože v průběhu času několik členů výzkumného týmů tuto zkušenost získalo, stále jsou také kolegové bez této zkušenosti, kteří tuto situaci vyvažují.

VÝZKUMNÁ ČÁST SPECIÁLNÍ

5 ANALÝZA SPONTÁNNÍCH VÝTVORŮ

Analýza spontánních výtvorů spadá pod obecnější analýzu dokumentů (Miovský, 2006). V našem případě je to výzkumná strategie založená na analýze již existujícího materiálu, který nevznikl v přímé interakci s výzkumníkem. Konkrétně se jedná o jeden strojopis vzniklý v průběhu terapie tmou a o dvě výpovědi sepsané absolventy týdenních pobytů ve tmě s časovým odstupem.

Pro úvodní naladění do vlastní výzkumné části vyjdeme z textu, který byl publikován ve sborníku z konference Hranice normality (Malůš, Kupka & Kavková, 2013, 322-330).

Obsahem budou textové úryvky, které budou komentované z pozice výzkumníka (autora), který má také vlastní osobní zkušenost s pobytem ve tmě, a také má opatrovnickou zkušenost (první dvě klientky jako jejich opatrovník/výzkumník navštěvoval v průběhu jejich pobytů a konzultoval s nimi).

Pro tento příspěvek postulujeme následující výzkumnou otázku.

VO₁: Jaká témata se objevují ve spontánních výpovědích klientů terapie tmou?

5.1 *Paní M.*

Stručné doplňující informace k osobě:

- Věk: 40 let,
- délka pobytu: týdenní pobyt,
- vznik záznamu: strojopis pořízený v průběhu čtvrtého dne pobytu (pondělí).

„Ještě jsem si vzpomněla, že Urbiš, v pátek, jak byl tady, řekl zajímavou čínskou moudrost, že věc nemáme očekávat či přivolávat, ony přijdou samy. Jednoduše jak se říká lidově, netlačit moc na pilu, když něco chceme. Což se mi v životě také potvrdilo – viz. má praxe, nebo náš vztah, nebo naše daleké cesty za poznáním. Možná to tak zafunguje s tvou firmou nebo s nastěhováním mých rodičů ... Ono to asi nějak dopadne. Nebudu na sebe přebírat jejich problémy. Oni si sami musí vyřešit co chtějí a co ne. Asi i za cenu, že byt bude další zimu neobydlený. Ale proč se tím trápit ... Oni si musí sami přít na to, co je pro ně lepší.“

Komentář (opatrovníka a autora textu):

Prvně si povšimněme oblasti **uvědomění**. V podmínkách chamber REST (v našem případě konkrétně při týdenních pobytech terapie tmou) bývá obvykle umožněno současné hlubší uvědomování si kognitivních a emocionálních aspektů duševních dějů (případně i s behaviorálním doprovodem), než jak tomu bývá v běžných podmínkách každodenního shonu. Toto uvědomění také více odráží prožité životní zkušenosti. Dochází ke komplexnějšímu propojování prožitého, které si vysvětlujeme jako „vystoupení z rychlíku života“, které umožňuje z bezpečného a klidného „chráněného prostoru“, bez rušení nesčetným množstvím podnětů, uvědomovat si staré v nových perspektivách. Vyjádření typu „Což se mi v životě také potvrdilo“ odkazují dostatek prostoru pro kontemplaci, rozjímání, srovnávání si svého života v dlouhodobé perspektivě, s možností nebývalého odstupu a realistického vnímání ve větší komplexitě (Norlander, Kjellgren, Archer, 2003).

Dále se zaměříme na sdělení „*Nebudu na sebe přebírat jejich problémy ... Oni si musí sami přít na to, co je pro ně lepší.*“. Nejen jako frekventant terapeutického výcviku často pozoruji **téma přebírání zodpovědnosti** za druhé (především u nás „pomáhajících profesí“). K takovému náhledu a uvědomění klienta však v rámci terapeutického výcviku či procesu nemalou měrou přispívá sám (výcvikový) terapeut. U této paní považujeme

sdělení za cennější, neboť toto téma nebylo při návštěvách opatrovníka diskutováno (bylo probráno až po spontánním uvědomění a verbálním vyjádření klientkou).

5.2 **Paní J.**

Stručné doplňující informace k osobě:

- Věk: 41 let,
- délka pobytu: týdenní pobyt,
- vznik záznamu: několik týdnů po ukončení pobytu.

„Po 5 dnech jsem měla pocit, že by to mohlo stačit, že už se vše vystřídalo, že jsem odpočínutá, vyspaná, tak co. Jsem ráda, že jsem vydržela dál, protože to nejdůležitější pro mě přišlo až v úterý a ve středu (komentář autora: tj. 6. a 7. den pobytu). Uvědomila jsem si a pochopila spoustu věcí, řekla jsem nahlas to, na co jsem se sama bála pomyslet. Hodně to bylo o emocích, o mém stavu, to mám v sobě, to se ani nedá na papír napsat. Nechala jsem ve Tmě ten krunýř, který se dá nazvat – zvládnou to sama, to stihnu, to mě nepoloží, to vydržím... Cítím se teď taková vyčištěná, křehká, ale ne zranitelná, ne oběť, jsem vnitřně daleko silnější, usmívám se. Mám pocit, že jsem konečně našla v sobě tu dospělou ženu, která tam byla zastrčená a čekala až jí dám možnost...

Taky jsem zjistila, že můj syn už není dítě, jak jsem ho pořád viděla, ale kus dospívajícího chlapa, který se o sebe dokáže týden postarat bez mámy. V zrcadle je taky jiná „ženská“ než před Tmou – jsem to já Jitka. Hodně jsem zpomalila, chráním víc sama sebe, šetřím energií, víc přemýšlím o věcech, o tom kam energii a čas investovat, co vynechat.“

Komentář (opatrovníka a autora textu):

„Uvědomila jsem si a pochopila spoustu věcí, řekla jsem nahlas to, na co jsem se sama bála pomyslet.“ Podmínky chamber REST při pobytu nejen, že vytváří vhodný setting, ba dokonce přímo vedou jedince ke **konfrontaci s vlastními duševními obsahy**, jež mohou být také nepříjemné a ohrožující. Tím spíš jim můžeme v každodenním spěchu a hluku unikat, nepřipouštět si, vyhýbat se - směřovat pozornost jinam. Nicméně z terapeutické perspektivy snad není třeba dlouze polemizovat, zdali k úspěšnému zvládnutí mnohých problémů a konfliktů (a příklonu k plnějším a zdravějším fungování) vede právě cesta terapeutické změny skrze přímé uvědomění (konfrontaci, porozumění, prožití...) a případné vyvození změn v dalším jednání.

Této ženě jsem byl k dispozici také jako opatrovník-průvodce-terapeut. V rámci terapeuticky zaměřených konzultací jsme při jednom setkání odrazili **od snového obsahu** (Snový život bývá obvykle při terapii tmou bohatší: sny bývají početnější, živější a dochází k jejich snazšímu vybavování a lepšímu zapamatování.). Při aktualizaci obsahu snu jsme použili techniku **focusing** pro propojení snového emocionálního obsahu s podobnými emocionálními obsahy prožívanými i v jiných životních situacích (Gendlin, 2003; Hájek 1993, 2002). Podařilo se nám tak během práce s intenzivními emocionálními momenty dopracovat k růstovému uvědomění klientky, jež si dále následující noc a den sama propracovávala a implementovala do nového náhledu na sebe a svůj život. Podstatné je, že toto uvědomění a rozhodnutí **uplatnila po návratu z terapie tmou i v reálném životě a v reálných vztazích**, bez potřeby navazující terapeutické podpory (rozhodující bylo jedno „sezení“ 5. den terapie tmou, tj. v prostředí omezené zevní stimulace s terapeutickým vedením). *„Zvládnou to sama, to stihnu, to mě nepoloží, to vydržím“* ... uvědoměním si a prožitím hlouposti a škodlivosti tohoto vlastního jádrového přesvědčení (Praško, Možný, Šlepecký et al., 2007) paní J. započala proces vysvobozování z nadměrně zatěžujícího způsobu života, který už nechtěla dále vést. Navíc díky této změně prožívá sebe jako silnější a spokojenější (*„jsem vnitřně daleko silnější, usmívám se“*), a dokonce jako **více integrovanou s vyšší sebeúctou a sebebřijetím** (*„našla v sobě tu dospělou ženu“*, *„zrcadlo je taky jiná, ženská než před Tmou – jsem to já Jitka“*).

Např. dle Rogerse (1998) právě diskrepance v sebepojetí vytváří mnohé životní obtíže, nespokojenost, problémy osobní i vztahové. Přitom právě posun v globální charakteristice hodnotící (emocionální) komponenty sebepojetí (tj. sebeúcty), kterou nazýváme sebepřijetí (Blatný, 2010) má zásadní význam jak pro naši osobní pohodu, tak duševní zdraví (Rogers, 1998).

Navíc paní J. týdenní pobyt v prostředí tmy, ticha a samoty pomohl **k samostatné reflexi** (bez přispění opatrovníka) **a aktualizaci vztahu a postoje** vůči svému pubertálnímu synovi: „*Taky jsem zjistila, že můj syn už není dítě, jak jsem ho pořád viděla, ale kus dospívajícího chlapa, který se o sebe dokáže týden postarat bez mámy*“.

5.3 Pan J.

- Věk: 44 let,
- délka pobytu: týdenní pobyt,
- vznik záznamu: několik týdnů po ukončení pobytu

„Každým dnem stráveným ve tmě narůstala paleta barev, které jsem vnímal a nemohl se jich nabažit. Ve dne vidíme stovky odstínů pestrých barev a je to pro nás přirozené. Ve tmě byly barvy tlumené a rychle se proměňovaly a skládaly v obrazce nekonečných tvarů...

Předposlední den mě donašeč nepřinesl mé vytoužené jablka. To mě rozčílilo natolik, že jsem nebyl schopen nic vnímat. Okamžitě se kolem mne vytvořila hustá tmavá hmota a sedala níž a níž, takže jsem měl za chvíli dojem, že musím sklopit hlavu, abych nenarazil. Tím, že to bylo až šestý den, tak jsme hrdě zůstal vzpřímený a očekával, co nastane. Zřejmě jsem i nadával. Potom mě napadlo, že budu nad věcí, nenechám se rozhodit pro pár jablek a s mým klidem se začalo vše kolem mě rozjasňovat. Zase jsem viděl úžasné tvary a jejich pohyb. Vzal jsem to jako velké

poučení. Nenechat se rozhodit, být sám sebou a nezabývat se prkotinami. A to je v běžném životě velké umění. ...

Na pořádek jsem nikdy nebyl. Mám ve zvyku pokládat věci i předměty na hromádky. Tam je vždy najdu, když si dám čas a nespěchám. Zřejmě každý zná automatické konání při zamykání auta či bytu. Stačí pár metrů poodejít a vkrádá se myšlenka Zamkl jsem? Nezamkl? Těch prohřešků máme víc. Ve tmě jsem si uvědomil, že musím vědět vždy, kam co odložím, jinak nemám šanci to nalézt. Takže jsem přesně věděl, kde co mám a nikdy jsem nic nehledal. Až na kapesník, který mě vypadl někde cestou. Musel jsem si přesně vybavit, kudy jsem přesně šel a s rukama na zemi hledal a posléze našel. Bral jsem to jako ... poučení ...

A na závěr?

Jedno si ve tmě uvědomíte. Pojem času je relativní. Pár dní vám nic neříkal, nenařizoval, nehonil vás ... nepotřebujete žádné moderní vymoženosti, které vás svým komfortem ubíjí, vy nemusíte ani jíst vybrané lahůdky, zapíjet je bůhví čím, kouřit, ale spokojíte se s málem. Tak jako před mnoha lety si pochutnáte na jablku, vodě z vodovodu a na klidu a tichu kolem vás. Zjistíte, že se dá přece jenom žít trochu jinak, než v neustálém shonu ...“

Komentář (výzkumníka a autora textu):

Začněme s výrokem, který zná snad každý z nás: „*To mě rozčílilo natolik, že jsem nebyl schopen nic vnímat.*“. Kdo prožil uvedenou zkušenost na vlastní kůži, nejspíše poznal také jistou dočasnou bezvýchodnost z takové situace. Jako bychom byli slepí k ostatnímu a ta jedna věc zaměstnávala veškerou naši pozornost, včetně aktivace negativního emočního doprovodu. Paradoxně právě v prostředí chamber REST – tam, kde je absolutní tma – se snáze „rodí světlo“. Jako by vědomí bylo více při síle a schopné dříve se „vzpamatovat a posvítit si na daný problém“ z jiné perspektivy, všimnout si a vidět zbytečnost daného zaseknutí v novém světle. Považujeme tento poměrně četný fenomén za součást nárůstu **všímavosti** (mindfulness), který je přirozeným důsledkem pobytu

terapie tmou. V tomto „omezeném“ prostředí se rozvíjí kvalita, která umožňuje určitou větší svobodu v zacházení s vnitřními impulsy a pochody, v jejich zpracovávání a integraci.

Možná se jedná o vlastnosti takové prostředí, které jako vhodné projekční plátno přímo vybízí k **externalizaci duševních pochodů** a tím jejich snazšímu uchopení. Nebo existuje jiný mechanismus naší mysli, které zmíněné umožňuje (spoluvytváří), není však výjimkou, že dochází k „zrcadlení, projekci“ našeho vnitřního dění do prožívání tmy, která nás obklopuje: *„Okamžitě se kolem mne vytvořila hustá tmavá hmota a sedala niž a níž, takže jsem měl za chvíli dojem, že musím sklopit hlavu, abych nenarazil.“*.

Snazší porozumění těmto mechanismům může (kromě přiměřené inteligence a dostatečně rozvinuté schopnosti introspekce) podpořit právě zmiňované **podpůrné terapeutické vedení**. Jak je však z ukázky patrné, tak i přiměřeně inteligentní jedinec s dostatečně rozvinutou schopností introspekce dokáže samostatně lépe porozumět sobě samému skrze procesy odehrávající se při pobytu. Opět zde nemalou roli hraje právě všímavost „směřující“ vně i na sebe sama - na své tělesné, emocionální a mentální dění

Při přijetí předpokladu **projikování vnitřních dějů** na „projekční plátno tmy“ pak můžeme brát následující výrok *„začalo vše kolem mě rozjasňovat“* jako potvrzení možnosti lépe porozumět a snáze manipulovat s vnitřními ději, které by v běžném životě byly spíše přehlédnuty nebo přebity jiným automatickým chováním vedoucím k potlačení nechtěného prožívání.

Právě **zkušenost**, kterou si jedinec může plně přítomně „osahat a prožít na vlastní kůži“, **ve spojení rozumovým propracováním** (na rozdíl například od pouhého čtení o vhodnosti takového postoje v literatuře či samostatného racionální uvědomění výhodnosti takového počínání), považujeme za zásadní v procesu následné změny v oblasti prožívání i reagování: *„Nenechat se rozhodit, být sám sebou a nezabývat se prkotinami. A to je v běžném životě velké umění.“*

Sdělení *„Ve tmě jsem si uvědomil, že musím vědět vždy, kam co odložím, jinak nemám šanci to nalézt.“* nás již přímo vede k poslední dobou velmi nosnému a zkoumanému tématu: k všímavosti - mindfulness (Baer, 2003; Benda, 2007; Brown, Ryan, 2003, 2007; Frýba, 2008; Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 1996; Martin, 1997; Segal, Williams,

Teasdale, 2002). Jak na základě vlastních opakovaných zkušeností (pobyty chamber REST v délkách 3, 7 a 14 dní), tak na základě výzkumné zkušenosti jsme přesvědčeni, že procedura terapie tmou nezbytně vede k jejímu nárůstu. Jak můžeme být o uvedeném natolik přesvědčeni? Pojdme se na to podívat čistě prakticky. Jestliže člověk není dostatečně přítomný a pozorný, může si snadno způsobit bolest nárazem obličeje do nezavřených dveří, umyvadla při usedání na toaletu, snadno z nepozornosti rozlije odložený nápoj, dlouho bude hledat, co nevíšimavě pohodil, v zápiscích popíše již popsany list papíru atd.

Ukončeme komentář občerstvující výpovědí: *„Tak jako před mnoha lety si pochutnáte na jablku, vodě z vodovodu a na klidu a tichu kolem vás. Zjistíte, že se dá přece jenom žít trochu jinak, než v neustálém shonu a hlavně ne tak, jak jste dosud žili a nestíhali.“*, která nás upozorňuje na naši **přesycenost a otupenost našich smyslů**, a z toho plynoucí vzrůstající nutnosti zažívat více a intenzivnějších prožitků a požitků, abychom naši rostoucí chuť (ne skutečnou potřebu) uspokojili. Tím se přibližujeme k dávné pravdě mudrce Lao-c' (1997), že změř pět barev oslňuje oko, změř pět tónů ohlušuje ucho a změř pět chutí otupuje ústa...

