

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV ROZVOJE VŠÍMAVOSTI NA
DEPRESI A DISOCIACI
V KONTEXTU SVĚTOVÉ
PANDEMIE

THE IMPACT OF MINDFULNESS DEVELOPMENT ON
DEPRESSION AND DISSOCIATION IN CONTEXT OF
A GLOBAL PANDEMIC



Rigorózní diplomová práce

Autor: **Mgr. Přemysl Khýr**

Olomouc

2022

Poděkování

Rád bych opětovně poděkoval osobám, bez kterých by tato rigorózní diplomová práce nemohla vzniknout. Jedná se o doc. PhDr. Mgr. Romana Procházku, Ph.D, který byl supervizorem našeho výzkumu a konzultoval s námi naše kroky. Dále chci znovu poděkovat participantům našeho výzkumu, kteří s námi po dobu dvou měsíců spolupracovali. V neposlední řadě děkuji také svým rodičům, rodinnému kruhu a příteli. Děkuji jim za veškerou podporu po celou dobu příprav a psaní této práce.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní diplomovou práci na téma: „Vliv rozvoje všímavosti na depresi a disociaci v kontextu světové pandemie“ vypracoval samostatně a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD	5
TEORETICKÁ ČÁST	7
1 Všímavost	8
1.1 Definování konceptu všímavosti	8
1.2 Historické kořeny všímavosti	12
1.2.1 Abhidhamma	13
1.2.2 Psychologie Abhidhammy	15
1.3 Rozvíjení všímavosti	16
1.3.1 Meditace	16
1.3.2 Způsoby rozvoje všímavosti.....	17
1.4 Terapeutické směry využívající všímavost	20
1.4.1 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)	20
1.4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)	22
1.4.3 Dialectical Behavioral Therapy (DBT)	22
1.4.4 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)	23
1.4.5 Satiterapie	23
1.5 Terapeutické aspekty všímavosti.....	24
1.6 Výzkumy všímavosti a psychického zdraví	26
2 Deprese	29
2.1 Vymezení deprese	29
2.2 Dělení deprese	30
2.3 Příčiny vzniku deprese	32
2.4 Důsledky deprese.....	35
2.5 Léčba deprese	36
2.5.1 Farmakologická léčba.....	37
2.5.2 Nefarmakologická léčba.....	38
3 Disociace	40
3.1 Vymezení disociace.....	40
3.2 Teoretické ukotvení disociace	41
3.3 Nepatologická a patologická disociace	43
4 Výzkumy deprese a disociace v souvislosti se všímavostí	46
4.1 Deprese a disociace	46
4.2 Deprese a všímavost	47
4.3 Disociace a všímavost	50
4.4 Psychické zdraví v kontextu světové pandemie	51

VÝZKUMNÁ ČÁST.....	53
5 EMPIRICKÁ ČÁST	54
5.1 Výzkumný problém	54
5.2 Cíle práce.....	56
5.3 Hypotézy.....	58
5.3.1 Hypotézy první oblasti	58
5.3.2 Hypotézy druhé oblasti.....	59
5.4 Typ výzkumu.....	60
5.5 Testové metody	62
5.5.1 Beck Depression Inventory-II (BDI-II).....	62
5.5.2 Dissociative experiences scale (DES)	65
5.6 Průběh výzkumu	68
5.7 Výzkumný Soubor.....	75
5.7.1 Experimentální skupina	76
5.7.2 Kontrolní skupina	78
5.8 Metody zpracování dat	80
5.9 Etické aspekty výzkumu.....	81
5.10 Analýza dat a její výsledky.....	83
5.10.1 Ověření předpokladu normálního rozdělení dat.....	83
5.10.2 Kontrola podobnosti výchozích proměnných v pretestu	84
5.10.3 Statistická analýza dat hypotéz první oblasti	87
5.10.4 Statistická analýza dat hypotéz druhé oblasti.....	91
5.10.5 Platnost hypotéz	93
6 Diskuze	94
7 Závěr.....	103
8 Souhrn	104
LITERATURA.....	110
PŘÍLOHY	134

ÚVOD

Tato rigorózní práce navazuje na mou práci diplomovou, ve které jsem se výzkumně zabýval vlivem meditace všímavostí na stres v kontextu světové pandemie. Rozšiřuji zde svou diplomovou práci o nové kapitoly, nové proměnné a přináším tak zcela nové výzkumné závěry.

Již po dobu vysokoškolského studia jsem se zabýval teoreticky i prakticky meditací všímavosti. Absolvoval jsem řadu kurzů se zaměřením na sebe zkušenost a se zaměřením na praktické využití tohoto přístupu pro práci s klientem. V meditační praxi nadále pokračuji a rovněž tyto dovednosti využívám při práci s klienty. Tato práce však sebou neustále přináší nové otázky a nové výzkumné problémy. Výzkum diplomové práce, ze kterého vychází i tato práce rigorózní, byl proveden v době první vlny světové pandemie v důsledku virového onemocnění COVID-19. Téma všímavosti je velmi aktuální nejen v oblasti praktického využití. Dochází také k expanzi výzkumů, které se všímavostí zabývají ze všech možných úhlů. Dohledali bychom tedy nespočet výzkumných závěrů na toto téma. Nikoliv však výzkumů, které vliv všímavosti zkoumaly v období první vlny světové pandemie, která byla pro celý svět situací zcela unikátní, novou a velmi náročnou. Tato práce tedy předkládá výzkumně podložené závěry o vlivu meditace všímavosti na symptomy deprese a disociální zkušenosti v období světové pandemie a snaží se poukázat na benefity meditační praxe pro lidské zdraví, i za tak náročných podmínek, jako byla nečekaná první vlna pandemie.

Tato rigorózní práce se skládá z části teoretické a části výzkumné. Jelikož se i v této práci zabývám tématem všímavosti, přebírám tuto rozsáhlou kapitolu ze své diplomové práce. Přidávám do ní však novější výzkumné závěry v kapitole č. 1.6 Výzkumy všímavosti a psychického zdraví a upravuji ji pro potřeby práce rigorózní. Oproti práci diplomové se zde již nezabývám teoretickým ukotvením stresu, ale nově do teoretické části přidávám kapitolu číslo 2, jež se zabývá depresí a kapitolu číslo 3 o disociální zkušenosti, které v závěru propojuji s tématem všímavosti v kapitole číslo 4. Z diplomové práce rovněž přebírám kapitolu 4.3 o světové pandemii, kterou však upravuji v souvislosti s novými proměnnými práce rigorózní.

Ve druhé části rigorózní práce čtenáři předkládám podrobné informace o provedeném výzkumu, ve kterém jsme po dobu osmi týdnů meditačně pracovali s našimi participanty a zaznamenávali potřebné údaje o změně depresivní nálady a disociální zkušenosti. Pro účely rigorózní práce dále přebírám ze své práce diplomové kapitolu

o výzkumném souboru, průběhu výzkumu, typu výzkumného designu a etice, které jen drobně upravuji v souvislosti s novými proměnnými. Zbylé kapitoly jsou zcela nové a čtenář tak bude obeznámen s podobou výzkumu, výzkumným problémem, výzkumnými cíli a hypotézami, dále s použitými metodami, analýzou dat, ale i samotnými výsledky našeho zkoumání, nad kterými se více pozastavujeme v diskusi této práce.

Rigorózní práce přináší zcela nové informace o vlivu rozvoje všímavosti na psychické zdraví člověka v podobě snížení deprese a disociace i v tak náročných podmínkách, jako byla první vlna světové pandemie v důsledku virového onemocnění COVID-19.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VŠÍMAVOST

Mindfulness meditace se stává velmi populární. Můžeme si proto povšimnout daleko větší laické informovanosti o termínu všímavost, než tomu bylo v minulé dekádě. Martin (2018) tvrdí, že se s tímto tématem můžeme setkat už doslova všude. Stačí například jen zapnout televizi a můžeme vidět Oprah Winfrey, která se všímavostí ve svém pořadu zabývá. K tomuto mohlo přispět nesmírné množství nově vznikajících publikací na toto téma, jakož i nabídka mindfulness služeb včetně neustále přibývajících mobilních aplikací s meditační praxí nebo dokonce samotná oblíbenost u široké veřejnosti, která se začíná stále víc zajímat o svou mentalitu a psychické zdraví. O populárnosti meditace všímavosti hovoří například i KBT terapeut Roman Pešek v jednom ze svých rozhovorů, kde vyzdvihuje zájem laické veřejnosti o dané téma. Zastává názor, že tento zájem může být jen prospěšný k psychickému zdraví široké veřejnosti (DVTV, 2020). S menším nadšením a libostí se ke zmiňované oblíbě a množství nabízených mindfulness kurzů vyjadřuje ve své publikaci *Všímavost a soucit se sebou* psycholog Jan Benda (2019). Možná, že se samotná všeobecná popularita tématu všímavosti promítla i do vědeckého prostředí, neboť můžeme vidět nespočet českých, ale i zahraničních studií, jež se tématem mindfulness neustále zabývají. Dříve než se do problematiky tohoto tématu více ponoříme, seznámme se na začátku se samotným definováním pojmu mindfulness.

1.1 Definování konceptu všímavosti

Jak jsme uváděli výše, všímavost se stává stále populárnějším fenoménem. Můžeme být svědky expanze odborné literatury, která se všímavostí zabývá. V roce 2003 bylo zaznamenáno ve vědecké databázi PsycINFO pouhých tři sta odborných prací na toto téma. V roce 2019 jich zde nalézáme 11 880 a tento počet neustále stoupá (Benda, 2019). Z důvodu popularity a neustále přibývajících nových výzkumů je tak pochopitelné, že můžeme dohledat nespočet vymezení a definování pojmu všímavosti.

Setkáváme se tak se situací, kdy nepanují shody ani k českému překladu anglického slova mindfulness. Někteří z autorů užívají původní anglické označení. Jiní se snaží termín přeložit do co nejpodobnější formulace původního slova. V českém překladu se tak můžeme setkat s označením plně uvědomování či pouze uvědomování od dr. Možného

(Praško et al., 2007). Dále i označením bdělost, jež je v českém překladu spíše označením opaku spánku. Bdělost sice je součástí všímavosti, není však všímavostí samotnou, a tudíž toto označení plně nevystihuje původní termín (Frýba, 2008).

Mindfulness přístup je však už častěji spojován s pozorností či schopností koncentrace pozornosti. Benda (2019) se však proti tomuto tvrzení vymezuje a uvádí, že mindfulness neznamená pouze koncentraci pozornosti, jak některé z mindfulness programů uvádějí. K tomuto názoru se hlásí i John Kabat-Zinn (2015), který koncentraci pozornosti rozumí jen jako součásti všímavosti, ale nikoliv jako její jedinou složku. Žitník (2010) ve své práci tvrdí, že je termín mindfulness častěji dáván do souvislosti s vědomím než s pozorností. Lepším označením pro mindfulness by tedy bylo slovo uvědomování, ale ani toto slovo není plně vystihující. Proslulý český psycholog a buddhistický mnich Mirko Frýba, který se mindfulness intenzivně zabýval, ve svých publikacích použil označení všímavost. Toto označení se následně stalo jedním z nepoužívanějších v českém prostředí pro tento fenomén (Frýba, 2003).

S anglickým termínem mindfulness se poprvé setkáváme v letech 1921, kdy jej užil překladatel T. W. R. Davides (Siegel, 2016) a v zahraničních publikacích se tak setkáváme především s tímto označením. I toto anglické označení je však pouhým překladem původního termínu „sati“, jež pochází z jazyka „páli“. Jedná se o jazyk, jež byl používán v buddhistické filozofii před 2,5 tisíci lety. Byl součástí buddhistické nauky zvané Abhidhamma (Katz, 2014). Tuto nauku si více představíme v dalších kapitolách práce. Samotný překlad slova „sati“ je paměť či vzpomínka. V buddhistickém pojetí toto slovo ale spíše označuje to, co se odehrává v přítomnosti. Snadněji pochopitelným překladem do českého jazyka by tak mohlo být označení pamětlivosti k tomu, co se odehrává v přítomném okamžiku (Nyanatolika, 2008). Podobný význam uvádí i Frýba (1996), který termín „sati“ připodobňuje ke krátkodobé paměti, jež souvisle doprovází naše prožívání.

Z výše předložených příkladů nám může být patrná samotná obtížnost překladu původního označení „sati“ a to včetně překladů do jazyka českého. Z důvodu různých termínů budeme pro účely této rigorózní práce užívat označení mindfulness a všímavost, ke kterým budeme přistupovat jako k synonymům.

Vymezení všímavosti je podobně problematické jako samotný překlad slova „sati“. Můžeme najít mnoho definování od různých autorů, jež se v něčem liší. Vymezení a pojetí všímavosti od Johna Kabata-Zinna se řadí dle uváděných výzkumů k nejvíce

užívaným. S jeho definováním se můžeme setkat v různých vědeckých člancích a výzkumech s širokou problematikou od klinické psychologie, dopravní psychologie či psychologie práce, viz (Bishop et al., 2006; Papenfuss et al., 2020; Reb et al., 2020; Stephens et al., 2020; Zenner et al., 2014). Kabat-Zinn (2003) tak hovoří o mindfulness jako o záměrném udržování pozornosti v přítomnosti, aniž by docházelo k hodnocení vynořujících se obsahů okamžik za okamžikem. Kabat-Zinn (2015) také o všímavosti tvrdí, že je dovedností vědomého života, která nám umožňuje vymanit se z pocitu zaklenuť, a dovoluje nám opětovné spojení s naší moudrostí.

Podobně všímavost vymezují i Brown a Ryan (2003). Všímavost popisují jako stav, kdy je jedinec zcela přítomný v daném okamžiku a je tedy schopen si plně uvědomovat vše, co se okolo něj děje. Rovněž Benda (2019), který hovoří o schopnosti uvědomovat si veškeré procesy s přístupem porozumění a soucitem, jak v naší mysli, tak v těle. Poněkud odlišným jazykem, přesto s podobným významem přistupuje ke všímavosti Baer (2003), jež pojednává o nehodnotícím pozorování ustavičného toku vnitřních, ale i vnějších podnětů tak, jak samovolně probíhají. Již zmiňovaný český psycholog Mirko Frýba (1996) uvádí, že jde o víc než jen pouhou pozornost či vnímání. Jde o trvalou duchapřítomnost a neustálou mentální ostražitost.