5.4 Diskuse k uvedeným výpovědím

Jak by z předchozích řádků mohlo mylně vyplynout, není naším cílem vést k askezi a tvorbě umělých podmínek neslučitelných s nároky na požadavky dnešního fungování. Rozhodně bychom však chtěli poukázat na známý fakt, že tempo dnešní doby působí (především přesycení požadavky, ale i možnostmi a podněty nad zdravou a únosnou mírou), že lidé více vyhledávají metody, které umožňují opak: zastavit se, mít klidný a bezpečný prostor pro rozjímání, sebepoznávání, odpočinek a regeneraci. Překvapující na tom je fakt, že tyto časově (a do jisté míry i finančně) náročné metody vyhledávají běžní lidé – na rozdíl od obdobných původních technik, které byly a jsou doposud v jiných částech světa vyhrazeny především připraveným jedincům či úzkým skupinám lidí z oblastí spirituality, šamanismu nebo v rámci přechodových rituálů.

Dále bylo naším cílem blíže představit techniku omezené zevní stimulace, konkrétně v novodobé variantě s názvem terapie tmou (variace chamber REST), nyní ve světle příběhů. Právě tyto svobodné výpovědi bez předem dané struktury nám mohou pomoci lépe proniknout k formulování dalších výzkumných otázek a hypotéz.

V neposlední řadě mohou takováto sdělení pomoci mírnit stále ještě u mnohých lidí přetrvávající obavy (spíše předsudečného charakteru) - ať už z prostého neznáma (a tma má skutečně až archetypální podobu neznámého), anebo z důvodu, že se již dříve do širšího povědomí dostaly nechvalně známé pokusy se sensorickou deprivací. Rádi bychom zdůraznili, že sensorická deprivace zahrnuje zcela jiný kontext, a že techniky REST, konkrétně terapie tmou (tak jak ji zkoumáme v Beskydském rehabilitačním centru v Čeladné) má značné sebezkušenostní, růstové a terapeutické možnosti. A to obzvláště, pokud je tato snaha podporována kompetentním opatrovníkem-terapeutem jak v průběhu pobytu, tak ideálně i po něm. Nepovažujeme terapii tmou za náhradu psychoterapie, naopak za její možné doplnění. Může přinést mnoho nového a důležitého materiálu jak do terapeutického procesu, tak také pro připravené jedince na jejich individuální cestě za (sebe)poznáním, zdravím a celistvostí. Např. Fromm (1996) hovoří o odvaze k samotě jako nenahraditelném faktoru pro osobní růst, nebo také Yalom (2006) hodnotí pobyt o samotě jako růstový a terapeutický přínosný.

Zdůrazňujeme téma všímavosti – mindfulness – která je dle naší zkušenosti absolventské, opatrovnické i výzkumnické v prostředí omezené zevní stimulace výrazně rozvíjena.

Nemyslíme si, že by tato procedura byla vhodná pro každého a nedokážeme v tento moment přesně zodpovědět otázku indikační vhodnosti. Jako nejlepší vodítko se nám zatím jeví cesta „přirozené selekce“, kdy se na terapii tmou hlásí velmi motivovaní jedinci, kteří v naprosté většině ke své spokojenosti pobyt absolvují celý a cítí se být různorodě obohaceni. Rozhodně však nedoporučujeme terapii tmou plošně jako nějakou „záračnou a jednoduchou metodu“.

5.5 Závěr

Výše uvedené nelze považovat za kvalitativní studii v plném rozsahu. Mělo by na ni být nahlíženo jako na určitou ochutnávku sloužící k vyladění. Jako pozvánku do situace mimo běžnou každodenní zkušenost, která je opředená více otázkami než odpověďmi. Z ukázek však můžeme vysledovat, že právě v místě, kde je zevní tma největší, dochází k vnitřním aha-efektům, vhledům, uvědoměním, odpovědím, rozhodnutím, a že toto místo zdaleka není tak temné, jak by se mohlo prvně zdát.

A na závěr si konkrétně ve stručnosti shrňme témata, která byla objevena při hledání odpovědí na VO₁:

Uvědomění je jedním ze základních momentů, ke kterému u jedinců v průběhu pobytu v podmínkách omezené zevní stimulace dochází. Toto uvědomění vede k novým náhledům a pochopením, a může vést ke změnám v každodenním životě a mezilidských vztazích. Podmínky terapie tmou podporují konfrontaci s vlastními duševními obsahy. Pobyt terapie tmou také může přispět ke zvýšení duševní integrity, sebeúcty a sebedůvěry.

Ve výpovědích se objevují témata sebereflexe a reflexe vztahů, můžeme pozorovat aktualizaci kvalit, které můžeme považovat za kvality všímatosti. Ke zmíněné (sebe)reflexi dochází jak s přítomností terapeuta, tak bez něj²⁰. A zdá se, že toto prostředí umožňuje snazší náhled do mechanismů vlastní mysli. Domníváme se, že toto souvisí se snazší a uchopitelnější externalizací duševních pochodů do „prostoru tmy“ kolem. Zaznamenali jsme, že tento proces může pomoci (ve spojení s dostatečnou reflexí) k prožití situace jako hmatatelné zkušenosti (intruzivnější než samostatné rozumové uvědomění).

Jsme přesvědčeni, že výše uvedené je podporováno snížením zevní stimulace a obrácením pozornosti dovnitř, do svého nitra.

²⁰ Otázka vlivu terapeuta na tyto procesy ještě musí být podrobena dalšímu specifickému výzkumu.

6 FÁZE 1 – MAPOVÁNÍ CÍLOVÉ POPULACE KLIENTŮ TERAPIE TMOU

Jak už jsme zmínili výše, přípravnou fází na kvantitativní výzkumnou část jsme před 4 lety zahájili otázkou, jaké jedince vlastně přitahuje podstoupení zkušenosti s terapií tmou.

6.1 Výzkumný problém

Když byla na podzim roku 2006 zprovozněna první nám známá „služba terapie tmou“, kterou si mohl jedinec zakoupit, okamžitě byl zájem dostatečný na pokrytí naprosté většiny možných termínů. A to pro obě pobytové chatky, které poskytovatel této služby zbudoval současně. V té době bylo možné zakoupit terapii tmou v ceně 400 Kč na den, tedy 2 800 Kč na týden.

V době zrození záměru na výzkum terapie tmou v České republice v roce 2010 již existovalo poskytovatelů několik. Pobytová místa pro terapii tmou fungovala na několika místech České republiky, s různým zázemím, různým filozofickým pozadím, v různé kvalitě i ceně (v rozmezí 500 Kč/den až 1000 Kč/den).

Služba terapie tmou nejen přežila, ale zjevně zažívala nárůst nabídky i poptávky, a každým rokem ji absolvovalo více a více lidí. Nemáme dostupná přesná čísla, odhadujeme však, že pobyty různé délky (od dnů po týdny) do roku 2010 absolvovalo v České republice cirká pět set jedinců. To nás motivovalo k bližšímu prozkoumání fenoménu, který existuje navíc v rostoucí oblibě.

6.1.1 Cíle studie

Prvním naším cílem, a prvním hlavním cílem první fáze výzkumu bylo zmapovat populaci klientů terapie tmou. Tj. jedinců, kteří se dobrovolně a za nemalou finanční částku rozhodují podstoupit proceduru terapie tmou. Zajímá nás, jaké jsou osobnostní charakteristiky těchto lidí. Nalezneme u nich, vzhledem k populační normě, nějaké odlišnosti? V této fázi tedy zkoumáme nekognitivní dimenze klientů terapie tmou.

6.1.2 Výzkumné otázky a hypotéza

Z předchozího textu je mezi řádky patrné, že jsme prvně formulovali výzkumné otázky, které zde uvedeme explicitně.

VO₂: Jaké jsou základní osobnostní charakteristiky jedinců, kteří dobrovolně a na vlastní náklady podstupují zkušenost terapie tmou v České republice?

VO₃: Jak se tito jedinci odlišují od normy v těchto osobnostních charakteristikách?

Na základě studia literatury, kde můžeme najít souvislost mezi vysokou potřebou vyhledávání nových a neobvyklých zážitků (novelty seeking), a ochotou zúčastňovat se studií se sensorickou deprivací (Plháková, 2003), jsme formulovali první hypotézu:

H₁: Jedinci podstupující zkušenost s terapií tmou dosahují ve srovnání s běžnou populací vyšší otevřenosti vůči zkušenosti.

6.2 Metodologický rámec

6.2.1 Typ výzkumného projektu

Překládaná studie je orientačním mapováním osobnostních charakteristik jedinců, kteří podstupují zkušenost terapie tmou v BRC Čeladná. Touto pilotní studií nemůžeme postihnout veškerou mnohorozměrnost a komplexnost tématu osobnosti jako takové, rozhodli jsme se proto kvantitativní způsob a zaměřit se i za cenu reduktivního zkoumání na několik základních aspektů (Ferjenčík, 2000).

Jelikož se nezaměřujeme na prostý popis osobnostních charakteristik jedinců, kteří absolvují pobyt terapie tmou, ale také se zaměříme na jejich srovnání s populačním průměrem, má tato studie ráz i diferenciačního přehledu (ibidem).

6.2.2 Testová metoda

NEO Pětifaktorový osobnostní inventář

Jelikož jsme se v první fázi soustředili na obecné osobnostní charakteristiky klientů terapie tmou (pro srovnání s populačními normami), zvolili jsme hojně výzkumně užívaný pohled pětifaktorového modelu osobnosti autorů Costy a McCrae - inventář NEO-FFI (česky Hřebíčková & Urbánek, 2001). Dotazník Neo (tzv. big five) spadá mezi vícerozměrné inventáře postavené na pětifaktorovém modelu osobnosti. Tento model vychází z faktorové analýzy lexika přirozených jazyků (přídavných jmen používaných k popisu osobnosti) a poskytuje údaje o úrovni pěti obecných dimenzí osobnosti:

- Neuroticismus
- Extraverze
- Otevřenost vůči zkušenostem
- Přívětivost
- Svědomitost

Autoři české verze popisují jednotlivé dimenze takto:

Neuroticismus zjišťuje individuální rozdíly v emocionální stabilitě a labilitě. Jedince, kteří dosahují vysokého skóru Neuroticismu, lze snadno přivést do rozpaků, cítí se zahanbeni, nejistí, nervózní, úzkostní, intenzivně prožívají strach, obavy nebo smutek. Emocionálně stabilní jedinci, dosahující nízkého skóru na této škále, jsou obvykle klidní, vyrovnaní, bezstarostní a stresující situace je nevyvedou snadno z míry.

Jedinci, kteří dosahují vysokého skóru **Extraverze**, se popisují jako společenší, sebejistí, aktivní, hovorní, energičtí, veselí a optimističtí. Lidé s nízkým skórem se popisují jako uzavření, zdrženliví, nezávislí a samostatní.

Méně známa je dimenze **Otevřenost vůči zkušenosti**. Lidé dosahující vysokého skóru v této dimenzi mají živou představivost, jsou citliví na estetické podněty, vnímají k vnitřním

pocitům, upřednostňují rozmanitost, jsou zvědaví, mají nezávislý úsudek. Často se chovají nekonvenčně, zkoušejí nové způsoby jednání a dávají přednost změně. Osoby s nízkým skórem mají sklon ke konvenčnímu chování a konzervativním postojům a jejich emoční reakce jsou často utlumeny.

Přívětivost je dimenze postihující interpersonální chování. Póly škály charakterizuje altruismus, schopnost porozumět druhým, sklon důvěřovat druhým, upřednostnění spolupráce a naopak nepřátelství, egocentrismus, tendence ke znevažování cizích záměrů a k soutěži na místě spolupráce.

Vztah k práci, aktivní proces plánování, organizování a realizace úkolů zjišťuje dimenze **Svědomitost**. Osoby dosahující vysokého skóru na této škále se popisují jako cílevědomé, ctížádostivé, pilné, vytrvalé, systematické, s pevnou vůlí, disciplinované, spolehlivé, přesné a pořádné. Osoby s nízkým skórem se označují za nedbalé, lhostejné, naplňující své cíle s malým zaujetím.

(Hřebíčková & Urbánek, 2001, 22).

Respondenti odpovídají na celkem 60 položek, 12 pro každou škálu. Odpovědi na všechny položky zaberou 10-15 min.

6.2.3 Průběh výzkumu

Na podzim 2010 jsme oslovili všechny známé poskytovatele terapie tmou, kteří byli dostupní pro i pro časté dojíždění z Olomouce. V praxi to tedy znamenalo oslovení poskytovatelů na Moravě (Beskydské rehabilitační centrum Čeladná, dva poskytovatelé v Dobré u Frýdku-Místku) a v Orlických horách, což odpovídalo stejné dojezdové vzdálenosti cca dvě hodiny. Poskytovatele v Čechách (např. poskytovatele u Českého Krumlova) jsme se pro velkou vzdálenost z kapacitních důvodů rozhodli v první fázi neoslovit. Po oslovení těchto čtyř poskytovatelů se nám dostalo jediné kladné odezvy s ochotou k výzkumné spolupráci. Byl to právě PhDr. Andrew A. Urbiš z Beskydského rehabilitačního centra Čeladná, který již sám prováděl vlastní bádání v oblasti terapie tmou, a tyto pobyty již rok poskytoval v rámci zmíněného zařízení na vysoké úrovni medicínského i technického zázemí.

Veškeré další výsledky v celé výzkumné části se proto váží pouze na terapii tmou a její klientelu v Beskydském rehabilitačním centru Čeladná. Z hlediska poskytovatelů TT to není reprezentativní vzorek, závěry tedy můžeme vztahovat pouze na toto zařízení.

Protože se však jedná o nejsofistikovanější zařízení a službu tohoto druhu nejen u nás, ale pokud je nám známo tak i v zahraničí, a celkově se jedná o nejvytíženějšího poskytovatele pobytů TT (pobyty jsou rezervovány obvykle na rok a více dopředu), považujeme tohoto výzkumného partnera za plně dostačujícího.

Skrze dr. Urbiše jsme emailem oslovovali s předstihem jedince, kteří se hlásili na pobyt terapie tmou v rozmezí leden 2011 – leden 2012. Z celkového počtu 39 oslovených jedinců s účastí ve výzkumu souhlasilo a dotazníkové metody před nástupem vyplnilo celkem 31 jedinců, což považujeme za velký úspěch.

Tito jedinci byli seznámeni s povahou výzkumu a s nakládáním se získanými daty, byli také poučeni o možnosti svou účast ve výzkumu kdykoliv ukončit (tuto možnost v průběhu využilo pouze malé množství z nich). V týdnu před nástupem na pobyt TT vyplnili dotazníkovou sadu, která zahrnovala kromě dotazníku NEO-FFI i další sebeposuzovací dotazníky²¹ (celková baterie sestávala ze čtyř testových metod a čítala 131 položek). Součástí vstupní procedury, kterou provádí dr. Urbiš, bylo následně i interview s hlavním výzkumníkem nebo některým z jeho kolegů. Pro polostrukturované interview byl připraven formulář, který zahrnoval jak základní sociodemografické údaje, tak položky věnované motivaci, očekáváním, zdravotnímu a psychickému stavu jedinců před nástupem na TT²².

6.2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek, který máme k dispozici pro zodpovězení VO₂ a VO₃ a ověření stanovené H₁, čítá 31 jedinců. U těchto jedinců jsme nezohledňovali délku pobytu,

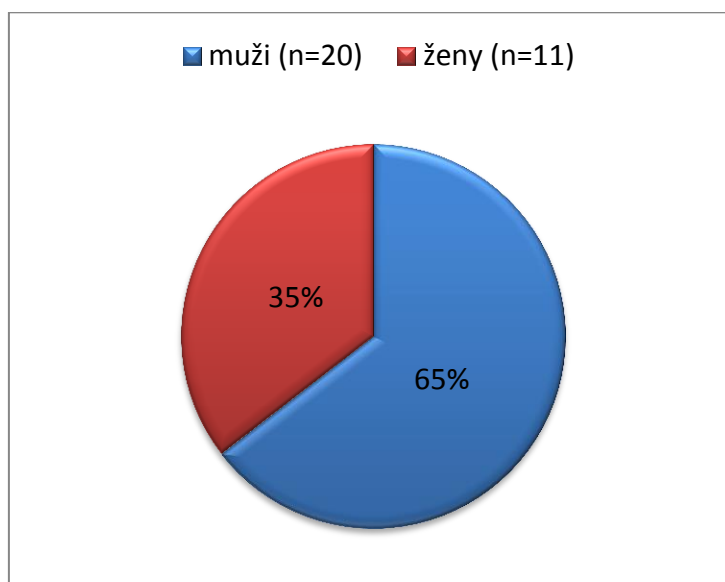
²¹ Jelikož budou podrobně rozebrány následující „test-retestové studii“, nebudeme se jimi nyní blíže zabývat.

²² Pro účely bližší charakteristiky vzorku této studie zde uvedeme pouze sociodemografické údaje.

případně o kolikátý jejich pobyt TT se jedná, neboť z hlediska cíle této studie to nepovažujeme za podstatné.

Nyní si tento výzkumný vzorek blíže charakterizujeme:

Z celkového počtu (n=31) evidujeme 20 mužů a 11 žen.