Již tato uvedená vymezení všímavosti zaznamenávala jednu společnou komponentu, kterou je uvědomování si právě přítomného momentu. Tady a teď je onou komponentou, skrze kterou je všímavost na západě známá. Benda (2019) mindfulness rozděluje na tři úrovně, kdy jednou z nich je právě tady a teď neboli propojenost s přítomným okamžikem skrze vědomou pozornost. Koncentrace pozornosti však dle něj ještě není čistou a opravdovou všímavostí. Jedná se však o dobrý start, jak s všímavostí ve své meditační praxi začít a pociťovat poměrně rychle blahodárné účinky. Rovněž další autoři na komponentu tady a teď při svém definování upozorňují. Germer et al. (2013) hovoří, že všímavost je o uvědomování si přítomného okamžiku a jeho přijetí. Opakem všímavosti by pak mohl být stav bezmyšlenkovosti, kdy je člověk duchem nepřítomen. Jedná se o stav, při kterém se jedinec ve své mysli zaobírá například vzpomínkami, budoucností, fantaziemi, ale třeba i posuzováním a zabýváním se přítomné situace. V tomto mentálním stavu jedinec není plně přítomný k realitě kolem něj a takto zabředlý do svých myšlenek dělá věci automaticky. Z tohoto důvodu bývá tento stav označován jako „jízda na autopilota“ (Segal et al., 2002). A právě mindfulness meditace nám umožňuje probudit se z tohoto automatického a nevědomého snu. Potom jsme schopni začít prožívat svůj život zcela naplno

v celém spektru svých vědomých, ale i latentních možností (Kabat-Zinn, 2015). Všímavost tedy můžeme chápat jako opak „jízdy na autopilota“. Jedná se o dovednost být plně přítomen právě v okamžiku tady a teď. Je to stav mysli, v němž si jedinec uvědomuje a akceptuje celé spektrum prožitků, ke kterým dochází v přítomném momentu (Marlatt & Kristeller, 1999).

Výše uvedené definice a vymezení odkrývají společné komponenty, které nám již nyní odhalují, čím vším je všímavost tvořena. K mindfulness a jejímu vymezení, tak můžeme přistoupit podle počtu komponent, které jsou do jejího chápání zahrnuty. Můžeme dohledat jednosložkové, dvousložkové, tříložkové, čtyřložkové, pětisložkové či šestisložkové pojetí mindfulness (Žitník, 2010).

1. Jednosložkové pojetí všímavosti

Toto pojetí chápe všímavost jako soustředěné vědomí. Základní složka tohoto pojetí je tak zaměřená pozornost a vědomí k přítomnému momentu (Siegel et al., 2009).

2. Dvousložkové pojetí všímavosti

Dvousložkové pojetí doplňuje zaměřenou pozornost o nehodnotící postoj ke každému nově přichozímu prožitku (Siegel et al., 2009). S tímto pojetím jsme se již setkali v některých výše uvedených vymezeních všímavosti. Zastáncem dvousložkového pojetí jsou například Bishop et al. (2006), kteří první složku definují jako regulaci pozornosti, jež je koncentrovaná na právě probíhající okamžiky, což vede vyššímu rozpoznání psychických jevů. Druhá složka poté představuje specifický postoj ke všemu právě probíhajícímu. Je to postoj zvědavosti, přijetí a otevřenosti.

3. Tříložkové pojetí všímavosti

Tříložkové pojetí přistupuje ke všímavosti jako ke koncentrovanému vědomí s nehodnotícím postojem a nově i jako k záměru udržet a neustále vracet pozornost k přítomným prožitkům (Žitník, 2010). Záměr je tedy podle tohoto pojetí další a velmi důležitou komponentou. Kabat-Zinn (2016) uvádí, že právě záměr, s kterým dotyčný k celé meditační praxi všímavosti přistupuje, rozhoduje, čeho v ní dosáhne. Tvrdí, že je tento záměr velmi důležitý a označuje ho rovněž meditační vizí, neboť je dle něj nesmyslné každý den praktikovat meditaci a nemít poněti, proč to děláme.

4. Čtyřložkové pojetí všímavosti

Čtyřložkové pojetí rozšiřuje výše uvedené komponenty o složku vidění sebe sama jako nezávislého a nezaujatého pozorovatele. Představiteli tohoto přístupu jsou například

Fletcher a Hayes (2005), kteří všímavost definují jako čtyři vzájemně působící mentální procesy: kontakt s přítomným okamžikem, přijetí, vědomí sebe sama jako nezávislého a nezaujatého pozorovatele a odstup.

5. Pětisložkové pojetí všímavosti

Toto pojetí vychází z výzkumných závěrů Baerové et al. (2006). K pěti složkám došli skrze faktorovou analýzu metod měřící mindfulness. Výsledkem bylo vyextrahování těchto základních složek všímavosti: pozorování, popisování, vědomé jednání, nereagování na vynořující se prožitky a nehodnocení prožitků.

6. Šestisložkové pojetí všímavosti

Představitelkou tohoto pojetí je Marsha Linehan (1993a). Ta hovoří o všímavosti jako o výsledku hned šesti všímavých dovedností, přičemž tři z těchto dovedností popisují, co dělat a zbylé tři se zabývají tím, jak to dělat. Mezi první tři spadá: pozorování, popisování a zúčastnění. Do druhé trojice patří: bez hodnocení, jednomyslně a účinně.

Výše jsme si uvedli základní komponenty všímavosti. Jistě bychom dohledali jiné autory, kteří všímavost uchopují odlišně a zařazují do svého pojetí i jiné složky než výše uvedené. Na tuto skutečnost upozorňuje Benda (2019), který uvádí samotnou nejednotnost autorů k tomu, co je to vlastně všímavost. Objevují se tak neshody v přesvědčcích, jestli se jedná o stabilní osobnostní rys, specifickou schopnost, mentální proces či duševní stav. Neexistuje tedy žádné obecně platné a všemi odborníky přijímané vymezení všímavosti. Tato rigorózní práce si však za cíl neklade vytvořit platnou a všemi odborníky uznávanou definici. Pro teoretické ale i výzkumné účely této práce nám proto budou muset postačit výše předložené příklady pojetí všímavosti.

1.2 Historické kořeny všímavosti

V této kapitole ve stručnosti předložíme historické kořeny a spojitost s buddhismem, která se k mindfulness váže. Již zmiňovaní autoři na tuto spojitost upozorňují, viz Kabat-Zinn (2015), který všímavost popisuje jako staré buddhistické cvičení či Benda (2019) a jeho tvrzení, že je všímavost klíčovou složkou buddhistické psychologie. Proto je potřeba si tento koncept blíže představit, abychom získali lepší představu o spojitosti mezi všímavostí a buddhisticko-filozofickým přístupem, jež je jejím pilířem.

Vznik Buddhismu je datován do roku 500 př. n. l. v severní Indii. Jako zakladatel je uváděn Siddharta Gautama, který je později znám převážně jako Buddha (Chödzin, 2017). Mnoho informací o životě, působení, ale ani o původním jméně Buddhy nemáme, neboť v některých spisech je označován pod jinými jmény např. Šákjamuni. Údajně se narodil u hranic dnešního Nepálu kolem roku 560 př. n. l. Buddha byl princ, který dostal tehdejší prvotřídní výchovu a vzdělání. Jedna ze známých legend vypráví příběh, ve kterém se Buddha na svém lovu střetl s žebrákem, mužem mrtvým a mužem umírajícím. Tato setkání jej velmi silně zasáhla a pravděpodobně způsobila jeho pozdější odchod do ústraní, kde se oddal askezi (Bondy, 2006). V tomto svém novém smýšlení usedl pod strom a oddal se své poslední meditaci. Byl odhodlán, že nalezne konečné poznání nebo tam zemře. Prostřednictvím ustavičné, několika dnů trvající meditace se dostával do stavu oproštění se od okolního světa, což ho dovedlo k plnému osvícení (Chödzin, 2017).