Obrázek 12. Podíl mužů a žen podstupujících Terapii tmou

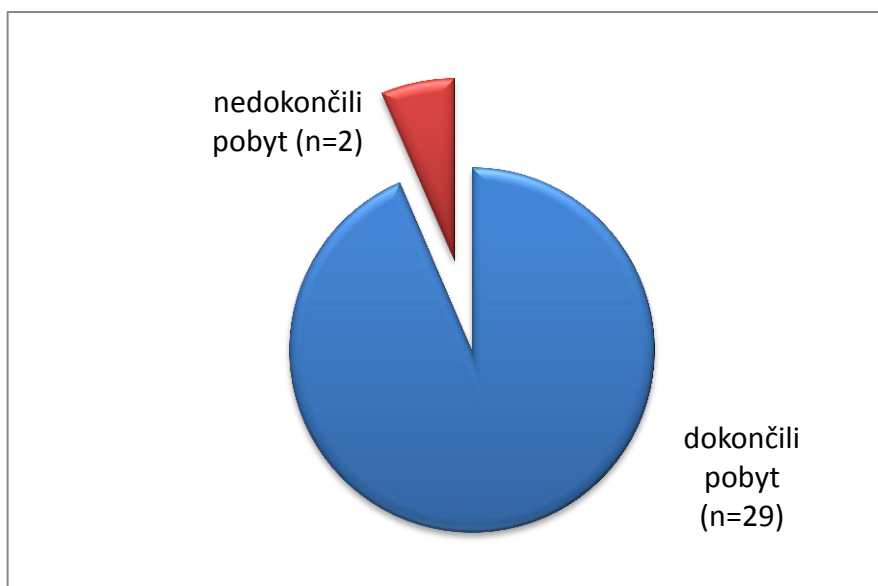
Podrobný rozpis plánovaných a realizovaných pobytů s ohledem na jejich délku ukazuje následující tabulka.

Tabulka 1. Délka a počet plánovaných/realizovaných pobytů

Plánovaná délka pobytu	Plánované pobyty	Realizované pobyty
14 dní	4	4
7 dní	27	25

Plánované pobyty = počet přihlášených jedinců na pobyt konkrétního trvání (sedm nebo čtrnáct dní). Realizované pobyty = počet jedinců, kteří dokončili celou délku pobytu.

Z celého souboru jedinců (n=31) předčasně ukončili pobyt dva (jak ukazuje následující obrázek), a to ze skupiny plánovaných týdenních pobytů. Předčasné ukončení pobytu se týká jednoho muže a jedné ženy²³.



Obrázek 13. Počet dokončených a nedokončených pobytů

Z tohoto malého vzorku počet nedokončených pobytu činí cca 6,5%.

Z hlediska věkové distribuce byl výzkumný soubor sestaven následovně:

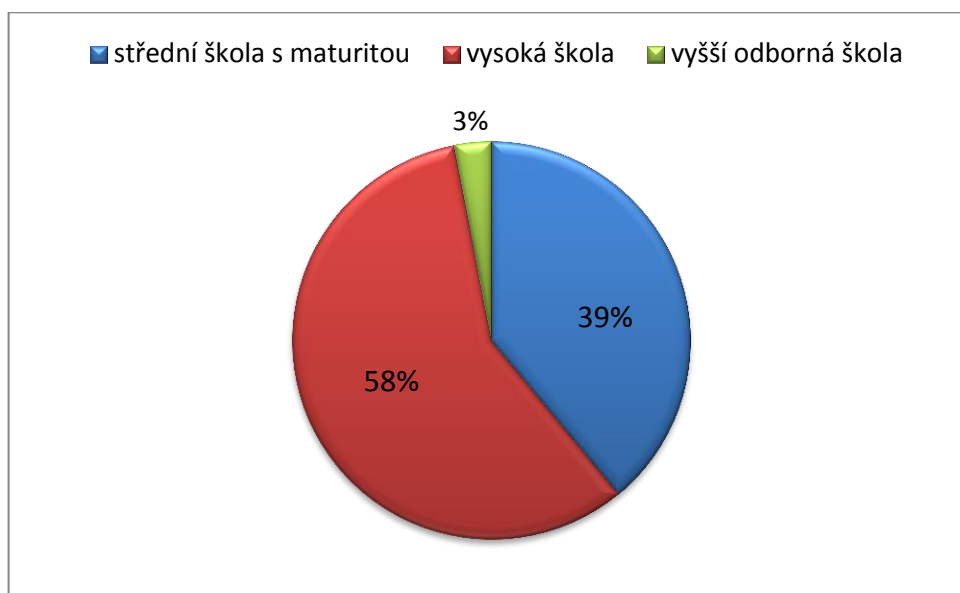
Tabulka 2. Věková charakteristika jedinců u Terapie tmou

	průměrný věk	medián	maximum	minimum
Ženy (n=11)	40	38	69	26
Muži (n=20)	45	46	67	27
Celkem (n=31)	43	40	69	26

²³ Jeden muž a jedna žena. Muž ukončil po dvou dnech, dle vyjádření dr. Urbiše se mu vůbec nedařilo při TT meditovat, a právě „duchovní praxi“ uvedl jako jedinou motivaci k pobytu. Žena ukončila po čtyřech dnech, dle slov dr. Urbiše si vzpomněla na jednu urgentní záležitost, kterou před pobytem opomněla, a musela ji co nejdříve zařídit.

Věková charakteristika souboru je poměrně vyrovnaná, co se pohlaví týče, celkový průměrný věk kolem nad 40 let ukazuje, že zařízení terapie tmou v Čeladné navštěvují především lidé v produktivním věku.

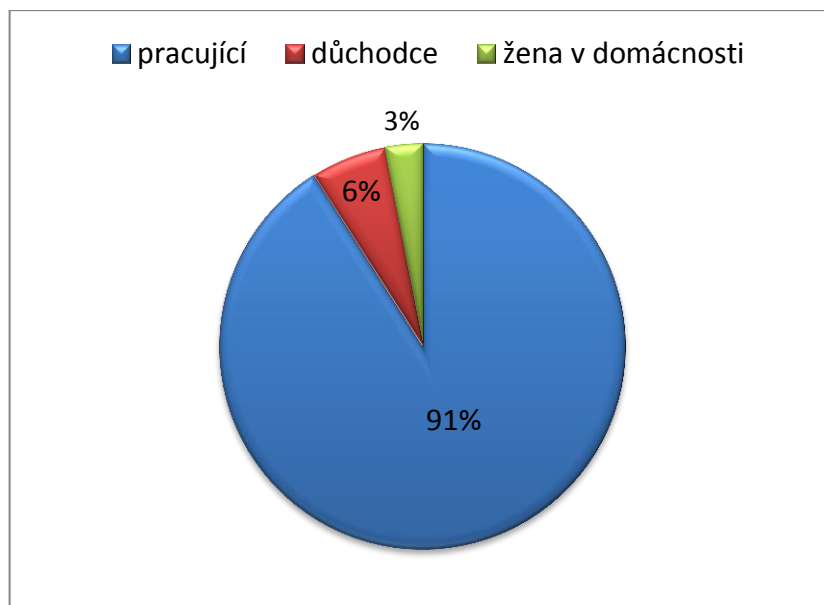
Zastoupení typů vzdělání u jedinců podstupujících terapii tmou bylo následovné:



Obrázek 14. Procentuální zastoupení jednotlivých typů vzdělání u jedinců podstupujících Terapii tmou

Z hlediska vzdělání mělo 18 jedinců vysokoškolské vzdělání, 12 středoškolské s maturitou a 1 jedinec měl vyšší odborné. V tomto souboru jsme nezaregistrovali vzdělání základní.

Dále si představíme charakteristiku souboru z hlediska zaměstnanosti:



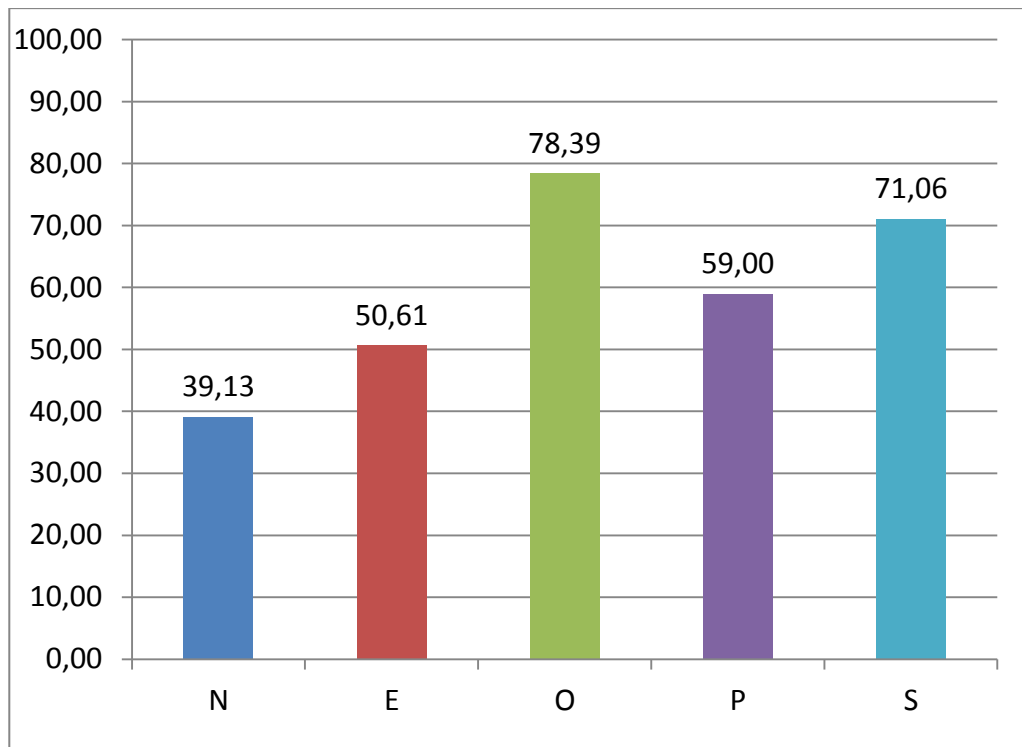
Obrázek 15. Zaměstnanost jednotlivců podstupujících Terapii tmou

Většina probandů podstupujících terapii tmou jsou zaměstnaní lidé (n=28), za nimi v zanedbatelném počtu následují důchodci (n=2) a 1 žena v domácnosti.

6.2.5 Práce s daty a jejich výsledky

Výzkumná otázka 1

Pro zodpovězení první výzkumné otázky jsme vyhodnotili vyplněné testové metody celého výzkumného souboru. Za celý soubor jsme pro každou ze subškál pětifaktorového osobnostního inventáře NEO-FFI tyto údaje dle dostupných norem převedli do percentilu pro názornější charakteristiku těchto jedinců. V následujícím grafu můžeme vidět číselné i grafické zobrazení výsledků.

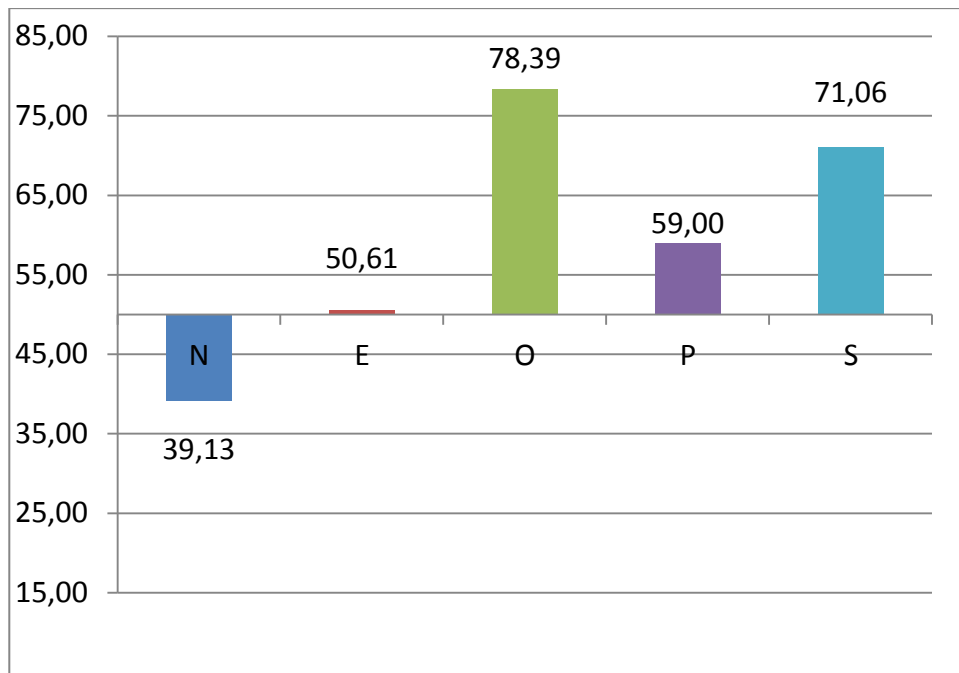


Obrázek 16. Výsledky jednotlivých subškál NEO FFI u 31 jedinců před pobytem

Z výsledků uvedených v grafu je můžeme vyčíst, jakých hodnot dosahuje výzkumný vzorek jako celek. Hodnoty v jednotlivých škálách variují mezi nejnižším percentilem 39,13 (škála neuroticismus) a nejvyšším percentilem 78,39 (škála otevřenost vůči zkušenosti). Při sestupném výčtu výraznosti jednotlivých osobnostních charakteristik dle NEO-FFI můžeme vytvořit následující pořadí:

- Otevřenost vůči zkušenosti (78,39),
- Svědomitost (71,06),
- Přívětivost (59,00),
- Extraverze (50,61),
- Neuroticismus (39,13).

Protože percentil 50 tvoří určitou hranici, která odděluje hodnoty „pod“ a „nad“, může být zajímavé si stejné data prezentovat v následujícím grafu s tímto zřetelem pro zvýraznění možných osobnostních tendencí výzkumného vzorku jako celku (hranice na ose zvolíme blízko +/- jedné směrodatné odchylce od percentilu 50).



Obrázek 17. Znáznornění percentilů u NEO FFI u 31 jedinců před pobytem

Bez dalších přesných statistickým výpočtů²⁴ můžeme konstatovat, že všechny naměřené hodnoty spadají do rozpětí širšího průměru, což nepoukazuje na vyloženě specifickou populaci. I tak si však můžeme povšimnout patrné tendence ke spíše nižší úrovni neuroticismu a vyšším úrovním otevřenosti vůči zkušenosti a svědomitosti. Za zajímavé můžeme považovat také hodnotu neuroticismu, která spadá s percentilem 50,61 téměř přesně do středu.

Tímto bychom mohli uzavřít popis výsledků k první výzkumné otázce a rovnou přejít ke druhé výzkumné otázce, která na první úzce nasedá.

Výzkumná otázka 2

Pro její zodpovězení použijeme stejná data, která můžeme podrobit testování parametrickou statistikou. Ačkoliv pracujeme s relativně malým vzorkem ($n=31$), data vykazují normální distribuci, čímž splňují požadavek pro použití parametrické statistiky.

Níže uvedená Tabulka 3 prezentuje průměrná skóre a směrodatné odchylky u jednotlivých subškál NEO-FFI pro výběrový soubor a populační normy.

²⁴ Se znalostí informace, že jedna standardní odchylka oběma směry od percentilu 50 vytvoří rozmezí <15,9; 84,1>.

Tabulka 3. Průměrná skóre u jednotlivých subškál NEO-FFI

Škála		N	Průměr	Standardní odchylka
Neuroticismus	populační výběr	945	22,44	8,06
	vzorek REST	31	18,26	9,01
Extraverze	populační výběr	945	31,9	7,55
	vzorek REST	31	31,48	9,15
Otevřenost vůči zkušenosti	populační výběr	945	27,69	6,78
	vzorek REST	31	34,26	5,67
Přívětivost	populační výběr	945	30,02	6,37
	vzorek REST	31	32,03	6,53
Svědomitost	populační výběr	945	28,64	7,49
	vzorek REST	31	34,97	8,59

Pro další výpočet jsme zvolili F-test pro porovnání, zda jsou oba vzorky součástí jedné populace, nebo zda náleží dvěma různým populacím, a tedy existují statisticky významné rozdíly v osobnostních hodnotách měřených osobnostním inventářem NEO-FFI mezi výběrovým souborem a celou populací. Tuto otázku nám zodpoví následující tabulka.

Tabulka 4. Statistické významnosti rozdílů ve skóre dotazníku NEO-FFI mezi vzorkem REST a populačním výběrem

Škála	z	p
Neuroticismus	-0,51	ns
Extraverze	-0,05	ns
Otevřenost vůči zkušenosti	0,96*	ns
Přívětivost	0,30	ns
Svědomitost	0,84	ns

Komentář: *Hodnota 0,96 není statisticky významná, ale statistické významnosti se velmi blíží.

Statisticky významné rozdíly mezi výběrovým souborem a populačním výběrem ve škálách NEO-FFI se nepotvrdily. Přesto si můžeme povšimnout, jak již bylo zmíněno výše,

že z hlediska neuroticismu vykazují jedinci z výzkumného souboru nižší hodnoty, než je tomu u populačního výběru. Opačný, a ještě významnější trend můžeme nalézt u škál svědomitost a především otevřenost vůči zkušenosti, kde se hodnoty výzkumného souboru blíží rozdílu (nárůstu) jedné směrodatné odchylky oproti populačnímu výběru.

Na druhou výzkumnou otázku můžeme na základě prezentovaných dat odpovědět, že nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi výzkumným souborem a populačním výběrem.

Hypotéza 1

Na základě prezentovaných dat v *Tabulce 4* můžeme rovnou přistoupit k přistoupit k **zodpovězení první postulované hypotézy: Hypotézu zamítáme**, jedinci podstupující zkušenost s terapií tmou nedosahují ve srovnání s běžnou populací statisticky vyšší otevřenosti vůči zkušenosti.

6.3 Diskuse

Je pro nás překvapením shrnutí výsledků první studie, která orientačně mapovala osobnostní charakteristiky klientů terapie tmou, a to v tom, že nedošlo k potvrzení první hypotézy. Zmiňme však, že vzorek TT dosahuje rozdílu téměř jedné standardní odchylky od populačního průměru, a tak postulovanou hypotézu (H_1) zamítáme jenom o těsný rozdíl. Mohli bychom tedy spekulovat, že ačkoliv ke statistickému potvrzení nedošlo, praktická významnost téměř jednoho z-skóru je nezanedbatelná.

Pokud se podíváme na směr výsledků (bez ohledu na statistickou významnost, je v souladu s naším očekáváním, že vzorek TT směřuje k vyšším hodnotám než populace právě v charakteristice otevřenost vůči zkušenosti.

Poměrně zajímavostí je pro nás možný trend, že TT podstupují lidé s tendencí skórovat níže v neuroticismu, a za příjemné považujeme zjištění, že TT nepodstupují lidé s extrémními hodnotami na škále extraverte, ale že skórují přímo ve středovém percentilu (případný předpoklad, že tato zkušenost bude přitahovat ryzí introverty, není na místě).

Za zajímavé považujeme také to, že vzorek TT má tendenci skórovat o něco výše ve škále přívětivosti, zřejmě se tedy nemusíme obávat, že by TT podstupovali lidé odtažití, stranící se společnosti. Naopak zde potkáme lidi spíše přívětivé.

Překvapila nás také zvýšená svědomitost vzorku TT. Možnou odpověď však spatřujeme ve faktu, že TT v BRC Čeladná podstupují v nemalé míře lidé v řídicích funkcích a v poměrně vysokém pracovním nasazení. To by se právě mohlo odrážet jednak v jejich potřebě odpočinku, dále pak v jejich mírně zvýšené svědomitosti.

Pokud se podíváme na charakteristiku vzorku jako takového, třicet jedna jedinců není na kvantitativní šetření mnoho, nicméně vzhledem k povaze výzkumného tématu je i tento počet slušným výsledkem. Zastoupení mužů a žen v poměru 2:1 není z dlouhodobého hlediska typické, nicméně v prvním roce testování takto vyšlo.

Za zmínku ještě stojí, že klienti TT jsou téměř až na malé výjimky pracující lidé ve středním, produktivním věku. Ve většině případů to nejsou mladí experimentátoři bez zkušeností, kteří pouze hledají něco nového, ani to nejsou většinou starší lidé v důchodovém věku, kteří mají spoustu volného času. Je to o to zajímavější, že pro pobyty TT se rozhodují právě lidé, kteří zjevně tento pobyt mají na úkor jiného typu dovolené s rodinou (kterou ve velké většině mají).

Fakt, že TT předčasně opustili dva jedinci z jednatřiceti, považujeme nejen za přiměřený, ale dokonce za pozoruhodný. Být týden sám se sebou bez „zabavovačů“, na něž jsme navyklí, není běžnou zkušeností a je to v mnohých případech skutečným testem toho, kdo co vydrží. Na druhou stranu je nutné vzít do úvahy i fakt, že když už někdo do zkušenosti tohoto typu tolik investuje (je jí natolik přitahován), zřejmě chce vydržet až do konce. Dalším možným vysvětlením – snad v neposlední řadě – je, že lidé podstupující TT v ní skutečně vidí smysl a čas v průběhu pobytu rozhodně není jenom náročný, nudný či nepříjemný, ale je to mnohdy vítanou změnou, a skýtá benefity, které při pohledu „mimo tuto zkušenost“ mohou unikat.

6.4 Závěr

Závěrem první studie je, že **nedošlo k potvrzení postulované hypotézy H_1 , kterou tímto zamítáme**. Závěr naší studie v tomto bodě zní, že jedinci podstupující terapii tmou neskórují statisticky významně výše v otevřenosti vůči zkušenosti ve srovnání s celou populací. VO_1 a VO_2 můžeme zodpovědět, že výzkumný vzorek TT se statisticky významně neliší od populačního průměru. Tedy až na určité trendy a inklinace v možných osobnostních rozdílech měřených osobnostním inventářem NEO je vzorek TT podmnožinou populace základní.

7 FÁZE 1 – TEST-RETESTOVÁ STUDIE VYBRANÝCH NEKOGNITIVNÍCH DIMENZÍ I

Ještě v rámci první výzkumné fáze jsme také začali s hledáním odpovědí na otázky po možných změnách v nekognitivních dimenzích jedinců po absolvování týdenního pobytu terapie tmou (TT).

7.1 Výzkumný problém

Součástí první výzkumné fáze nebylo pouze změření osobnostních charakteristik pomocí inventáře NEO-FFI. Dále nás zajímá, zda a k jakým změnám vlivem pobytu terapie tmou dochází. Vezmeme-li v potaz, že jedinci podstupující takovou zkušenost za ni platí rozhodně nemálo²⁵, je proto otázka po ziscích z takového „dobrodružství“ zcela na místě. Už v přípravné fázi jsme se potýkali s nesnadným úkolem. Z hlediska zcela nového kontextu (ve srovnání s předchozími typy výzkumů sensorické deprivace a později REST), bychom zřejmě nevystačili se stejným výzkumným nastavením. Navíc – a to je velmi podstatný moment – jsme nemohli realizovat experimentální studii. A právě to byla podstata dřívějších výzkumů. Naše výzkumná situace byla limitována ochotou účastníků podělit se o své zkušenosti a vyplnit několik dotazníků, na podkladě pobytu terapie tmou, který nebyl v naší režii, tj. bez možnosti kontrolování či možnosti změny proměnných.

²⁵ V našem partnerském výzkumném zařízení BRC Čeladná v této fázi výzkumu stál týden pobytu 7 000 Kč, na který si naprostá většina klientů (až na výjimky zaměstnaných lidí středního věku) musela vybrat minimálně 7 dnů dovolené (čtvrtek, pátek, pondělí, úterý, středu a ještě další čtvrtek), které tak nemohli strávit u moře, na chalupě či s rodinou. A k tomu nutno připočítat, že týden bez běžně dostupných zabavovačů s omezenou možností činností, tvoří další „přidanou hodnotu“ k již zmíněnému.

Nemohli jsme ani zahrnout tyto dobrovolníky odrazujícím množstvím dotazníků, zvolili jsme proto v první test-retestové studii monitorování případných rozdílů v následujících oblastech: sebeúcta, sense of coherence a postoje ke smrti. Oblast sebeúcty nás zajímá vzhledem k již provedeným studiím, oblast psychické odolnosti nás zajímá na podkladě dosud zjištěných poznatků a vlastní zkušenosti v přípravné fázi. Téma smrti a postoje je inspirováno prací dr. Kalweita a buddhistické tibetské tradice, která se vznikem Dunkeltherapie souvisí. Ačkoliv nepředpokládáme změny v osobnostních dimenzích, pro zajímavost jsme i pro retestovou fázi předložili probandům k dotazník NEO-FFI k opětovné administraci spolu s ostatními (pretestová a posttestová dotazníková baterie tak byly totožné).

7.1.1 Cíle studie

U klientů, kteří podstoupili týdenní zkušenost terapie tmou pomocí test-retestové studie zachytit případné změny v následujících oblastech: sebeúcta, sense of coherence, postoje ke smrti. Pro doplnění podrobíme stejnému postupu také osobnostní dimenze v pojetí osobnostního inventáře NEO-FFI.

7.1.2 Hypotézy a výzkumné otázky

H₂: Po týdenním pobytu TT dojde u klientů ke statisticky významnému nárůstu sebeúcty ve srovnání se stavem před pobytem.

H₃: Po týdenním pobytu TT dojde u klientů ke statisticky významnému nárůstu sense of coherence ve srovnání se stavem před pobytem.

VO₃: Jaké změny nalezneme u klientů po týdenním pobytu TT v postojích ke smrti?

VO₄: Nalezneme v osobnostních dimenzích klientů po absolvování TT změny oproti stavu před pobytem?

Zdůvodnění výběru uvedených hypotéz a výzkumných otázek jsme již zodpověděli výše, proto je nyní nebudeme uvádět znovu a postoupíme k metodologickému rámci.

7.2 Metodologický rámec

7.2.1 Typ výzkumného projektu

Předkládaná studie je test-retestovou studií, při níž statisticky hodnotíme případné rozdíly v hodnotách měřených sebezposuzujícími dotazníky, které klienti vyplňovali před pobytem terapie tmou a po jejím ukončení.

7.2.2 Testové metody

Rosenbergova škála sebehodnocení

Rosenbergova škála sebehodnocení – *Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)* - je subjektivní desetipoložková škála měřící úroveň globálního vztahu k sobě. Rosenberg (1965) definuje sebehodnocení jako přesvědčení jedince, že je dostatečně dobrý. Dle Halamy (2008) může být tato metoda používána alternativně jako jedno, dvoj nebo trojdimenzionální nástroj. Častěji je však pojímána jako jednodimenzionální (Blatný, Osecká, 1994). Takto s ní zacházíme i v naší studii. Reliabilita testu byla ověřována mnohokrát a jeví se jako uspokojivá (Halama & Bieščad, 2006).

Sense of coherence

Tento 29 položkový sebezposuzovací dotazník – SOC - vychází z konceptu A. Antonovského o pojetí sence of coherence (smysl pro soudržnost či integritu), které vysvětluje úspěšné zvládnání stresorů (Antonovsky, 1993).

Úkolem probanda je ohodnotit každý výrok na 7 bodové Likertově škále, přičemž 1 a 7 jsou krajní hodnoty, jejichž slovní popis se v každé otázce liší a hodnota 4 značí nerozhodnost v otázce. Tento dotazník se skládá ze tří subškál v pojetí: smysluplnost, srozumitelnost a zvládnutelnost. Vyplnění dotazníku je časově neomezeno a jeho vyplnění trvá do 10 minut

Dotazník postojů ke smrti Death Attitude Profile – Revised

Tento dotazník – *Death Attitude Profile-Revised (DAP-R)* - obsahuje řadu výroků vztahujících se k různým postojům ke smrti. Úkolem probanda je přečíst si 32 těchto sebezposuzujících výroků a ohodnotit každý na 7 bodové Likertově škále v rozmezí od „zcela souhlasí“ po „zcela nesouhlasí“. Administrací dotazníku získáme pět skóre pro jednotlivé

subškály, a to: *strach ze smrti, vyhýbání se smrti, neutrální přijetí, přátelské přijetí, únikové přijetí*. Nevzniká celkový skór, škály nejsou sčitatelné subškály nadřazenému konceptu (Paul, Reker & Gesser, 1994). Vyplnění dotazníku není časově omezeno a jeho vyplnění trvá cca 5-10 minut.

NEO Pětifaktorový osobnostní inventář

Jelikož jsme tuto metodu podrobně popsali již v předchozí studii, odkážeme nyní na místo, kde lze její popis nalézt, a to **v kapitole 6.2.2.**

7.2.3 Průběh výzkumu

Průběh výzkumu je v první fázi totožný s popisem uvedeným v kapitole „**6.2.3 Průběh výzkumu**“, až do momentu nástupu na pobyt. V předchozí studii tím končil sběr dat a následovalo jejich vyhodnocování. Zatímco v této studii jsme vyčkali týden od ukončení pobytu terapie tmou a její absolventy jsme opět oslovili s opětovným vyplněním testových metod (o této skutečnosti samozřejmě byli informováni předem). Požádali jsme probandy o vyplnění metod, jakmile to bude možné. Protože jsme si zároveň uvědomovali, že jejich účast je zcela dobrovolná, a že mohou mít po více než týdně neangažování se v každodenním životě plném různých soukromých i pracovních povinností, na vyplnění metod jsme netlačili. To nakonec mohlo přispět k většímu rozptylu ve vyplňování testových metod po pobytu. Výzkumná data z retestové fáze proto máme z rozmezí týdne až měsíce po ukončení pobytu. Celá testová baterie obsahovala čtyři testové metody o rozsahu 131 položek, jejich administrace zabrala probandům v závislosti na jejich rychlosti cca 30 až 50 min.

7.2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří výběr z předchozího souboru, který čítal třicet jedna jedinců. Tento výběrový soubor čítá devatenáct jedinců. Počet jedinců je tak bohužel poměrně nízký, rozhodli jsme se však pro jeho redukci z důvodu vytvoření co nejvyšší homogenity a tím i interpretovatelnosti získaných dat. K redukci došlo z následujících důvodů:

- Zahrnuli jsme do studie pouze jedince, kteří absolvovali přesně týdenní pobyt (a celý jej dokončili).

- Zahrnuli jsme do studie pouze jedince, u nichž se jednalo o prvopobyt (v předchozím souboru bylo několik jedinců, kteří absolvovali opakovaný pobyt).
- Zahrnuli jsme do výpočtů pouze jedince, kteří testové metody vyplnili do jednoho měsíce od ukončení terapie tmou.

Neboť v ostatních ohledech je tento soubor velmi podobný souboru předchozímu (jedná se podskupinu ze stejné populace), uvedme pouze výčet základních charakteristik:

Celkový počet jedinců = 19; z toho počet mužů = 10, počet žen = 9).

Pro bližší charakteristiku vzorku odkazujeme na kapitolu „**6.2.4 Výzkumný soubor**“.

7.2.5 Práce s daty a jejich výsledky

Hypotéza 2

Ve druhé výzkumné fázi nás zajímá ověření hypotézy, že týdenní pobyt terapie tmou statisticky významně zvyšuje míru sebeúcty měřenou dotazníkem RSES. Jelikož nebyl dodržen předpoklad normální distribuce dat, prezentované výsledky jsme podrobili neparametrickým statistickým postupům, konkrétně Wilcoxonovu testu, jak ukazuje následující tabulka.

Tabulka 5. Výsledné hodnoty dotazníku RSES

N = 19		Hodnoty pre / post			Wilcoxonův test	
Dotazník	M_{pre}	M_{post}	SD_{pre}	SD_{post}	z	p
RSES	32,11	33,84	5,53	5,28	1,79	.073

Z naměřených hodnot můžeme přímo přistoupit **k zodpovězení testované hypotézy, kterou tímto zamítáme**. Nedošlo k prokázání statisticky významného zvýšení sebeúcty měřené pomocí RSES po pobytu terapie tmou.

Hypotéza 3

Dalším použitým dotazníkem byl dotazník SOC, pomocí něž jsme ověřovali hypotézu, že týdenní pobyt terapie tmou statisticky významně zvyšuje míru odolnosti právě v pojetí konceptu sense of coherence. Vzhledem k charakteru dat jsme se i zde rozhodli použít neparametrický Wilcoxonův test, jak můžeme vidět v následující tabulce.

Tabulka 6. Výsledné hodnoty dotazníku SOC

Škály	Hodnoty pre / post				Wilcoxonův test	
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	z	p
Srozumitelnost	49,26	51,26	12,819	11,249	1,76	.077
Zvládnutelnost	52,79	53,68	8,554	9,369	,85	.394
Smysluplnost	29,32	30,05	8,95	10,09	,08	.930
Celkové skóre	147,84	150,95	26,475	26,452	1,19	.231

Z prezentovaných hodnot můžeme vyčíst, že nedošlo ke statisticky významnému posunu jak na žádné subškále dotazníku SOC, tak v celkovém skóre dotazníku. Hodnota nejbližší statistické významnosti ($p = 0,077$) byla naměřena u subškály srozumitelnost. Ostatní hodnoty jsou od statistické významnosti velmi vzdáleny. Z naměřených hodnot můžeme postoupit **k zodpovězení testované hypotézy, kterou tímto zamítáme.**

Výzkumná otázka 3

Zařazený dotazník DAP-R slouží k zodpovězení výzkumné otázky o vlivu týdenní terapie tmou na postoje ke smrti nemá přímou oporu v již realizovaných studiích²⁶. Souvislosti spatřujeme v neakademické linii praktikování technik podobným terapii tmou (Kalweit, 2006). I zde jsme zvolili neparametrický Wilcoxonův test, jak ukazuje následující tabulka.

Tabulka 7. Výsledné hodnoty dotazníku DAP-R

Škály	Hodnoty pre / post				Wilcoxonův test	
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	z	p
Strach ze smrti	14,95	13,42	5,28	6,70	-1,56	.117
Vyhýbání se smrti	10,26	9,37	4,47	5,34	-1,16	.245
Přátelské přijetí	29,32	30,05	8,95	10,09	,75	.452
Únikové přijetí	13,89	14,32	4,36	4,93	,59	.550
Neutrální přijetí	23,00	23,00	1,67	2,21	,09	.928

Ani v tomto případě nebyly prokázány žádné statisticky významné rozdíly. **Odpoověď na výzkumnou otázku 3 zní, že jsme nezaznamenali statisticky významné změny v hodnotách postojů ke smrti před a po týdenním pobytu terapie tmou u výzkumného souboru.**

²⁶ Nepřímé spojení vidíme v užití Moodyho techniky *psychomanteum* (Hastings, 2012), kterou užíval v tématice blízké smrti. Ne však smrti vlastní, kdežto přijímáním faktu smrti blízké osoby.