Buddha dalších sedm dní pouze meditoval, a to mu umožnilo vymanit se ze Samsáry neboli kruhu „neustálého putování“. A právě tam se stal skutečně „probuzeným“ (Bondy, 2006). Buddha se následně rozhodl, že bude své poznání předávat ostatním lidem. Své učení pojmenoval Dhamma, což znamená „pravda“. Jádrem onoho učení představují konkrétní zkušenosti a meditační zážitky pojmenované Abhidhamma. Ta je některými nazývána jako takzvané „vyšší učení“ (Frýba, 1991).

Začátkem tohoto Buddhova učení jsou Čtyři vznešené pravdy. Život v souladu s těmito pravdami by měl vést k osvobozující cestě a k dosažení plného poznání. Tyto čtyři pravdy ve stručnosti hovoří, že v našem životě existuje utrpení. Toto utrpení má svůj původ v žádostivosti, a pokud jej chceme překonat, musíme se vydat na osmidílnou stezku. Ta se skládá z pravého názoru, pravého žití, pravého rozhodnutí, pravého jednání, pravého soustředění, pravé řeči, pravého rozvažování a pravé snahy (Bondy, 2006). V souvislosti se všímavostí nás zajímá především jádro tohoto učení neboli Abhidhamma.

1.2.1 Abhidhamma

S touto koncepcí jsme se již v předchozích kapitolách stručně seznámili. Představme si ji trochu hlouběji, abychom získali lepší představu o souvislosti mezi buddhismem, mindfulness a psychologíí.

Již víme, že se jedná o základ Buddhova učení, který obsahuje meditační zkušenosti. Abhidhamma tedy představuje jakousi analýzu lidské psychiky, jež vychází z podrobné introspekce. Frýba (2008) přímo hovoří o budhistické, etické a psychologické koncepci.

Jedná se o systém vědění, který se užívá už 25 století a je tak velmi starým základem buddhistických nácviků meditace. Abhidhamma se zaměřuje pouze na popisování a vysvětlování skutečně existujících a pozorovatelných fenoménů. Nezajímají ji tedy čistě pojmové a teoretické konstrukty (Frýba, 1991).

Buddhovo učení se z počátku šířilo pouze ústně. Jeho žáci se učili základy této nauky nazpaměť. Změna nastala až ve třetím století, kdy bylo Buddhovo učení sepsáno do takzvané „tipitaky“, neboli buddhistického kánonu (Frýba, 2003). Abhidhamma je třetí „pitakou“, což znamená část onoho buddhistického kánonu „tipitaky“. Nalezneme v něm scholastické naučné texty, označované jako takzvané koše víry či komentáře k „suttám“ (Conze, 1997).

Abhidhamma-pitaka je z těchto „pitak“ nejdůležitější a nejzajímavější. Tato část totiž zahrnuje hluboké myšlenky a učení samotného Buddha. Právě tím se odlišuje od ostatních „pitak“, kde se nachází spíše jen jednodušší texty. Abhidhamma tedy znamená „vyšší Buddhovo učení“. Představuje jakýsi souhrn jeho myšlenek, zkušeností a hlubokého učení (Thera, 1998). A právě v tomto textu můžeme nalézt první zmínky o dnes tak populární všímavosti. Později byla tato koncepce přepracována Buddhovými následovníky (Frýba, 2003).

V odborné literatuře se však můžeme setkat s rozličnými názory k využitelnosti, praktičnosti, ale také k samotnému zařazení koncepce Abhidhammy. Můžeme tak dohledat tvrzení, která Abhidhammu chápou čistě jako nauku, která pro buddhistickou praxi nemá vůbec žádný přínos. Kupříkladu Lesný (1996) rozumí Abhidhammě čistě jako filozofickému pojetí. Sám ji popisuje jako scholastiku, jež pro porozumění buddhistické filozofie není nijak užitečná. Podobně se dívá i Miltner (2002), který Abhidhammu připodobňuje k buddhistické scholastice nebo metafyzice.

Kromě uvedených názorů však dohledáme stále více současných odborníků, kteří naopak vyzdvihují praktičnost textů Abhidhammy. Jedním z těchto autorů je Werner (2002), který ji popisuje jako sbírku textů objasňující základní pojmy. Dále zmiňuje, že se jedná o výstupy meditativní praxe, které přímo vyvěrají z této nauky a jež jsou dále zahrnuty v rozpravách z vyššího psychologického pohledu. Také Koutný (2010) uvádí, že se Abhidhamma zaobírá každodenním lidským prožíváním, zkušeností a prožitky. Je přesvědčen, že by neměla být dávana pouze do spojitosti s buddhismem. Frýba (1996) se vymezil k výše uváděným názorům německých autorů, kteří Abhidhammě rozumí jako

scholastice. Sám hovoří, že se jedná právě o systém s praktickým využitím, který můžeme podrobit empirickému výzkumu.

Abhidhammē tedy z výše uváděných vymezení autorů můžeme rozumět jako souhrnné analýze psychiky člověka, jež vychází z empirických poznatků za využití introspektivního přístupu.

1.2.2 Psychologie Abhidhammy

Souvislost mezi psychologii a Abhidhammou nám může být patrná již z výše uvedených informací. Vždyť samotný Frýba (2003) hovoří o Abhidhammē jako o eticko-psychologickém systému vědění. Dále však uvádí, že tento psychologický systém vychází pouze z toho, co chutnáme, co čicháme, co vidíme, co slyšíme či hmatáme, a také z toho, že dokážeme všechny tyto vjemy v naší mysli propojovat. Rovněž vychází ze skutečnosti, že každý náš prožitek vnímáme v různé kvalitě buď příjemně, neutrálně či nepříjemně. A právě tato prostá zákonitost vytváří empirický základ psychologie v Abhidhammē. Frýba (1991) také dodává, že je v Abhidhammē předložen fakt, že má každý člověk tendenci bránit se a vyhýbat se nepříjemnému, lpět na příjemném a ignorovat neutrální. Tato zmíněná skutečnost se stala psychologickým paradigmatem Abhidhammy a jejího vědomého jednání.

Spojitosť s psychologii zmiňuje také Koutný (2010), který vyzdvihuje její praktické využití. Podle něj se jedná o koncepci, jež umožňuje a pomáhá prožívat spokojenější a plnější život. Abhidhammu tedy dává do souvislosti s psychoterapií, psychohygienou, a celkovou psychologii naplněného a šťastného života, ke kterému pomáhá dospět.

Frýba (1996) ovšem upozorňuje, že buddhismus a ani myšlenky buddhismu nevznikly pro potřeby psychologie. Jedná se spíše o průvodce praktickými cvičeními, která nás mají dovést k naplněnému životu. Frýba se ve své literatuře snaží přenést základní paradigmatata Abhidhammy do jazyka, který by byl srozumitelný západní kultuře a psychologii. Psychologie v Abhidhammē je dle Frýby (2008) výsledek tréninku meditační praxe nazývané „satipatthána“, která se skládá z meditace všímavosti a vhledu. Tento mindfulness přístup trénuje mysl v souladu s principem Abhidhammy, jež následně vede k užívání naší mysli jako introspektivního nástroje.

Kabat-Zinn (2015) však tvrdí, že není třeba se stát buddhisty ani jogíny, abychom mohli využívat a rozvíjet všímavost. Všímavost se tedy nesnaží měnit naše tradice nebo víru. Jedná se pouze o jednoduchý a praktický způsob, jak dokázat být více v kontaktu s plností

našeho života. S tím, jakým způsobem se dá všímavost rozvíjet či aplikovat, se obeznámíme v následující části práce.