Výzkumná otázka 4

Posledními daty, která budeme prezentovat ve druhé studii první fáze, se opět týkají dotazníku NEO-FFI. Ačkoliv bychom neměli předpokládat změnu v osobnostních charakteristikách, rozhodli jsme se z již zmiňovaných důvodů dotazník ponechat pro následné testování, data vyhodnotit a prezentovat jako zajímavost. Opět za použití neparametrické statistiky, konkrétně Wilcoxonova testu.

Tabulka 8: Výsledné hodnoty dotazníku NEO-FFI

N = 19		Hodnoty pre / post				Wilcoxonův test	
Škály	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	z	p	
Neuroticismus	92,91	88,43	17,32	15,79	-2,01	.044*	
Extraverze	98,94	98,68	19,903	20,46	-0,07	.943	
Otevřenost	114,43	114,07	12,834	13,54	-0,18	.856	
Přívětivost	112,73	111,66	14,81	15,55	-0,48	.629	
Svědomitost	102,43	106,78	17,51	16,41	2,33	.020*	

Paradoxně u metody, kde jsme změny spíše neočekávali, odhalila neparametrická statistika signifikantní změny po týdenním pobytu terapie tmou ve srovnání se stavem před pobytem, a to ve dvou dimenzích. Na hladině významnosti $p < 0,05$ došlo k posunu u *neuroticismu* a *svědomitosti*. Zatímco u prvního jsme zaznamenali pokles, u druhého naopak sledujeme nárůst naměřené hodnoty.

Odověď na výzkumnou otázku 4 je, že jsme našli změny v osobnostních dimenzích dle pětifaktorového modelu osobnosti NEO-FFI, konkrétně snížení míry neuroticismu a zvýšení míry svědomitosti, obojí na hladině $p < 0,05$.

7.3 Diskuse

Na začátek diskuse k prezentovaným výsledkům je nutno zmínit, že vzorek byl nevelký, tudíž z hlediska statistického zpracování by bylo třeba výraznějších změn, aby byly potvrzeny na příslušných významnostních hladinách.

Proto, ačkoliv nebyly potvrzeny postulované hypotézy, v obou případech jsme zaznamenali mírný posun ve výsledcích očekávaným směrem (rozdíl post-testového měření oproti pre-testovému). Zůstává tedy otázkou, zda by se tato tendence ve větším vzorku potvrdila i statisticky, nebo zda by výsledky zůstaly nad hladinou významnosti.

Pozastavme se chvíli u subškály srozumitelnosti dotazníku SOC, kde byla zaznamenána jistá tendence k významnosti ($p = 0.077$). Tomuto výsledku rozumíme jako skutečnosti, která podporuje náš předpoklad, že v průběhu terapie tmou jedinci výrazně přemýšlí nad svým životem. Získávají dočasně větší odstup, což umožňuje náhled v nových souvislostech a perspektivách, a to mnohem komplexněji, než to umožňuje prostředí plné rušivých vlivů s omezenými možnostmi soukromí. Z uvedené tendence nedokážeme posoudit, nakolik hraje roli interakce s opatrovníkem-terapeutem, a nakolik je to čistě otázkou samotných jedinců.

Kdybychom si vzali na pomoc zjištění uvedená v analýze spontánních výpovědí klientů uvedených v této práci, mohli bychom předpokládat, že roli hraje obojí. Tzn., že podpořit tyto procesy může jak opatrovník, tak sám klient, který je dostatečně kompetentní k mnohým zjištěním.

Nemůžeme tedy zatím prokázat statistickou významnost, přesto si dovoluujeme předpokládat, že skutečně toto prostředí omezené zevní stimulace pomáhá v jisté vnitřní inventuře, ujasňování si svých vztahů, svého života, minulosti, současnosti i budoucnosti. A to se pak odráží jako trend v nárůstu srozumitelnosti života jako takového. To považujeme za možný salutoprotektivní činitel s výrazným psychohygienickým potenciálem.

Dotazník postojů ke smrti jsme zvolili z důvodu, že jsme se chtěli pokusit odhalit možné napojení na tradici, kde je terapie tmou výrazně spojována s tématem smrti. Mnozí jedinci, než vstoupí do TT, jsou jistým způsobem „poučení“. Téměř každý si něco přečte. Nehledají však většinou systematicky, tudíž každý má odlišné informace. Někteří

lidé jsou srozuměni více s konceptem terapie tmou dr. Kalweita, a tak do TT mohou vstupovat s nastavením také na témata smrti. V dnešní době je však mnoho článků z tuzemského prostředí, které již na tematiku smrti poukazovat nemusí, což může způsobovat naopak jisté „naředění“ tohoto apriorního nastavení v myslích jedinců podstupujících tuto zkušenost. To by mohlo být jedním z vysvětlení, proč jsme nenaměřili statisticky významné výsledky. Druhým může být to, že tento nástroj není vhodný k měření konceptu, který vychází více z filozofie a spirituality, a psychologický nástroj jako je tento, jej nemůže správně uchopit, a tudíž ani měřit. Třetím vysvětlením může být, že téma smrti je v tomto případě přeceněno a ztrácí se v podstatnějších tématech, která jedince k pobytu TT motivují, a která se pak v průběhu pobytu objevují.

Nicméně jisté spojení mezi oblastmi nevědomí – tma – smrt tady bude stále a my nyní můžeme pouze shrnout, že jsme jej správně nevystihli a zatím mu nerozumíme. „Nejzajímavější výsledek“, který byl naměřen, tj. mírný pokles hodnoty po TT (na $p = 0.117$), je právě na subškále *strach ze smrti*, což působí jako jisté opodstatnění tématu.

Na závěr diskuse přistupme k dotazníku NEO-FFI, který byl zařazen tak „trochu navíc“.²⁷ Přesto nám poskytl – paradoxně – jediné významné výsledky celé této studie. To je důvod, že jsme jej nakonec do prezentace výsledků zahrnuli. Přestože pokles míry neuroticismu a vzestup svědomitosti působí jako zajímavé a podnětné zjištění, bylo by předčasně uzavírat, že se jedná o změnu v osobnosti jako takovou (a trvalou). Jako dočasnou změnu v nastavení osobnostních charakteristik však výsledky považovat zřejmě můžeme. A je příjemným zjištěním, že pobyt TT může přispět ke snížení míry neuroticismu. Zda je to pouhým dočasným omezením zevní zátěže, zatím nevíme. Zvýšení míry svědomitosti je zajímavé a vyvolává i další otázku. Vzorek TT byl již před pobytem spíše nadprůměrný ve svědomitosti. Nemůže tak tedy další nárůst svědomitosti být spíše kontraproduktivní? Na tuto otázku však neznáme odpověď. A spíše si prozatím situaci vysvětlujeme tak, že jedinci při TT přijdou k mnoha zjištěním a často s rozhodnutím, která chtějí realizovat, co chtějí dokončit, co chtějí změnit. Toto nastavení bude nejspíše jen dočasné, nicméně i tak se může jednat o prospěšné nastavení, kdy je jedinec vyhladovělý

²⁷ Můžeme to nazvat intuicí nebo jistým perfekcionismem ve stylu „neponechat nic náhodě“, každopádně opodstatnění tohoto motivu stěží najdeme v teoretickém zakotvení osobnostních dimenzí.

po podnětech a po možnostech faktického konání. Proto je více motivován k případným změnám. Tento poznatek považujeme za hodný dalšího zkoumání, především pro možnost využití situace např. i v klasickém terapeutickém procesu, jako impuls k realizování žádoucích změn (změny v návykovém chování, v zdravých postojích, v započatí cvičení a redukci váhy a jiné).

7.4 Závěry

Závěry druhé studie první výzkumné fáze jsou, že nebyly statisticky potvrzeny stanovené hypotézy o nárůstu míry sebeúcty a míry nezdolnosti v pojetí sense of coherence. Z výzkumné otázky po změnách v postojích ke smrti také nevyplýval žádný statisticky průkazný materiál. Zato v rámci zodpovídání poslední, spíše doplňkové výzkumné otázky, byl odhalen signifikantní pokles míry neuroticismu a signifikantní nárůst míry svědomitosti, což nás vede k dalším hypotézám a možným směrům dalšího zkoumání. V tomto ohledu považujeme tuto studii za podnětnou a užitečnou.

8 FÁZE 2 – TEST-RETESTOVÁ STUDIE

VYBRANÝCH NEKOGNITIVNÍCH DIMENZÍ II

Po první výzkumné fázi jsme se rozhodli zachovat pouze jeden z původních dotazníků, a při zachování původní metodologie, na novém výzkumném souboru zodpovídat nové hypotézy pomocí jiných dotazníkových metod.

8.1 Výzkumný problém

Ve druhé fázi se těžiště výzkumného zájmu posunulo na monitorování převážně jiných psychologických charakteristik. Zůstává sledování vlivu terapie tmou na sebeúctu, nově přibývá měření vlivu terapie tmou na existenciální dimenze. Základním pilířem této části se stává všímavost (mindfulness) a dopad terapie tmou na tuto oblast. Dále považujeme za nezbytné prověřit ožehavé téma možných rizik spojených s pobytem v prostředí snížené zevní stimulace, a to možných negativních dopadů na hladiny úzkosti, deprese a dalších škál psychopatologické symptomatiky. Především oblast bezpečnosti či rizikivosti těchto technik nesmí zůstat opomenuta. Pokud tyto techniky skýtají nebezpečí, je důležité jej znát a využít těchto poznatků k ochraně duševního zdraví jedinců, kteří pobyty absolvují nebo chtějí absolvovat. Pokud se na druhou stranu tyto časté (a nejednoznačně podložené) obavy ukáží jako liché, mělo by toto poznání sloužit k jejich přehodnocení, případně opuštění.

8.1.1 Cíle studie

Na podkladě vlastních zkušeností, studia literatury a informací získaných v průběhu předešlé fáze jsme se rozhodli ověřit, zda týdenní terapie tmou má vliv na sebehodnocení, prožívanou životní smysluplnost a všímavost.

Dodatečně nás zajímalo, zda prostředí omezené zevní stimulace bude u pokusných osob indukovat některé psychopatologické symptomy, které se nám v kvalitativním šetření nepodařilo identifikovat a mohly tak uniknout naší pozornosti.

8.1.2 Hypotézy

VO₅: Budou po týdenním pobytu TT klienti skórovat odlišně v existenciálních kvalitách měřených dotazníkem ESK ve srovnání se stavem před pobytém.

Inspirací proto tuto výzkumnou otázku nám byly jak vlastní pobyty, tak rozhovory s klienty TT, kde jsme byli schopni identifikovat právě existenciální přesahy pobytů TT. Předpokládáme změny v sebeodstupu (zmiňované nová uvědomění a perspektivy), téma svobody stěží zůstane nedotknuto při týdenním omezení jak v činnostech a pohybu, tak v sociálních kontaktech atd.

VO₆: Jaké změny v oblasti psychopatologie naměříme u klientů po týdenním pobytu TT ve srovnání s výchozím stavem?

Tato výzkumná otázka nás velmi zajímá, neboť se poměrně často setkáváme s obavami ohledně duševního zdraví jedinců podstupujících tuto zkušenost. Setkávají se s tím samotní klienti TT (když o svém záměru informují své blízké), tak jsou tyto názory a obavy občas prezentovány veřejně a mohou tak poškozovat pověst terapie tmou. Nebo naopak mohou varovat před potenciálním nebezpečím, což nelze brát na lehkou váhu. A jako jediné východisko vidíme skutečný výzkum v této oblasti, ne pouhé spekulace.

H₄: Po týdenním pobytu TT dojde u klientů ke statisticky významnému nárůstu všímavosti ve srovnání se stavem před pobytém.

Při pobytu TT, jak již bylo uvedeno v teoretické části, snad není možné nebyť více pozorný k přítomnosti a jednotlivým činnostem. Prostředí vyloženě vybízí k záměrnému i bezděčnému soustředění, bdělosti a přítomnosti, jinak mohou nastat nechtěné

komplikace (úraz o otevřené dveře, svrhnutí hrnku s nápojem ze stolů, nenalezení kusu oblečení...).

H₅: Po týdenním pobytu TT dojde u klientů ke statisticky významnému nárůstu sebeúcty ve srovnání se stavem před pobytem.

Tuto hypotézu jsme formulovali před znalostí výsledků předchozí studie, a protože jsme stále předpokládali nárůst míry sebeúcty, a zároveň užívá metodu nenáročnou na administraci, ponechali jsme tuto hypotézu i v této druhé výzkumné fázi.

8.2 Metodologický rámec

8.2.1 Typ výzkumného projektu

Stejně, jako v předchozím případě, to je druhé studii první výzkumné fáze, se i zde jedná o test-retestovou studii, při níž statisticky hodnotíme případné rozdíly v hodnotách měřených sebezposuzujícími dotazníky, které klienti vyplňovali před pobytem terapií tmou a po jejím ukončení.

8.2.2 Testové metody

Existenciální škála (ESK)

Existenciální škála - anglicky *Existence Scale (ES)* - autorů Längleho, Oglerové a Kundiho (2001). První české vydání přeložil a upravil Karel Balcar. Jedná se o sebezposuzovací dotazník, který zjišťuje kompetenci osoby zacházet se sebou a se světem. Sestává ze 4 základních stupnic. *Sebeodstup*: schopnost podstoupit od sebe samého a otevřít se tak nezkraslenému vnímání situace; *Sebeopřesah*: schopnost vyjít za hranice sebe sama a vstoupit do citového vztahu k někomu či k něčemu; *Svoboda*: schopnost rozhodnout se pro možnosti dle jejich subjektivního ocenění; *Odpovědnost*: schopnost aktivně jednat a nést důsledky. První dvě spolu tvoří faktor vyššího řádu osobních předpokladů *Personalita*: otevřenost vůči sobě a hodnotám. Celkový skóre je dán součtem všech čtyř subškál: osobní smysluplná existence. ES má celkem 46 položek, jejím východiskem je existenciálně analytická antropologie Frankla (1996), kterou dále rozpracoval a modifikoval Längle (2002). Autoři metody poukazují na uspokojivé

koeficienty vnitřní konzistence (Cronbachovo alfa), které byly zjišťovány jak u standardizačního (0,93) tak i klinického vzorku (0,95).

Dotazník pěti aspektů všímavosti (DPAV)

Dotazník pěti aspektů všímavosti - anglicky *Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ)* - autorů Baerové, Smithe, Hopkinsové, Krietemeyerové a Toneyové (2006). V naší studii jsme použili českou verzi dotazníku, kterou vytvořil Benda (2007) v rámci své disertační práce. FFMQ je 39 položkový dotazník, který měří pět aspektů všímavosti. Výsledkem je celkové skóre, které je dáno součtem skóre pět subškál: *Pozorování* (bdělá pozornost k tomu, co se právě odehrává); *Popisování* (schopnost vložit své pocity, myšlenky či představy do slov); *Uvědomělé jednání* (schopnost být plně pozorný k činnosti, která je právě vykonávána); *Nehodnocení intrapsychických prožitků* (zaujetí nehodnotícího postoje k vlastním myšlenkám a pocitům); *Nereagování na tyto prožitky* (schopnost nenechat se unést či zaplést do vlastních myšlenek a pocitů). Reliabilita testu byla autory ověřena výpočtem vnitřní konzistence testu (Cronbachovo alfa), která se u jednotlivých škál pohybuje v rozsahu 0,75 do 0,91 (Baer et al., 2006).

Rosenbergova škála sebehodnocení

Již byla popsána v kapitole „**7.2.2 Testové metody**“, protože zde již nebudeme text opakovat.

Symptom Checklist 90 (SCL-90)

Symptom Checklist 90 neboli *Self-Report Symptom Inventory* (Svoboda, 2010) je multidimenzionální sebesposuzovací dotazník vytvořený pro klinické účely v roce 1973. Autory jsou L. R. Derogatis, R. S. Lipman a L. Covi (Bieščad, Szeliga, 2005). Dotazník se dá využít jak pro rychlou diagnostiku psychopatologie, tak pro posouzení aktuálního psychického stavu zdravých osob. Bieščad a Szeliga (2005) uvádí, že je to jeden z nejpoužívanějších klinických dotazníků a jeho výhodou je to, že po jeho administraci dostaneme souhrn těžkostí klienta na malém prostoru. Devadesát položek v testu je rozděleno do devíti dimenzí: *somatizace, obsese – kompulze, interpersonální senzitivita, deprese, úzkost, hostilita, fobie, paranoidita, psychoticismus*. Výsledný skóre poukazuje na celkovou míru psychopatologie a distresu dotazovaného jedince. V dotazníku je také sedm nezařazených položek, které se týkají chuti k jídlu či spánkového režimu. Vnitřní

konzistence testu (Cronbachovo alfa) se u jednotlivých škál pohybuje v rozsahu 0,75 až 0,93 (Bieščad, Szeliga, 2005).

8.2.3 Průběh výzkumu

Po dohodě s PhDr. Urbišem, který pro zájemce zajišťuje službu Terapie tmou v Beskydském rehabilitačním centru Čeladná, jsme vytvořili dokument s informací o realizovaném výzkumu, o jeho povaze a účelu, se specifikací zachování anonymity získaných údajů, dobrovolnosti a s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Ten poté PhDr. Urbiš zájemcům o pobyt zaslal emailem. Dále bylo na klientech, zda nás kontaktovali se zájmem účastnit se studie. V případě souhlasu jim byly předem zodpovězeny případné dotazy a byly jim k administraci předloženy testové metody, které vyplňovali týden před absolvováním Terapie tmou. Po absolvování procedury s časovým odstupem tří týdnů jim byly k opětovné administraci předloženy stejné testové metody. Ve své podstatě je průběhu výzkumu totožný s první fází, jednalo se zde však již o nové klienty, neboť studie byla realizována v rozmezí března 2012 až listopadu 2013.

8.2.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor, na kterém byly aplikovány výše popsané testové metody, sestává z klientů Beskydského rehabilitačního centra v Čeladné, kteří na základě vlastního rozhodnutí absolvovali týdenní pobyt v prostředí omezené zevní stimulace - tzv. Terapii tmou (Chamber REST) v časovém rozmezí 15. 3. 2012 až 14. 11. 2013. Jednalo se o psychicky i fyzicky zdravé jedince, kteří v čase výzkumu nevykazovali psychopatologické reakce, nebyli medikováni psychofarmaky a nepociťovali výraznější fyzické obtíže. Všichni probandi podstoupili z organizačního hlediska stejnou zkušenost, kterou jsme popsali výše (viz aplikovaná procedura). Aby jedinec mohl být zařazen do experimentální skupiny, musel splňovat následující podmínky: sedmidenní pobyt v prostředí omezené zevní stimulace, první zkušenost s touto metodou a minimální či žádná zkušenost s meditací a tudíž i nerealizování meditační praxe v prostředí omezené zevní stimulace.

Výzkumný soubor tvořilo 37 probandů, ve věku 25 až 84 roků ($M = 45,86$; $SD = 13,16$). Z toho bylo 17 žen a 20 mužů. Nejmladší ženě bylo 25 roků a nejstarší 71 roků.

Nejmladšímu muži bylo 25 roků a nejstaršímu 84 roků. Respondenti byli vybráni prostřednictvím příležitostného výběru. Z hlediska vzdělání je v souboru zastoupeno středoškolské 14x a vysokoškolské 23x. Z hlediska zaměstnání jsou 3 respondenti v důchodu, zbylých 34 je pracujících. Zmíněné hodnoty nalezneme pro větší přehlednost v následujících tabulkách 9, 10 a 11.

Tabulka 9. Charakteristika účastníků 2. fáze výzkumu

	počet	nejnižší věk	nejvyšší věk	medián
muži	20	25	84	45,86
ženy	17	25	71	

Tabulka 10. Vzdělání účastníků

vzdělání	počet jedinců
středoškolské	14
vysokoškolské	23

Tabulka 11. Zaměstnání účastníků

zaměstnání	počet jedinců
pracující	34
důchodci	3

8.2.5 Práce s daty a jejich výsledky

Získaná data byla vyhodnocena pomocí programu SPSS. Níže jsou uvedeny pro jednotlivé metody tabulky s komentáři.

VO₅: Existenciální škála (ESK)

Pro ověření normálního rozložení dat jsme použili Shapiro-Wilkův Test, který jej potvrdil. Následně jsme použili parametrickou statistiku, abychom ověřili pátou výzkumnou otázku, zda prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) má vliv na prožívanou smysluplnost v pojetí dotazníku ESK.

Tabulka 12. Srovnání hodnot před pobytem a po pobytu terapie tmou u dotazníku ES

ESK	Hodnoty Pre / post				Differences		t-test		
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	M _{dif}	SD _{dif}	t	p	d
Sebeodstup	35,14	36,73	5,30	5,99	1,59	3,82	2,54	< 0,05	0,42
Sebepřesah	72,92	75,51	7,77	6,41	2,59	4,62	3,42	< 0,01*	0,56
Svoboda	49,35	54,57	9,85	8,53	5,22	7,07	4,49	< 0,001*	0,74
Odpovědnost	56,05	61,38	11,05	10,36	5,32	7,31	4,43	< 0,001*	0,73
ESK_suma	213,46	228,19	31,39	28,11	14,73	17,56	5,10	< 0,001*	0,84

Pozn.: Sebeodstup, sebepřesah, svoboda a odpovědnost jsou čtyři subškály tvoří společně celkový skóre (ESK suma); p-hodnoty s hvězdičkou (*) jsou signifikantní i po provedení Bonferonniho korekce ($\alpha / 22 = 0,002$); Hodnota „d“ je ukazatel míry účinku - M_{dif} / SD_{dif} .

Z Tabulky 12 je patrné, že na všech subškálách i celkově došlo ke statisticky významnému posunu směrem k vyšším hodnotám, konkrétně na $p < 0,05$ (sebeodstup), $p < 0,01$ (sebepřesah) a $p < 0,001$ (svoboda, odpovědnost a celkový skóre). S výjimkou škály sebeodstup je míra nárůstu statisticky významná i po provedení Bonferonniho korekce. **Pátou výzkumnou otázkou můžeme uzavřít tak, že pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) u sledovaných osob umožňuje statisticky významné zvýšení hodnot sebeodstupu, sebepřesahu, svobody, odpovědnosti a tím i celkově prožívané smysluplnosti měřené pomocí Existenciální škály (ESK).**

H₄: Dotazník pěti aspektů všímavosti (DPAV)

Použitím Shapiro-Wilkova testu jsme ověřili normální rozložení dat. Čtvrtá hypotéza, že prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) má vliv na dimenze všímavosti v pojetí dotazníku DPAV, proto budeme také testovat pomocí parametrické statistiky.

Tabulka 13. Srovnání hodnot před pobytem a po pobytu terapie tmou u dotazníku DPAV.

DPAV	Hodnoty Pre / post				Differences		t-test		
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	M _{dif}	SD _{dif}	t	p	d
Nereagování na vnitřní prožitky	23,16	26,51	5,15	5,67	3,35	4,15	4,91	< 0,001*	0,81
Pozorování	30,03	31,62	5,50	5,28	1,59	3,81	2,54	< 0,05	0,42
Uvědomělé jednání	26,65	30,14	6,07	5,96	3,49	4,48	4,73	< 0,001*	0,78
Nehodnocení vnitřních prožitků	29,97	32,95	6,59	5,43	2,97	3,83	4,73	< 0,001*	0,78
Popisování	28,78	32,68	7,92	6,83	3,89	6,45	3,67	< 0,001*	0,60
DPAV_suma	138,59	153,89	20,94	20,48	15,30	14,40	6,46	< 0,001*	1,06

Pozn.: p-hodnoty s hvězdičkou (*) jsou signifikantní i po provedení Bonferonniho korekce ($\alpha / 22 = 0,002$); Hodnota „d“ je ukazatel míry účinku - M_{dif} / SD_{dif}

Z Tabulky 13 můžeme vyčíst, že na všech subškálách i celkově došlo ke statisticky významnému posunu směrem k vyšším hodnotám (tj. zlepšení), konkrétně na $p < 0,05$ (pozorování) a $p < 0,001$ (nereagování na vnitřní prožitky, uvědomělé jednání, nehodnocení vnitřních prožitků, popisování a celkový skór). S výjimkou škály pozorování je míra zlepšení statisticky významná i po provedení Bonferonniho korekce. **Při testování čtvrté hypotézy jsme došli k závěru, že pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST, Terapie tmou) u sledovaných osob umožňuje statisticky významné zvýšení hodnot všímavosti měřené pomocí Dotazníku pěti aspektů všímavosti (DPAV).**

H₅: Rosenbergova škála sebehodnocení (RSES)

Shapiro-Wilk test nepotvrdil normální rozložení dat pro RSES. Hodnoty vykazují negativní zešikmení, což může vést ke snížení přesnosti parametrického testu hypotézy o

rozdílu u tohoto dotazníku před a po absolvování týdenního pobytu v prostředí omezené zevní stimulace. Kromě párového t-testu jsme hypotézu ověřili také pomocí Wilcoxonova párového testu, který podmínkou normality omezen není. Vzhledem k tomu, že obě metody vedly k identickým zjištěním, můžeme potvrdit, že přesnost testování nebyla snížena, a dále uvedeme pouze výsledky parametrického párového t-testu.

Tabulka 14. Srovnání hodnot před pobytím a po pobytu terapie tmou u dotazníku RSES

RSES	Hodnoty Pre / post				Differences		t-test		
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	M _{dif}	SD _{dif}	t	p	d
RSES	31,95	35,24	6,05	4,40	3,30	4,68	4,29	< 0,001*	0,70

Pozn.: Hvězdička (*) u p-value znamená, že zůstala statisticky významná i po provedení Bonferonniho korekce ($\alpha / 22 = 0,002$); Value „d“ is an indicator of effect size – M_{dif} / SD_{dif} .

Tabulka 14 ukazuje, že došlo ke statisticky významnému zvýšení skóru u sebehodnocení (na hladině významnosti $p < 0,001$), což obstálo i po provedení Bonferonniho korekce. **I pátá hypotéza byla měřením potvrzena. Byl tedy prokázán předpoklad, že pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) u sledovaných osob umožňuje statisticky významné zvýšení sebehodnocení měřené pomocí Rosenbergovy škály sebehodnocení (RSES).**

VO₆: Symptom Checklist 90 (SCL-90)

Distribuce škál SCL-90 vykazují pozitivní zešikmení, což můžeme u klinických dotazníků často pozorovat. S výjimkou škál Somatizace, Obsese-kompulze a Hypersenzitivita zde dochází k porušení předpokladu normality (dle výsledků Shapiro-Wilkova testu), což může vést ke zneprášení výsledků parametrických testů. Hypotézu o rozdílech na těchto škálách před a po absolvování týdenního pobytu terapie tmou jsme kromě párového t-testu ověřili také pomocí neparametrického Wilcoxonova párového testu. Obě metody vedou k identickým zjištěním, můžeme tedy konstatovat, že přesnost

testování nebyla snížena. Dále budeme uvádět pouze výsledky parametrického párového t-testu.

Tabulka 15. Srovnání hodnot před pobytem a po pobytu terapie tmou u dotazníku SCL-90

SCL	Hodnoty Pre / post				Differences		t-test		
	M _{pre}	M _{post}	SD _{pre}	SD _{post}	M _{dif}	SD _{dif}	t	p	d
Somatizace	6,94	3,89	6,57	4,03	-3,06	5,04	-3,64	< 0,001*	-0,61
Obsese-kompulze	11,28	6,67	6,45	4,93	-4,61	4,40	-6,29	< 0,001*	-1,05
Hypersenzitivita	7,11	3,36	5,46	3,56	-3,75	4,09	-5,50	< 0,001*	-0,92
Deprese	10,06	3,81	8,27	3,95	-6,25	6,82	-5,50	< 0,001*	-0,92
Anxiozita	5,92	2,83	5,43	2,83	-3,08	4,07	-4,54	< 0,001*	-0,76
Hostilita	3,42	1,56	3,56	2,20	-1,86	3,12	-3,58	< 0,01*	-0,60
Fobie	2,14	1,17	3,23	1,78	-0,97	1,92	-3,04	< 0,01	-0,51
Paranoidita	3,44	2,36	3,41	3,03	-1,08	2,57	-2,53	< 0,05	-0,42
Psychoticismus	3,36	1,64	4,02	1,93	-1,72	2,99	-3,45	< 0,01*	-0,58
SCL_suma	58,42	30,17	42,90	25,09	-28,25	29,43	-5,76	< 0,001*	-0,96

Pozn.: p-hodnoty s hvězdičkou (*) jsou signifikantní i po provedení Bonferonniho korekce ($\alpha / 22 = 0,002$); Hodnota „d“ je ukazatel míry účinku - M_{dif} / SD_{dif}.

Z Tabulky 15 můžeme vyčíst, že na všech subškálách i celkově došlo ke statisticky významnému posunu směrem k nižším hodnotám (tj. zlepšení), konkrétně na p < 0,05 (paranoidita), p < 0,01 (hostilita, fobie a psychoticismus) a p < 0,001 (somatizace, obsese-kompulze, hypersenzitivita, deprese, anxiozita a celkový skór SCL_suma). S výjimkou škál fobie a paranoidita je míra zlepšení statisticky významná i po provedení Bonferonniho

korekce. **Z hledání odpovědi na šestou výzkumnou otázku vyplívá, že pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) u sledovaných osob umožňuje statisticky významné snížení hodnot psychopatologických symptomů měřených pomocí dotazníku Symptom Checklist 90.**

Vliv pohlaví a vzdělání

Zjištění výzkumného souboru ze všech dotazníků jsme také pomocí t-testu pro dva nezávislé výběry otestovaly na případné rozdíly související s pohlavím či vzděláním. Pro vliv pohlaví (žena/muž) na sledované charakteristiky jsme zaznamenali rozpětí $p = <0,06, 0,96>$, a pro vliv vzdělání (středoškolské/vysokoškolské) na měřené hodnoty jsme naměřili rozpětí $p = <0,09, 0,99>$. **Žádné signifikantní rozdíly pro vliv pohlaví a vzdělání na prezentované závěry nebyly zjištěny.**

8.3 Diskuse

Dosažené výsledky působí na první pohled velmi optimisticky, a proto je nutné upozornit především na limity realizovaného výzkumu a možná zkreslení, která v tomto případě umožnila předložit výše uvedené závěry. Jelikož jsme nepracovali s kontrolními skupinami, nemůžeme s jistotou tvrdit, která proměnná ovlivnila pokusné osoby nejvýrazněji.

Lze diskutovat o tom, že máme co dočinění s trojicí působících vlivů. V první řadě je to terapeutická práce průvodce, který za pokusnými osobami docházel a pomáhal jim zvládat překážky, které se v průběhu dobrovolné klauzury vyskytovaly. V tomto výzkumu, ze kterého předkládáme výstupy, jsme nebyli schopni zaznamenávat, o jaké typy potřeb či problémů mohlo ze strany pokusných osob jít.

Dále je zřejmé, že pokusné osoby byly vystaveny působení omezené vnější stimulace a sociální izolace. Abychom mohly identifikovat potenciaální vliv těchto tří proměnných (terapeut, omezená vnější stimulace, sociální izolace), bylo by nutné pracovat s modifikovanými variantami výše popsaného experimentálního prostředí. Složitost a nákladnost takto vytvořeného výzkumného designu je zřejmá a v současnosti není v našich silách ji zrealizovat.

V zahraničních studiích byl sledován vliv omezené zevní stimulace (Chamber REST) na skupiny probandů s určitou diagnózou či behaviorálním problémem. Přičemž kontrolní skupinu tvořili pacienti se stejnou diagnózou, kteří byli léčeni standardně nebo byl sledován výskyt psychopatologických symptomů či problematického chování u klinické populace s časovým odstupem po absolvování procedury Chamber REST. Příznivý vliv omezené zevní stimulace byl takto dokladován na pacientech s obsedantně-kompulzivní poruchou a mentální anorexií, dále na pacientech, kteří trpěli fobickými reakcemi či vykazovali závislostní chování – alkohol, kouření, přejídání (Borrie, 1990; Cooper, Adams & Cohen, 1965; Barabasz et al., 1993; Suedfeld, 1980; Walker, Freeman & Christensen, 1994). Nutno dodat, že v těchto výzkumech byla časová dotace omezené zevní stimulace ve formě Chamber REST 24 hodin či méně.

Předložené výzkumné závěry lze také interpretovat v kontextu očekávání pokusných osob. Nutno mít na paměti, že každý proband se výzkumu zúčastnil na vlastní náklady a dobrovolně. Investoval do výše popsané procedury svůj čas a finanční prostředky a přišel s určitými očekáváními. V tomto kontextu je obtížné přiznat si, že týdenní pobyt v prostředí omezené zevní stimulace nebyl v ničem přínosný, což se projeví až přehnaně optimistickým sebezposouzením v předložených diagnostických metodách.

Využívání omezené zevní stimulace (Terapie tmou) na neklinické populaci začíná být v ČR vcelku populární a v současnosti má tento způsob práce i nezanedbatelný mediální ohlas. Nové, populární či alternativní metody „psychoterapie“ mohou přitahovat specifické jedince, kteří očekávají rychlou změnu a univerzální pomoc. Uplatňovat se tedy můžou i druh *placebo efektu*, kdy můžeme očekávat větší efekt nejen u toho, co je nové a exkluzivní, ale i u toho, co je prezentováno a podáváno jako účinné.

Pokud se některé z těchto možných interpretací prokáže jako významná proměnná, pak by to zřejmě znamenalo snížení účinnosti TT v průběhu času (jak bude klesat novost a exkluzivnost).

Nicméně bychom rádi podotkli, že na základě vlastních zkušeností, i na základě několik let trvajícího výzkumu, není možné shrnout účinky TT pod placebo efekt. Ostatně i u běžné medikace se s tímto efektem počítá a neznamena to, že léčivo samo o sobě není funkční.