1.3 Rozvíjení všímavosti

V této kapitole se budeme věnovat všímavosti a tomu, jak autoři rozumějí jejímu praktickému využití a cestě k rozvoji. Sujiva (2012) totiž zastává názor, že abychom byli schopni porozumět celému konceptu mindfulness, nepostačí nám pouze teoretické znalosti. K plnému pochopení je nutný praktický nácvik skrze meditaci. Benda (2007) tvrdí, že je všímavost běžnou mentální schopností, kterou máme všichni, ovšem jen v určitém stupni. Tuto schopnost můžeme trénovat a rozvíjet podobně jako schopnost soustředění. K rozvíjení této schopnosti dochází skrze již zmiňovanou meditaci všímavosti a vhledu. Hayes a Wilson (2003) tvrdí, že jde o sadu technik, které pomáhají být přítomen v momentu tady a teď aniž by docházelo k hodnocení čehokoliv, co se právě odehrává. Podle Kabata-Zinna (2015), který všímavost označuje jako srdce buddhistické meditace, má mindfulness jednoduchou koncepci, neboť její síla spočívá v jejím pravidelném užívání.

Výše uváděné informace nás přivádějí ke skutečnosti, že pokud chceme lépe porozumět všímavosti, je důležité její aplikování skrze meditaci. Dříve než si však uvedeme způsoby, jak se dá všímavost rozvíjet, vymezíme si alespoň stručně, co je to vlastně meditace.

1.3.1 Meditace

Slovo meditace pochází z latinského termínu „meditātiō“, což v doslovném překladu znamená přemýšlení či rozjímání. Meditace je forma mentálního cvičení, ve kterém se mysl soustředí sama na sebe, čímž se odlišuje od koncentrace, ve které se mysl cíleně soustředí na nějaký konkrétní cíl. Jedná se o aktivitu mysli, která je mnohdy aplikovaná ve spojitosti s mystikou či náboženskými a duchovními aktivitami. Meditace připravuje mysl na takzvanou kontemplaci neboli ponoření se do svého nitra (Malina, 2009).

Nyanaponika Théra (1995) rozumí meditaci jako záměrnému procesu ovládnutí naší mysli, která je jinak těžko ovladatelná. Sujiva (2006) zmiňuje, že je meditace oblast, která obsahuje celou paletu technik, jejichž cílem je přeměnit naši prožívanou zkušenost.

Shapiro a Walsh (2006) uvádí, že meditace představuje konkrétní sadu metod, které umožňují seberegulaci. Tyto techniky využívají řadu tréninků se zaměřením na uvědomění

či pozornost s cílem dostat vlastní psychické procesy pod větší kontrolu. Rovněž Gunaratana (2012) zmiňuje, že meditace dostává naši mysl do stavu plného vědomí, klidu a koncentrace. Popisuje tak meditaci jako očištění naší psychiky. Meditace totiž očišťuje naši mysl od všech negativ jako je například žárlivost, nenasytlost či nenávisť.

Fryba (1991) ve svých publikacích předkládá univerzální a konkrétní metody meditace, o kterých hovoří, že mohou být pravidelně aplikovány všemi lidmi bez ohledu na intelektuální úroveň. Tyto techniky jsou prospěšné jak pro osoby duševně zdravé, tak pro ty, kteří zažívají náročnější období a bojují s vnitřními těžkostmi. Jejich využití tedy může být psychohygienické i psychoterapeutické. Kabat-Zinn (2015) uvádí, že většina začínajících s meditací od ní čeká něco fascinujícího, něco, co v nás zajisté vyvolá zvláštní stavy. Síla meditace je však v její jednoduchosti. Neznamená to ale pouze sedět, nýbrž být schopen se zastavit a být plně přítomen v okamžiku tady a teď.

Dohledali bychom velké množství meditačních technik. Každé větší náboženské seskupení totiž má své konkrétní úkony, které bychom mohli nazývat meditací. Tento termín se však mezi praktikujícími užívá velmi volně. Z historických kořenů mindfulness v oblasti buddhismu konkrétně hovoříme o meditaci vzhledu a všímavosti, nazývanou „satipatthana-vipassana“ (Gunaratana, 2012). Tato meditační praxe vycházející z Buddhova učení, vede meditujícího prostřednictvím pozorování svých mentálních, ale i tělesných procesů k zjištění, že jde o procesy pomíjivé, neosobní a neuspokojivé. Toto zjištění povede k překonání a osvobození se od veškerého utrpení neboli stavu „nibbány“ (Benda, 2006).

Benda (2019) ovšem dodává, že všímavost sice můžeme rozvíjet prostřednictvím meditace všímavosti a vzhledu, samotná všímavost ale není meditací. Meditace je pouze způsob, jak můžeme všímavost rozvíjet. Těchto způsobů rozvoje všímavosti je už následně celá řada, které nalezneme v různých publikacích (viz Sujiva, 2006; Kabat-Zinn, 2015; Hennessey, 2019; Williams & Penman, 2014). Jelikož se tato rigorózní práce zabývá mindfulness, budeme se dále věnovat především možnostem jejího rozvoje.

1.3.2 Způsoby rozvoje všímavosti

Jak jsme již uváděli, tématem rozvoje všímavosti se zabývá nesmírné množství publikací. V úvodu této rigorózní práce jsme psali, že se aktuálně všímavost těší nesmírné oblibě. Dohledáme proto nejednu publikaci, která nabízí sadu cest, jak všímavost rozvíjet. V první kapitole této práce jsme uváděli, že Kabat-Zinn patří mezi nejcitovanější autory zabývající

se mindfulness. Z těchto důvodů se také my zaměřujeme především na jeho přístup v oblasti rozvoje všímavosti, který doplňujeme o pohledy dalších autorů.

V návaznosti na předchozí kapitoly, kde jsme uváděli názory odborníků na meditaci, jako nezbytný předpoklad pro rozvoj všímavosti, (viz Benda, 2019; Kabat-Zinn, 2015; Sujiva, 2012) zde předkládáme rovněž autory, kteří nesdílejí tento názor. Jedná se například o Hayese a Wilsona (2003). Ti rozumějí všímavosti jako prosté technice. Dále třeba i Tan a Goleman (2014) hovoří o mentálním tréninku, který připodobňují k fyzickému cvičení. Ten dopomáhá tomu, že se naše vědomí bude vracet k přítomnému momentu stále rychleji. Za zmínku jistě stojí i Hassonová (2015), která uvádí techniky rozvoje všímavosti pojmenované jako techniky neformální praxe, jež nevyžadují meditaci.

V publikacích, viz (Hassonová, 2015; Kabatz-Zinn, 2015; Williams & Penman, 2014; Segal et al., 2002) můžeme nalézt dělení rozvoje všímavosti na neformální a formální praxi. Formální praxe je způsob rozvoje všímavosti skrze meditaci. Kabat-Zinn (2015) praxi formální popisuje jako chvíli, kdy si cíleně uděláme čas pro meditaci. Čas, ve kterém se nevěnujeme ničemu jinému než tomu, abychom byli zcela přítomni v daném momentu. Cest, jak můžeme praktikovat formální meditační praxi je také celá řada. Hassonová (2015) předkládá možnost prostřednictvím meditačních technik zaměřených na počítky, dech, myšlenky či na naše vjemy. Frýba (2003) uvádí způsoby skrze nácvik všímavosti dechu, všímavosti těla, ale i všímavosti pohybu. Obdobné způsoby rozvoje všímavosti uvádějí i Williams a Penman (2014), viz všímavost těla, všímavost dechu, meditace myšlenek a zvuků či meditace čas k nadechnutí. Kabat-Zinn (2015) vyzdvihuje důležitost dechových meditací. Zmiňuje, že zaměření na dech nám dopomáhá být v jakékoliv situaci přítomni tady a teď. Dalším způsobem rozvoje je také naše tělo a technika označená jako bodyscan, kdy pozornost přenášíme do každé oblasti našeho těla s přijetím a postojem pouhého pozorovatele. Dále přidává meditaci v leže, meditaci v sedě, meditaci v pohybu a souhrn těchto meditačních techniky rozkládá do osmitýdenního programu (Kabat-Zinn, 2016).

Z výše uváděných technik rozvoje všímavosti by nám mohlo připadat, že se jedná pouze o práci s koncentrací pozornosti. Mindfulness meditace se však liší od meditačních přístupů, jež se zaměřují čistě na rozvoj koncentrace pozornosti (Baer, 2003). Na tuto skutečnost dává zřetel i Kabat-Zinn (2015) a Benda (2019). Meditace všímavosti sice na svém počátku pracuje s koncentrací pozornosti, kdy dává důraz na koncentrování pozornosti ke zvolenému objektu, který může představovat náš dech, vjemy, emoce,

myšlenky či tělo (Bishop et al., 2006). Pokaždé když naše pozornost sklouzne mimo zvolený objekt, je důležité si tuto skutečnost uvědomit a navrátit svou pozornost zpět (Frýba, 2003). V další fázi už nezaměřujeme naši pozornost k jednomu stanovenému objektu. Pozornost by měla být široce otevřená k jakémukoliv přicházejícímu podnětu v oblasti našeho těla, naší mysli či našich emocí (Bishop et al., 2006). Uváděné nehodnotící pozorování, jež zachycuje neustálý a měnící se tok našeho vědomí, je konečným cílem meditační praxe (Kabat-Zinn, 2016). A právě tento meditační cíl odpovídá stavu, který je shodný se zde zmiňovanými vymezeními všímavosti, viz Baer (2003).

Kabat-Zinn (2015) dodává, že není ani tak podstatné jaký způsob rozvoje všímavosti si vybereme jako to, že skutečně pravidelně meditujeme. Ve své nejznámější publikaci s názvem *Život samá pohroma* Kabat-Zinn (2016) klade důraz na sebekázeň, oddanost meditačním cvičením a záměr při pravidelném meditování. Apeluje na pravidelnost a vytrvalost v této meditaci. Uvádí, že již pravidelné meditování po dobu deseti minut denně, může přinést více užitku než delší meditační praktikování jednou za čas. Toto pravidelné meditování nám dovoluje více přivádět všímavost do činností běžného dne, kdy poté hovoříme o neformální praxi (Kabat-Zinn, 2015).

Neformální aplikování všímavosti tedy nemá žádné pevné postupy a pravidla. Jde o prosté přenášení všímavosti do jakéhokoliv momentu běžného dne. Může se proto jednat o rozvoj všímavosti při cestě do práce, v samotné práci, při řízení automobilu, při jídle či při domácím úklidu (Hassonová, 2015). Jsou to nácviky všímavosti, které jsou již pouhou inspirací, jak a kde všude můžeme všímavost rozvíjet. Každý si už tedy bude sám vytvářet vlastní cesty neformální praxe, neboť život nám dává nespočet různých možností pro rozvíjení všímavosti. Je tak pochopitelné, že u každého bude praxe neformální vypadat jinak (Kabat-Zinn, 2016).

Můžeme si však povšimnout, že u řady autorů pojednávajících o mindfulness bychom už stěží dohledávali původní souvislost s buddhismem. Celý mindfulness koncept je stále více přizpůsobován smýšlení západního světa (Rapgay & Bystricky, 2009). Na tento fenomén upozorňuje rovněž Benda (2019), který hovoří o současné narůstající oblibě řady kurzů nabízejících rozvoj všímavosti, které se ovšem k všímavosti v její plné podobě vůbec nepřiblíží. Nejčastěji rozumějí všímavosti čistě jako manipulaci s koncentrací pozornosti. Z dříve uvedených vymezení mindfulness však víme, že je tento přístup nedostačující. Nicméně Benda (2019) dodává, že tento způsob rozvoje všímavosti je alespoň dobrou

cestou, jak s mindfulness začít, a že již zde může přinášet spoustu pozitivních dopadů na lidské zdraví.

V této části práce jsme se seznámili s celou řadou možností, jak se dá všímavost rozvíjet. Každý autor předkládá své vlastní způsoby, jak toho docílit. Přesto, že má všímavost kořeny v buddhismu, jsou techniky jejího rozvoje více přizpůsobovány západnímu světu a jeho potřebám. Přenesení mindfulness do západní společnosti především dopomohlo k vytvoření samostatných terapeutických přístupů, které se skrze rozvoj všímavosti snaží zlepšit psychické i fyzické zdraví pacientů.

1.4 Terapeutické směry využívající všímavost

V předešlé kapitole jsme se zabývali celou paletou možností, jak můžeme mindfulness rozvíjet. Setkáváme se tak s všímavostí, která byla pro potřeby západní společnosti zakomponovaná do terapeutických přístupů. V této kapitole se s těmi nejznámějšími seznámíme.

O terapeutickém využití všímavosti hovoří celá řada autorů. Benda (2019) zmiňuje, že jelikož je všímavost schopností všech osob, je tedy předpokladem k možné psychoterapeutické práci. Frýba (1991) rovněž hovoří o psychoterapeutickém využití všímavosti, kdy zakládá svůj vlastní přístup nesoucí jméno Satiterapie. Mezi světově nejproslulejší přístupy se však řadí program Johna Kabata-Zinna, který se stal průkopníkem v terapeutickém užití mindfulness. Tento program s názvem Mindfulness-based stress Reduction (MBSR) se řadí mezi nejvyhlášenější a nejvíce aplikované přístupy využívající všímavost (Benda, 2007).

1.4.1 Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Tento již zmiňovaný terapeutický přístup byl vytvořen na Univerzitě Lékařské fakulty v Massachusetts v 70. letech. Byl vytvořen pro cílené snižování stresu skrze všímavost. Program sloužil především pro pacienty trpící chronickou bolestí nebo poruchami vyvolanými stresem (Kabat-Zinn, 2016). Tento program se dle Querstreta et al. (2020) řadí mezi nejúspěšnější, nejcitovanější a výzkumně nejvíce ověřované přístupy, využívající mindfulness. V současnosti si tento přístup našel celou řadu uplatnění od léčby deprese, úzkosti, rakoviny či poruch příjmu potravy atd. (Benda, 2007). Kabat-Zinn (2015) sám tvrdí, že je přístup velmi oblíbený u studentů medicíny, kteří jsou často v důsledku náročnosti

studia výrazným stresem zasažení. Nejen u studentů se tento program těší veliké oblibě, je nabízen širokému spektru klientů, např. matkám na mateřské dovolené.