Dále zastáváme názor, že roli při reálné úlevě od některých potíží může zapříčinit právě absence druhých lidí – pozorovatelů. Klient nemusí nosit různé masky, zastávat mnohé i protichůdné role a přetvařovat se např. ze strachu z odsouzení, kritiky. Může být plně sám za sebe, autentický, což může být léčivé samo o sobě (a je neocenitelné, pokud jej v tom podpoří i opatrovník; Rogers, 1998). Může dojít k alespoň dočasné úlevě od případných vnitřních konfliktů (při TT člověk může, ale také nemusí činit mnohá rozhodnutí; navíc se může na vše dívat z odstupu, s větším nadhledem). V neposlední řadě absence druhých osob – pozorovatelů - patrně vede k absenci sekundárních zisků z nemoci (a tedy může vést i k oslabování některých symptomů).

A nezapomeňme, že prezentovaná terapie tmou není tím typem služby, kde je člověku slibováno, že něco dostane zadarmo. Obecně můžeme říci, že každý si musí svůj pobyt projít a zvládnout sám (s větší či menší pomocí opatrovníka), a ten týden či více rozhodně není jenom pasivním odpočinkem či čekáním na zázrak zvenčí.

Bez možnosti provádět vlastní experimentální studie se však stěží dopracujeme ke skutečné diskriminaci jednotlivých účinných faktorů.

8.4 Závěry

Na základě dosažených výsledků studie druhé výzkumné fáze lze souhrnně konstatovat, že u měřených proměnných došlo ke statisticky významným změnám rozdílů hodnot před a po týdenním pobytu v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) u všech administrovaných dotazníků. Byly tedy potvrzeny obě stanovené hypotézy a výzkumné otázky byly zodpovězeny s výsledky, které naznačují žádoucí posuny směrem ke zdravějšímu fungování. Zjištěné změny obstály i po provedení konzervativní Bonferonniho korekce. Pokud jde o jednotlivé subškály použitých dotazníků, zůstaly výsledky signifikantní po provedení Bonferonniho korekce u naprosté většiny.

Konstatujeme tedy, že týdenní pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou), dle této studie, má u sledovaných osob pozitivní vliv na prožívání životní smysluplnosti, sebehodnocení a všímavost. Rovněž můžeme konstatovat,

že týdenní pobyt v prostředí omezené zevní stimulace (Chamber REST; Terapie tmou) u sledovaných osob nevedl k psychopatologické indukci. Naopak můžeme konstatovat, že jsme zaznamenali signifikantní poklesy u všech sledovaných psychopatologických kategorií.

Vzhledem k pohlaví či vzdělání nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly.

DISKUSE A ZÁVĚRY

9 DISKUSE ZÍSKANÝCH POZNATKŮ

Výzkumná část práce sestávala z kvalitativní analýzy spontánních výpovědí, a ze tří kvantitativních studií. Každá z částí obsahovala vlastní diskusi, proto se nyní omezíme na stručně shrnutí podstatného.

Analýza spontánních výpovědí (textů) pomohla přiblížit se prožívání, úvahám (obecně duševním pochodům) jedincům při pobytu terapie tmou. A to jak přímo z průběhu pobytu, tak včetně dodatečných úvah a integrace v průběhu času po ukončení pobytu. Uvedené úryvky neměly za cíl být samostatnou kvalitativní výzkumnou částí, která bude prezentována jinde. V této práci bylo těžiště věnováno kvantitativnímu dotazníkovému šetření, a kvalitativní část je pouze jako ilustrující doplněk, který může pomoci čtenáři blíže proniknout do hloubky a komplexity celého tématu, aniž by zároveň neúměrně celou práci činila nadměru složitější.

První kvantitativní studie o mapování cílové populace stavěla na spíše menším vzorku, který však považujeme, vzhledem k náročnosti sběru dat v této studii, za dostatečný pro ilustraci. Cílem nebylo dokonale popsat výzkumný soubor, pouze pilotně nahlédnout, zda není tato populace v některých základních osobnostních charakteristikách extrémní. Až na statisticky nevýznamné rozdíly (či tendence v rozdílech oproti celé populaci, se spíše praktickou významností) můžeme považovat výzkumný vzorek za totožný s celkovou populací. To je zároveň dobrá zpráva, neboť nelze jednoduše prohlásit, že tuto zkušenost podstupují „extrémní“ lidé. Rozhodně ne z pohledu osobnostního dotazníku NEO-FFI.

Uvědomujeme si, že by této části prospěl i hlubší kvalitativní popis výzkumného vzorku, přesto i ten má být součástí jiné práce na toto téma.

Druhé kvantitativní studie, tentokrát test-retestová, mapovala některé nekognitivní dimenze jedinců podstupujících týdenní zkušenost terapie tmou, a

srovnávala dosažené hodnoty před pobytem se stavem po pobytu. K našemu překvapení nebylo téměř dosaženo statisticky signifikantních výsledků v postulovaných hypotézách, ani při hledání odpovědí na výzkumné otázky. A naopak došlo k překvapivějšímu nálezu signifikantních rozdílů v osobnostních dimenzích neuroticismus a svědomitost. Uvedené si nevysvětlujeme jako skutečnou osobnostní proměnu, ale spíše jako dočasně aktualizovanou (zvýrazněnou či sniženou) tendenci k projevu této oblasti, která zřejmě neznamená nový osobnostní rys. K náležitému zodpovězení uvedeného by byl třeba jak rozsáhlejší vzorek, tak post-testové šetření s větším časovým odstupem. Protože jsme však tento výsledek nepředpokládali, post-testové šetření jsme již nerealizovali.

Dalo by se říci, že tato fáze mnoho zajímavých zjištění nepřinesla. Neradi bychom však v tomto vyslovovali předběžné závěry, neboť je pravda, že výzkumný vzorek se nepodařilo v dané studii sestavit dostatečně veliký pro dostatečně robustní závěry.

Zároveň i tato studie přinesla některá podněty, které by bylo možné dále ověřovat.

Ve druhé fázi jsme uvedli opět test-retestovou studii, nyní s převážně jinou dotazníkovou baterií. V této fázi jsme kladli důraz na měření změn ve všímavosti, a na možnou psychopatologickou produkci. Výzkumný vzorek druhé fáze sice byl téměř dvojnásobný oproti první test-retestové studii (37 vs. 19 jedinců), i tak je pro nás překvapivé, že v první fázi podobného typu šetření nebylo dosaženo statistické průkaznosti rozdílů měřených hodnot před a po, kdežto ve druhé fázi nabývají výsledky vysoce významných hodnot.

Přemýšleli jsme nad tím, zda jsme mohli toto výzkumné úsilí ovlivnit vlastním nastavením (a tím ovlivnit výzkumné osoby – klienty TT). Popravdě se nám tato možnost nezdá pravděpodobná, neboť v době přípravy i realizace druhé výzkumné fáze jsme neměli přesné statistické propočty z fáze první. Netušili jsme tedy, že výsledky nevycházejí průkazně. O to větší záhadou nám zatím tento zjevný rozdíl zůstává. Možným vysvětlením obhajujícím tento vnímaný rozpor může být, že nyní byl dvojnásobný počet respondentů. Také může být situace ovlivněna zvolenými metodami (což ovšem není případ metody užitá v obou studiích – Rosenbergovy škály sebehodnocení).

Dosažené výsledky však mohou být ovlivněny i povědomím veřejnosti a možná jiným typem klientely (nemáme standardizované nástroje pro porovnávání typů klientely

v jednotlivých fázích), může to být i dalším rozvojem služby terapie tmou a kompetencí více zkušeného průvodce dr. Andrew Urbiše, kterého si klienti v naprosté většině případů velmi cení.

Výzkumná část této práce má jistě své mouchy, nedotaženosti v metodologii výzkumu, kdy mohl být kladen větší důraz na časový odstup od retestového vyplňování dotazníků. Pro první fázi mohlo být také získáno více respondentů. Mohly být také v první fázi zvoleny odlišné metody, případně mohlo existovat úplně odlišné výzkumné uchopení.

I tak si tróufáme tvrdit, že předkládaná práci je originální, podnětná, přínosná k výzkumnému tématu – umožňující další navazující výzkumy (nebo se znalostí prezentovaného i úplně odlišné výzkumné koncepce).

Další výzkumy by měly opět nabyté poznání posunout o něco dále, dosavadní zjištění zpřesnit, přinést nová či odlišná, neboť takto rozsáhlé a v našich podmínkách nové téma není možné zahrnout pod jednu disertační práci.

10 ZÁVĚRY PRÁCE

Jedním z cílů práce bylo seznámení s tématem *Terapie tmou*. Seznámení s tématem různorodé služby nabízené nejen v rámci České republiky, ale již nějakou dobu i ve Slovenské republice. Nedílnou součástí tohoto konceptu, který spíše vychází z východních spirituálních tradic mimo akademickou půdu, bylo zasazení tohoto, v praxi se vynořujícího fenoménu, do rámce odborného výkladu. Tento pochází z pole experimentální psychologie především druhé poloviny dvacátého století, a je stále živý dodnes. Tímto rámcem máme na mysli výzkumy technik omezené zevní stimulace (REST), které mají svůj zrod u konce výzkumů sensorické deprivace. Tento cíl považujeme v základním rozměru za naplněný. Samozřejmě existuje ještě řada přidružených témat, na která již zde buď nebyl prostor vůbec (otázky „znečištění hlukem“), anebo byla zmíněna okrajově (například otázka „světelného znečištění“).

Další cíle plynou z praktické části práce, a jsou následující:

U kvalitativní ukázkou bližší nahlédnutí do myslí a prožívání jedinců jak v průběhu pobytu v prostředí chamber REST (tuzemské varianty *Terapie tmou*), tak s odstupem času po jejím ukončení.

U kvantitativní části práce byly obecné cíle dvojí

1) Přinést základní porozumění fenoménu terapie tmou a jedincům, kteří ji v České republice podstupují.

2) Vybudovat základy pro navazující výzkumy v této oblasti.

Jak bylo již zmíněno v diskusi, bylo by možné najít mezery a dílčí nedostatky ve výzkumné části práci. Nebylo tak dosaženo naplnění těchto cílů bez výhrad. Odpovědi na konkrétnější podcíle (cíle jednotlivých studií) byly více či méně úspěšně nalezeny.

Samozřejmě, jak už to tak nejen ve výzkumu bývá, přinesly s sebou další otázky a nejasnosti.

Konkrétní závěry pak můžeme uvést následující (kvantitativní části):

- Jedinci podstupující terapii tmou se ve statistickém ohledu dle metody NEO-FFI neliší v osobnostních charakteristikách od základní populace.
- Dle první test-retestové studie jedinci nedosahují statisticky významného rozdílu mezi měřeními před pobytem a po pobytu v následujících měřených charakteristikách: sebeúcta (RSES), sense of coherence (SOC), profil postojů ke smrti (DAP-R); a škály otevřenost vůči zkušenosti, extraverte a přívětivosti (NEO-FFI).
- Dle první test-retestové studie jedinci dosahují statisticky významného rozdílu mezi měřeními před pobytem a po pobytu ve dvou osobnostních dimenzích dotazníku NEO-FFI: na škále neuroticismu došlo ke snížení skóru, na škále svědomitosti jsme zaznamenali nárůst skóru.
- Dle druhé test-retestové studie byly naměřeny signifikantní nárůsty hodnot mezi měřeními před pobytem a po pobytu v následujících sledovaných kategoriích: sebeúcta (RSES), prožívaná životní smysluplnost (ESK), pět aspektů všímavosti (DPAV). Většina hodnot zůstala statisticky významná i po provedení konzervativní Bonferroniho korekce.
- Dle druhé test-retestové studie byly naměřeny signifikantní poklesy hodnot mezi měřeními před pobytem a po pobytu ve všech sledovaných psychopatologických kategoriích v pojetí metody SCL-90. Většina hodnot zůstala statisticky významná i po provedení konzervativní Bonferroniho korekce.
- V druhé test-retestové studii jsme nezaznamenali nesignifikantní výsledky.

11 SOUHRN

Práce se zabývá zmapováním technik omezené zevní stimulace, jejíž nejznámější formou mezi českou veřejností je tzv. Terapie tmou. Vzhledem k pozorovanému zájmu o tuto techniku jsme se rozhodli prozkoumat její potenciál v našich podmínkách a porovnat tak naše pozorování se zahraničními poznatky.

V teoretické části práce jsme nejprve popsali historicko-výzkumný kontext těchto technik od zcela původních výzkumů sensorické deprivace, přes výzkum technik omezené zevní stimulace (Restricted Environmental Stimulation) k novější modifikované verzi známé u nás pod názvem Terapie tmou (v Německu jako „die Dunkeltherapie“), která má své kořeny spíše ve východní tradici tibetského buddhismu (yangtik).

Všechny tyto techniky spojuje jeden zásadní princip, kterým je dočasné snížení zevních stimulů na minimum (nebo alespoň jejich částečná redukce), čímž je dosaženo různé úrovně percepční a sociální izolace. Z dostupných zahraničních zdrojů je patrné, že takto upravené prostředí může mít regenerační, léčebný či terapeutický potenciál (např. Forgays & Belinson, 1986; Kjellgren et al., 2001, Kjellgren, Buhrkall & Norlander 2010, Lilly, 1956; Suedfel, 1980).

V rámci výzkumné spolupráce jsme navázali kontakt s nejvýznamnějším a také nejznámějším poskytovatelem Terapie tmou u nás - Beskydským rehabilitačním centrem v Čeladné, kde je dr. Urbiš opatrovníkem, průvodcem a terapeutem v rámci poskytované služby Terapie tmou.

Uvedli jsme také přehled nám známých poskytovatelů terapie tmou a služeb podobného charakteru na území České a nově i Slovenské republiky, který se každým rokem rozrůstá.

V praktické části jsme uvedli kvalitativní ukázkou analýzy spontánních výpovědí a tři kvantitativní studie. Všechna data byla získána na klientech Terapie tmou Beskydského rehabilitačního centra v Čeladné, kteří absolvovali pobyt Terapie tmou v letech 2011 až 2013 a s účastí ve výzkumu dobrovolně souhlasili (nejednalo se o experimentální studii).

Nejprve jsme prezentovali analýzu spontánních výpovědí klientů terapie tmou pro bližší nahlédnutí do jejich myslí a prožívání jak v průběhu pobytu v prostředí chamber REST (tuzemské varianty Terapie tmou), tak s odstupem času po jejím ukončení.

Poté jsme se v kvantitativní části pokusili přinést odpovědi na některé otázky, a to:

1) Přinést základní porozumění fenoménu terapie tmou a jedincům, kteří ji v České republice podstupují.

2) Vybudovat základy pro navazující výzkumy v této oblasti.

I přes přítomnost určitých limitů tuto snahu považujeme za poměrně zdařilou, a přinášející další nejasnosti a otázky do budoucna.

Pozornost jsme věnovali v průběhu tří kvantitativních šetření nejprve osobnostním charakteristikám jedinců podstupujícím zkušenost terapie tmou. Naše zjištění jsou, že jedinci podstupující terapii tmou se ve statistickém ohledu dle metody NEO-FFI neliší v osobnostních charakteristikách od základní populace. Pouze se hranici významnosti výzkumný vzorek přiblížil vyššímu skórování v charakteristice otevřenosti vůči zkušenosti, což jsme předpokládali.

Dále jsme se věnovali test-retestové studii, zda jedinci dosahují statisticky významného rozdílu mezi měřeními před pobytem a po pobytu v následujících měřených charakteristikách: sebeúcta (RSES), sense of coherence (SOC), profil postojů ke smrti (DAP-R); a škály otevřenost vůči zkušenosti, extravertze a přívětivosti (NEO-FFI); v těchto případech rozdíly nebyly statisticky potvrzeny.

Zato nás poněkud překvapily zjištěné signifikantní rozdíly mezi měřeními před pobytem a po pobytu ve dvou osobnostních dimenzích dotazníku NEO-FFI, kde na škále neuroticismu došlo ke snížení skóru, zatímco na škále svědomitosti jsme zaznamenali nárůst skóru.

Výzkumnou část jsme zakončili druhou test-retestovou studií, kde jsme měření porovnali rozdíly před pobytem TT a po pobytu TT u následujících kategorií: sebeúcta (RSES), prožívaná životní smysluplnost (ESK), pět aspektů všímavosti (DPAV). Byl prokázán signifikantní nárůst hodnot v těchto sledovaných proměnných, většina hodnot navíc zůstala statisticky významná i po provedení konzervativní Bonferroniho korekce.

V téže studii jsme podrobili statistické analýze případné rozdíly v hodnotách před pobytem TT a po pobytu TT u psychopatologických kategorií dle metody SCL-90. Zde byl prokázán signifikantní pokles všech měřených hodnot (tj. zlepšení), většina hodnot zůstala statisticky významná i po provedení konzervativní Bonferroniho korekce. Nejen tedy, že ze studie nepotvrdila obavy o možné psychické poškození jedinců podstupujících zkušenost s terapií tmou, dokonce prokázal opačný efekt, tj. snižování psychopatologie (pro výzkumný vzorek relativně zdravých lidí, nejednalo se o klinickou populaci).

LITERATURA

- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Becker, K. L. (Ed.) (2001). Principles and Practice of Endocrinology and Metabolism. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Retrieved 25. 3. 2013 from: <http://medtextfree.wordpress.com/2011/12/19/chapter-10-pineal-gland/>
- Benda, J. (2007). Všíímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51 (2), 129-140.
- Biderman, A., Yeheskel, A., & Herman, J. (2006). The Biopsychosocial Model - Have We Made Any Progress Since 1977? *Families, Systems & Health*, 23(4), 379–386.
- Blatný, M. et al. (2010). *Psychologie osobnosti: hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada.
- Bood, S., Kjellgren, A., & Norlander, T. (2009). Treating stress-related pain with the flotation restricted environmental stimulation technique: Are there differences between women and men? *Pain Research & Management: The Journal of the Canadian Pain Society*, 14(4), 293-296.
- Borrie, R. A. (1990). The use of restricted environmental stimulation therapy in treating addictive behaviors. *International Journal of the Addictions*, 25(8), 995-1015.
- Brodská, T. (2008). Tma jako nástroj sebepoznání. *Psychologie dnes*, 14(1), 36-39.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Buber, M. (2005). *Já a ty*. Praha. Praha: Kalich.
- Cooper, D., Adams, H., & Cohen, L. (1965). Personality changes after sensory deprivation. *Journal of nervous and mental disease*, 140(2), 103-118.
- Cungi, C., & Limousin, S. (2005). *Relaxace v každodenním životě*. Praha: Portál.
- Čalkovská, A. (2010). *Fyziologie člověka pro nelekárské studijné odbory*. Martin: Osveta.
- Čálek, O. (2010). Práce s pocity v daseinsanalytické skupinové terapii. *Československá psychologie*, 54(6), 606-609.
- Černý J. (1966). K psychopatologickým a filosofickým otázkám japonské psychoterapie neuróz podle Moritovy koncepce. *Československá psychiatrie*, 62, 52-57.

- Černý J. (1968). O některých novějších psychopatologických aspektech japonské koncepce Moritovy psychoterapie a o výzkumech zazenu. *Československá psychiatrie*, 64, 194-204.
- Davis, M., Cohen, D., Rosenbauma, G., Dobie, G., & Gottlieb, J. (1959). Sensory isolation: Hallucinogenic effects of a brief procedure. *Journal of nervous and mental disease*, 136(6), 486-491.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Gendlin, E. T. (2003). *Focusing. How to gain access to your body's knowledge* (revised and updated 25th anniversary edition). London: Rider.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Forgays, D. G., & Belinson, M. J. (1986). Is flotation isolation a relaxing environment? *Journal of Environmental Psychology*, 6, 19-34.
- Forgays, D. G., & Forgays, D. K. (1992). Creativity enhancement through flotation isolation. *Journal of Environmental Psychology*, 12(4), 329-335
- Frankl, V. E. (1997). *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta.
- Freud, S. (1991). *Vybrané spisy I*. Praha: Avicenum.
- Freud S. (1994). *Výklad snů*. Pelhřimov: Nová tiskárna.
- Fromm, E. (2001). *Mít, nebo být?* Praha: Aurora.
- Frýba, M. (2008). *Buddhova meditace všímavosti a vhledu*. Brno: Albert.
- Gennep, A. (1997). *Přechodové rituály*. Praha: Lidové noviny.
- Granqvist, P., & Larsson, M. (2006). Contribution of Religiousness in the Prediction and Interpretation of Mystical Experiences in a Sensory Deprivation, Context: Activation of Religious Schemas. *The Journal of Psychology*, 140(4), 319–327.
- Haim, A., Yukler, A., Harel, O., Schwimmer, H., & Fares, F. (2010). Effects of chronobiology on prostate cancer cells growth in vivo. *Sleep Science*, 3(1), 32-35.
- Harrison, J., & Arreed, B. (1991). Effects of Restricted environmental stimulation therapy on the behavior of children with autism. *Child Study Journal*, 21(3), 153-166.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In: Hayes, S. C., Follette, V., M. Linehan, M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitivebehavioral tradition*. New York: Guilford Press, 1-29.
- Hájek, K. (1993). Tělesně zakotvené prožívání–focusing. *Konfrontace, časopis pro psychoterapii*, 14(4), 25-30.
- Hájek, K. (2002). Tělesně zakotvené prožívání. Praha: Karolinum.
- Hebb, D. O. (1949). *The Organization of Behavior*. New York: John Wiley & Sons.
- Hebb, D. O. (1974). John Peter Zubek. *Canadian Psychologist*, 15(4), 398-399.
- Heidegger, M. (2002). *Bytí a čas*. Praha: Oikoymenh.

- Hoskovec, J. (1963). Psychoterapeutické aspekty systému zen. *Československá psychiatrie*, 59, 406-411.
- Hřebíčková, M., & Urbánek, T. (2001). NEO pětifaktorový osobnostní inventář (podle NEO Five-Factor Inventory PT Costy a RR McCraee). Praha: Testcentrum.
- Hutchinson, M. (1983). *The Book of Floating: Exploring the Private Sea*. New York: Quill.
- Jančura, V. (2009). Niekedy stačí viac hýbať rozumom, tvrdí vedec roka Šimko. Portál Pravda.sk. Retrieved 4. 4. 2013 from: spravy.pravda.sk/domace/clanok/160372-niekedy-staci-viac-hybat-rozumom-tvrdi-vedec-roka-simko/
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Vědomí přítomnosti: Meditace bdělosti v každodenním životě*. Olomouc: Votobia.
- Kalweit, H. (2006). *Dunkeltherapie: léčba tmou a vize vnitřního světla*. Praha: Eminent.
- Kaye, J. S. (2009). Isolation, Sensory Deprivation, and Sensory Overload: History, Research, and Interrogation Policy, from the 1950s to the Present Day. *National Lawyers Guild Review*, 66(1), 1-17.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kjellgren, A., Sundequist, U., Norlander, T., & Archer, T. (2001). Effects of Flotation – REST of muscle tension pain. *Pain research and management*, 6, 181-189.
- Kjellgren, A., Buhrkall, H., & Norlander, T. (2010). Psychotherapeutic treatment in combination with relaxation in a flotation tank: Effects on “Burn-Out Syndrome”. *The Qualitative Report*, 15(5), 1243-1269.
- Krumlová, D., & Hrdličková, L. (2009). Tma je měkká jako matčina náruč. *Psychologie dnes*, 15(5), 35-36.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Kupka, M., Malůš, M., Řehan, V., & Kavková, V. (2012). Technika omezené zevní stimulace. *Československá psychologie* 56(5), 488-499.
- Kupka, M., & Malůš, M. (2013). Technika omezené zevní stimulace: základní atributy osobní zkušenosti. In Neusar, A., Vavrysová, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII: Hranice normality* (315 – 321). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Lao-c' (1997). *Tao te ťing*. Praha: DharmaGaia.
- Längle, A. (2002). *Smysluplně žít: Aplikovaná existenciální analýza*. Brno: Cesta.
- Lewis, I. M. (1966). Spirit possession and deprivation cults. *Man, New Series*, 1(3), 307-329.
- Lilly, J. C. (1956). Mental effects of reduction of ordinary levels of physical stimuli on intact, healthy persons. *Psychiatric Research Reports*, 5, 1-9.
- Lilly, J. C. (1977). *The Deep Self*. New York: Simon & Schuster.
- Lilly, J., C. (2000): *Životopis vědce*. Praha, DharmaGaia.
- Ludwig, M., Stark, L. (1973). Schizophrenia, Sensory Deprivation, and Sensory Overload. *Journal of nervous and mental disease*, 157(3), 210-216.

- Lukasová, E. S. (2009). *Základy logoterapie*. Bratislava: Lúč.
- Lyton, R. I. (1961). *Thought Reform and the Psychology of Totalism*. New York: Norton.
- Machač, M., Macháčová, H., & Hoskovec, J. (1985). *Emoce a výkonnost*. Praha, Státní pedagogické nakladatelství.
- Malůš, M., Kupka, M., Kavková, V. (2013). Technika omezené zevní stimulace (REST): výpovědi ze tmy. In Neusar, A., Vavrysová, L. (Eds.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku XII: Hranice normality* (322 – 330). Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal Psychotherapy Integration*, 7, 291-312.
- Mason, O., & Brady, F. (2009). The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 783–785.
- Norlander, T., Kjellgren, A., & Archer, T. (2003). Effect of flotation versus chamber restricted environmental stimulation technique (REST) on creativity and realism under stress and non – stress conditions. *Imagination, Cognition and Personality*, 22(4), 343-359.
- Noye, A. (1969). A revision of the psychoanalytic theory of the primary process. *International journal of psychoanalysis*, 50, 155-178.
- Phelps, J. (2008). Dark therapy for bipolar disorder using amber lenses for blue light blockade. *Medical Hypotheses*, 70, 224–229.
- Plháková, A. (2003). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Powers, J. (2009). *Úvod do tibetského buddhismu*. Praha: Beta.
- Praško, J. (1990). Fototerapie a cirkadiální rytmy u depresivních poruch: Určeno pro pracovníky oboru psychiatrie, psychologie, mentální hygieny, všeobecné lékaře. *Nezávislý novinář (II)*.
- Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton.
- Rathus, S. A. (1999). *Psychology in the new millenium*. San Diego: Harcourt Brace College Publisher.
- Raz, J. (2010). Anaclitic therapy in north american psychoanalytic and psychiatric practice in the 1950s-1960s. *Psychoanalysis and History*, 12, 55-68.
- Reynolds, D. K. (2007). *Konstruktivní život*. Praha: Eminent.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele*. Praha: Portál.
- Rosner, C. (2010). Isolation. *Canada's History*, 90(4), 28-37.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Shallice, T. (1972). The Ulster depth interrogation techniques and their relation to sensory deprivation research. *Cognition*, 1(4), 385-405.

- Shurley, J. T. (1960). Profound experimental sensory isolation. *The American Journal of Psychiatry*, *117*, 539-545.
- Schein, E. H., & Baldwin, M. (1958). *Social Psychology*. Henry Holt: New York.
- Singh, M., Alvarez, R., & Murakami, M. (2003). *Flotation Tank. 1-3*, Retrieved 12. 2. 2014 from: http://www.chifountain.com/studies_Folder/FloatationTank.pdf.
- Soukup, V. (2004). *Dějiny antropologie*. Praha: Karolinum.
- Suedfeld, P. (1969). Introducing and historical background. In: Zubek, J., P. (Ed.), *Sensory deprivation: Fifteen years of research*. Appleton-Century-Crofts: New York.
- Suedfeld, P. (1974). Psychological research on the effects of social isolation. *Canadian Psychologist*, *15*(1), 1-15.
- Suedfeld, P. (1999). Health and therapeutic applications of chamber and flotation restricted environmental stimulation therapy (REST). *The International Journal of the Addictions*, *14*, 861-888.
- Suedfeld, P. (1980). *Restricted Environmental Stimulation: Research and Clinical Applications*. New York: John Wiley and Sons.
- Suedfeld, P., Roy, C., & Landon, B. (1982). Restricted environmental stimulation therapy in the treatment of essential hypertension. *Behavioral research therapy*, *20*, 553-559.
- Suedfeld, P., Ballard, E., & Murphy, M. (1983). Water immersion and flotation: From stress experiment to stress treatment. *Journal of Environmental Psychology*, *3*, 147-155.
- Suedfeld, P. (1989). Perceptual isolation, sensory deprivation, and REST: Moving introductory psychology texts out of the 1950's. *Canadian Psychology*, *30*(1), 17-29.
- Suedfeld, P., Metcalfe, J., & Bluck, S. (1987). Enhancement of scientific creativity by flotation REST (restricted environmental stimulation technique). *Journal of Environmental Psychology*, *7*(3), 219-231.
- Svorad, D., Hoskovec, J., & Šáchová, J. (1961). Senzorická deprivace a interindividuální rozdíly v tvorbě podmíněných reflexů. *Československá fyziologie*, *10*, 70-71.
- Svorad, D., & Hoskovec, J. (1961). Vliv stádního faktoru a stáří na tvorbu a obnovu podmíněných reflexů v podmínkách senzorické deprivace. *Československá fyziologie*, *10*, 285-286.
- Svorad, D., Pogády, J. (1966). Senzorická deprivácia a niektoré problémy klinickém psychiatrie. *Časopis lékařů českých*, *105*, 869-870.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1998). Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Československá psychologie*, *42*(1), 32-41.
- Šolcová, I., & Kebza, V. (1999). Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, *43*(1), 19-36.
- Šulc, J., Dvořák, J., & Morávek, M. (1971). *Člověk na pokraji svých sil*. Praha: Avicenum.
- Šváb, L., & Gross, J. (1965). *Senzorická deprivace a její význam pro psychiatrickou problematiku*. Praha: Výzkumný ústav psychiatrický.

- Turner, J. W., & Fine, T. H. (1993). The physiological effects of flotation REST. In A. F. Barabasz and M. Biubasz (Eds.). *Clinical and experimental restricted environmental stimulation: New developments and perspectives* (pp. 215-222). New York: Springer-Verlag.
- Urbiš, A. (2012). *Terapie tmou: návrat k harmonii a ke zdraví*. Frýdek-Místek: Alpress.
- Walker, R. W., Freeman, F. R., & Christensen, D. K. (1994). Restricting environmental stimulation (REST) to enhance cognitive behavioral treatment for obsessive compulsive disorder with schizotypal personality disorder. *Behavior therapy, 25*, 709-719.
- Wirz-Justice, A. & Cajochen, Ch. (2012). Cirkadiální rytmy a deprese: Možnosti chronobiologické léčby. *Česká a slovenská psychiatrie, 108 (4)*, 198 – 204
- Würmle, O. (1977). Experimental examination on the development of altered states of consciousness by autogenic training in comparison to sensory deprivation. *Journal of Abnormal Psychology, 82(5)*, 264-72.
- Wong, P.T.P., Reker, G.T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. In R.A. Neimeyer Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. (pp. 121-148). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Yalom, I. D. (2006). *Existenciální psychoterapie*. Praha: Portál.
- Yalom, I. D. (2008). *Pohled do slunce: O překonávání strachu ze smrti*. Praha: Portál.
- Yuksel, F. V., Kisa, C., Aydemir, C., & Goka, E. (2004). Sensory deprivation and disorders of perceptions. *Canadian Journal of Psychiatry, 49(12)*, 865-866.
- Zubek, J. P. (1969). *Sensory deprivation: Fifteen years of research*. Appleton-Century-Crofts and Fleschner Publishing Company.
- Zuckerman, M., Persky, H. (1968). Experimental and subject factors determining responses to sensory deprivation, social isolation, and confinement. *Journal of Abnormal Psychology, 73(3)*, 183-194.
- Zuckerman, M. (1969). Variables affecting deprivation results. In: Zubek, J. P. (Ed.), *Sensory deprivation: Fifteen years of research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

PŘÍLOHY

Anotace

Jméno a příjmení autora: Mgr. Marek Malůš

Název katedry a fakulty: Katedra psychologie, Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Název disertační práce: Omezena zevní stimulace - Terapie tmou

Název disertační práce v anglickém jazyce: Restricted Environmental Stimulation – Dark Therapy

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Řehan

Rozsah práce: 145 stran (249 620 znaků)

Počet příloh: 1

Počet titulů použité literatury: 116

Abstrakt:

Práce se zabývá zmapováním technik, které můžeme obecně shrnout pod termín Restricted Environmental Stimulation (REST). Všechny tyto techniky operují s prostředím snížení až omezení zevních podnětů (tma, ticho, sociální izolace). V České republice existuje specifická varianta této techniky, která je známá jako Terapie tmou. My jsme navázali spolupráci s Beskydským rehabilitačním centrem v Čeladné, konkrétně PhDr. Andrew A. Urbišem. Pro rostoucí oblibu této techniky mezi laickou veřejností a médii, jsme se rozhodli zkoumat její vliv na jedince prostřednictvím několika testovacích metod. Byly vytvořeny dvě fáze výzkumu se třemi studiemi. První studie v první fázi byla věnována základním osobnostním charakteristikám jedinců (n=31), kteří dobrovolně za své peníze podstupují tyto pobyty. Druhá studie první fáze byla realizována jako test-restestová studie na vybraných předchozích jedincích (n=19) s cílem nalézt případné rozdíly ve sledovaných nekognitivních dimenzích před pobytem a po pobytu. Druhá test-restestová studie tvoří druhou fázi výzkumu a jejím cílem bylo nalezení případných rozdílu v dalších sledovaných nekognitivních dimenzích u jedinců (n=37) před pobytem a po pobytu.

Klíčová slova: Omezená zevní stimulace, REST, Terapie tmou, všímavost, psychopatologie

Abstract in English:

This work deals with mapping techniques which can be generally summarized under the term Restricted Environmental Stimulation (REST). All of these techniques operate with the environment of reduced or limited external stimuli (darkness, silence, social isolation). In the Czech Republic there is a specific variant of this technique, which is known as Therapy darkness. We have established cooperation with Beskydy Rehabilitation Centre in Čeladná, namely Dr. Andrew A. Urbiš. Due to the growing popularity of this technology among the general public and media, we decided to investigate its impact on individuals through several testing methods. There were established 2 phases of research studies. The first study in the first phase was devoted to basic personality characteristics of individuals (n = 31) who volunteered for money undergoing these stays. The second study in the first phase was implemented as a test-retest previous studies on selected subjects (n = 19) in order to find any differences in the observed non-cognitive dimensions before and after your stay. The second test-retest study forms the second phase of the research and its aim was to find any differences observed in other non-cognitive dimensions in subjects (n = 37) before and after the stay.

Keywords: Restricted Environmental Stimulation, REST, Dark Therapy, Mindfulness, Psychopathology