Program se ve svých počátcích nazýval Program redukce stresu a Relaxační program nesoucí zkratku SR-RP. Skládá se z osmi až deseti týdnů, ve kterých dochází k pravidelným skupinovým terapeutickým setkáním ve skupině 30 osob. Účastníci se setkávají jednou týdně na dobu 2-3 hodin a jednou se účastní celodenního setkání. Účastníci jsou vedeni k tomu, aby získávali vlastní zkušenost s rozvojem všímavosti. Dostávají sadu úkolů, meditačních technik a činností, které mají pravidelně aplikovat. Kromě toho je do programu vložena psychoedukativní část, kdy společně diskutují na téma stres, fyziologie stresu a možnosti jeho zvládnutí (Baer, 2003). Skupiny se postupně učí rozvíjet všímavost prostřednictvím meditace, ale i skrze praxi neformální, kterou jsme si představili již výše. Jedná se o techniku jezení hrozinky, meditaci v sedě, praxi body scanu, meditaci v pohybu či praktikování hatha jógy. Nedílnou součástí je vždy následné reflektování a sdílení zážitků a úspěchů (Benda, 2006). Dobře známou technikou je praxe body scanu trvající obvykle 45 minut, přičemž jde o cvičení, ve kterém jedinec pozorností prochází své tělo bod po bodu. Plně si uvědomuje jednotlivé pocity v částech těla z pozice pouhého pozorovatele, jenž akceptuje každý tento pocit (Baer, 2003).

Velmi důležitou součástí programu jsou domácí cvičení, obvykle v rozsahu 45 minut, která účastníci dostanou vždy na následující týden. Z počátku obdrží jako podklad audio nahrávku, která je jednotlivými úkoly provází a instruuje. Později je kladen důraz na samostatnost v rozvíjení všímavosti. Kromě formální praxe všímavosti jsou povzbuzováni, aby všímavost vnášeli do běžných činností všedního dne skrze neformální praxi. Dostávají tím řadu možností, jak a kde mohou svou všímavost začít rozvíjet. Například při mytí nádobí, při procházce, úklidu či při řízení automobilu (Kabat-Zinn, 2016). Důraz je především kladen na domácí úkoly, které jsou podstatnou součástí celého programu. Kabat-Zinn (2015) však dále dodává, že je daleko důležitější pravidelnost než délka praxe samotné. Neboť jen pět minut denně může přinést řadu úspěchů. Dále je kladen důraz na skutečnost nehodnocení prospěšnosti těchto cvičení, kdy jsou účastníci programu vedeni k tomu, aby k praxi přistupovali jako k pouhému objevování bez hodnocení k aktuálnímu prospěchu, ale i dosahovanému pokroku či neúspěchu ve všímavé praxi (Žitník, 2010). Dokonce i posuzující myšlenky (např. jde o ztrátu času) jsou reflektovány a přijímány bez hodnotícího postoje. Hlavním důsledkem takového praktikování všímavosti by mělo být zjištění, že naše

pocity, myšlenky i emoce jsou kolísavé, proměnlivé a neustále měnící se, podobně jako vlny v moři (Kabat-Zinn, 2016).

Tento program by měl praktikujícím pomoci k porozumění jejich reakcím na příjemné a nepříjemné prožitky. Poté by měl vést k objevení nových cest, jak pracovat s těmito prožitky, což by mělo dopomoci ke komplexní dovednosti lépe zvládat náročné životní situace (Benda, 2006). Kabat-Zinn (2016) ještě dodává, že je celý program MBSR navržen pouze jako pomoc a doplněk léčby. Nejedná se o všespásný program, který by se snažil nahradit lékařskou péčí.

1.4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

Podkladem pro vznik tohoto terapeutického přístupu byl výše zmíněný program Kabata-Zinna. Autoři MBCT jsou Zindel Segal, Mark Williams a John Teasdale (2002), kteří v 90. letech program sestavili za účelem kognitivní terapie deprese u pacientů. Jeho zaměření bylo z počátku především na prevenci relapsu deprese. Délka programu je také 2 měsíce. Benda (2007) ji do češtiny překládá jako Na všímavosti založená kognitivní terapie a uvádí, že je velmi podobná zmiňovanému přístupu MBSR. Navíc je však obohacena o několik prvků kognitivní terapie se zaměřením například na nácvik přerušování automatických reakcí ve stresových situacích a následné plánování nových strategií z již dosažených zkušeností. Benda (2006) dále tvrdí, že se přístup MBCT od KBT v přístupu k depresi dost liší. Program se totiž nesnaží změnit depresivní myšlenky. Snaží se pouze o změnu v uvědomování si těchto myšlenek a v celkové změně postoje k těmto myšlenkám. Segal et al. (2002) uvádějí, že tento program používá tvrzení „myšlenky nejsou fakta“ nebo „já nejsem mé myšlenky“. Takto terapeuticky pracují ve dvanácti členných skupinách, kdy je principem reflektování svých myšlenkových pochodů a změna postoje k nim bez hodnocení a potlačování. Programu se kromě léčby deprese užívá i k léčbě jiných poruch. Např. poruch příjmu potravy (Baer et al., 2005) nebo poruch spánku (Yook et al., 2008).

1.4.3 Dialectical Behavioral Therapy (DBT)

Zakladatelkou tohoto programu je Marsha Linehan působící na Washingtonské univerzitě. Přístup může být přeložen jako Dialektická terapie chování, která se zaměřuje především na léčbu hraniční poruchy osobnosti. Tento přístup vychází z behaviorální terapie v kombinaci se všímavostí, kdy dále čerpá z dialektického světónázoru, jenž klade důraz na sjednocení protikladů. Sama vymezuje všímavost jako kombinaci šesti dovedností, viz kapitola

1.1 Defínování všímavosti (Linehan, 1993a, 1993b). Autorka přístupu Marsha Linehan je ovšem oproti předchozím terapeutickým přístupům k rozvoji všímavosti u klientů více skeptická. Zastává názor, že ne všichni mají dost motivace a schopností k dlouhodobé a pravidelné meditační praxi. Pro DBT je tedy typické, že k rozvoji všímavosti používá kratší a méně formální praxe (Benda, 2006). DBT ve svém přístupu dále upozorňuje na to, že jsou negativní a nepříjemné pocity nevyhnutelné. Program účastníky učí přijímat tuto skutečnost jako standartní součást života, aniž by se jí museli vyhnout (Baer, 2003). Klienti se ve skupinách scházejí jednou týdně a společně se učí rozvíjet vztahové dovednosti, zvládat stres a regulovat emoce s všímavým uvědoměním a postojem přijetí (Benda, 2007).

1.4.4 Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

Tento terapeutický program se samotnou všímavostí neoperuje. Využívá však celou řadu fragmentů, s kterými terapeutické programy založené na všímavosti také zacházejí (Baer, 2003). Směr můžeme přeložit jako Terapie přijetí a odevzdání. Autorem programu je Steven Hayes působící na Nevadské univerzitě. V počátcích se jednalo o individuální terapii, která se zaměřovala na obsese, poruchy příjmu potravy, závislosti atd. Tento přístup vychází z předpokladu, že snaha o potlačování či vyhýbání se určité myšlence či prožitku povede jen ke zhoršení daného stavu jedince (Benda, 2006). Přístup tedy u pacientů cíleně rozvíjí schopnosti přijetí, otevřenosti, ale i vědomého odstupu od ustavičně přicházejících mentálních obsahů, s kterými se pacient mnohdy identifikuje. Využívá k tomu řadu postupů včetně změny svého smýšlení a uvědomění skrze jazyk. Přístup totiž tvrdí, že je rozdíl, když pacient hovoří, že má myšlenky, že je špatným člověkem namísto tvrzení, že je špatným člověkem (Kohlenberg et al., 1993). Tímto způsobem vede pacienty k uvědomění si, že myšlenky nejsou nebezpečné. Myšlenky jsou jen myšlenky. Nepředstavují skutečnost, a proto není potřebné je potlačovat nebo upravovat. Podstatný je zde přístup nezaujatého pozorovatele ke všem vnitřním obsahům, jež se objevují, ale stejně tak zase mizí (Žitník, 2010).

1.4.5 Satiterapie

Již v samotném názvu tohoto terapeutického přístupu můžeme vidět spojitost se všímavostí. Termín „sati“ totiž znamená všímavost. Zakladatelem tohoto přístupu je již uváděný psycholog Mirko Frýba. Přístup vzniknul v 70. letech ve Švýcarsku a poté byl rozvíjen v Česku. Přístup má kořeny v buddhistickém pojetí mindfulness, přímo tak, jak je popisován

v Abhidhammě. Frýba měl osobní zkušenost s všímavostí, neboť sám byl v letech 1998 budhistickým mnichem na Srí Lance (Žitník, 2010). Frýba (2002) ve své knize Principy satiterapie hovoří o tom, že se jedná především o přístup k podpoře mentálního zdraví. Jedinec v tomto přístupu získává dovednost upouštět od lpění a tím usměřuje volně plynoucí prožívání právě přítomných procesů v mysli i těle. Abhidhamma vykládá psychické poruchy jako déletrvajícím stav, ve kterém se k nastalým problémům a poruchám nepřistupovalo s všímavostí a vhledem. Benda (2007) zmiňuje, že tento směr vychází z Rogersovského přístupu. Pacient je s pomocí terapeuta veden k všímavému prožívání, jež pramení v tělesné podstatě. Satiterapie však oproti předcházejícím přístupům neučí účastníky meditaci všímavosti a vhledu. Rozvíjení všímavosti prostřednictvím meditace je zahrnuto pouze v tréninku terapeutů tohoto směru. Terapie se užívá k léčbě neurotických poruch, hraniční poruchy osobnosti, psychosomatických obtíží či poruch vyvolaných stresem.

1.5 Terapeutické aspekty všímavosti

V předešlé kapitole jsme se seznámili s terapeutickými přístupy, jejichž nedílnou součástí je rozvoj všímavosti. Všímavost ovšem není součástí pouze uváděných terapeutických přístupů. Mohli bychom totiž říct, že všímavost je podstatnou součástí všech terapeutických směrů a rovněž důležitým předpokladem k terapeutické práci. Vždyť má-li někdo být především všímavý, tak je to samotný psychoterapeut. Na tuto skutečnost dává zřetel Kabat-Zinn (2015), ale také Benda (2019), který hovoří o nepostradatelném předpokladu pro lékaře. Práce s všímavostí je tedy součástí několika terapeutických přístupů ať již cíleně, nebo necíleně. Na to, co je však hlavním aspektem, který prostřednictvím rozvoje všímavosti způsobuje terapeutickou změnu, se podíváme v této kapitole.

Expozice

Jako první z těchto aspektů uvádíme expozici. Kabat-Zinn (1982) ve svém prvním publikovaném výzkumu o průběhu a účincích MBSR přístupu uvádí situace, kde účastníky nabádá k meditování v meditačních pozicích, jež nejsou moc pohodlné. Po delší době pacienti povzbuzuje, aby v pozici zůstali i přes přicházející bolesti, které mají brát jako součást praxe a jen je pozorovat. Následně se ukázalo, že dovednost pozorovat prožívanou bolest bez soudů, identifikace a hodnocení, tudíž jen z pozice pozorovatele, zmírňuje prožívané utrpení, jež s bolestí souvisí. Expozice patří mezi terapeutické prvky typické pro behaviorální přístupy. Představuje dobrovolné vystavení se situacím či konkrétním objektům

(u specifických fóbii), které nejsou pro pacienta příjemné (Praško et al., 2007). V souvislosti s mindfulness však hovoříme o interoceptivní expozici, neboť zde dochází převážně k expozici s vnitřními obsahy a procesy (myšlenky, emoce, tělesné počitky) (Baer, 2003). Praktikování všímavosti tedy může u jedince rozvinout schopnost tolerovat negativní prožitky a tím je následně dokáže lépe překonat (Linehan, 1993b).

Kognitivní změna

Dalším aspektem všímavosti, které Baerová (2003) ve svém výzkumu uvádí, může být kognitivní změna. Pravidelné rozvíjení všímavosti totiž dle výzkumných závěrů vede ke změně postojů a smýšlení dotyčného. Tato skutečnost nám mohla být patrná již v několika předešlých kapitolách. Například terapeutický směr ACT staví na pouhém pozorování myšlenek k uvědomění, že myšlenky jsou jen myšlenky. Dále i směr MBCT a užívané vyjádření „Já nejsem mé myšlenky“. Kabat-Zinn (2016) tvrdí, že právě pravidelné meditování povede k uvědomění si, že myšlenky jsou pomíjivé, nestálé, a to následně rozvine dovednost, ve které se člověk nesnaží své myšlenky potlačovat nebo měnit, ale pouze je reflektuje. Jedná se o transformaci, ve které začínáme vidět naše těžkosti, ale i sebe sama z jiné perspektivy. Dochází k posunu ve vnímání, který má pozitivní dopad na dovednost neztotožňovat se s negativními prožitky, což pomáhá překonat například depresivní stavy (Segal et al., 2002).

Nehodnocení

Nehodnocení úzce souvisí s předchozím aspektem. Jedná se o podstatný prvek mindfulness, který zde byl rovněž několikrát uváděn. Hovoříme o schopnosti nehodnotit veškeré objevující se obsahy, jež vstupují do našeho vědomí. Výše uvedené terapeutické přístupy tento aspekt využívají. Kupříkladu zmiňovaný směr DBT učí s nehodnotícím postojem akceptovat i negativní aspekty přítomného momentu. Baerová (2003) tento aspekt nazývá akceptací. Tedy akceptace všeho, co vstupuje do našeho vědomí bez hodnotícího postoje. Tento přístup napomáhá lepšímu zvládnání negativních symptomů, jako je bolest, utrpení či úzkostlivé stavy. Dle Linehanové (1993a) dále pomáhá s negativním sebepojetím a přílišnou sebekritičností.

Relaxace

Tady je nutno poznamenat, že meditace není relaxace. Mnoho autorů ovšem poukazuje na složitost a nejednoznačnost vztahu mezi relaxací a meditací (viz Goldenberg et al., 1994; Kabat-Zinn et al., 1998). Tito autoři tvrdí, že meditace často vede do

stavu relaxace, což má pozitivní účinky. Baerová (2003) zmiňuje, že je spojitost mezi meditací a relaxací zjevná, neboť ve většině případů rozvoj všímavosti vede k navození relaxace. Také Benda (2019) uvádí, že již samotné rozvíjení koncentrace pozornosti je určitou relaxací, u které můžeme vidět poměrně rychlý nástup žádoucích účinků. Stav relaxace se tedy u meditujících může skutečně objevovat. Není však hlavním cílem mindfulness meditace.

Self-management

Posledním z aspektů, které Baerová (2003) uvádí, je self-management neboli sebeřízení. Tohoto aspektu je meditací všímavosti dosahováno prostřednictvím seberefektování (sebezpozorování), jež je součástí meditační praxe. Sebezpozorování jak vnějších, tak i vnitřních procesů může vést k využití a uvědomění si celé řady copingových strategií, které má daný jedinec k dispozici. Kristeller a Hallett (1999) tvrdí, že rozvíjení schopnosti sebezpozorování skrze meditaci může vést například i ke snadnějšímu uvědomění si negativního chování (například přejídání), kterému je poté jedinec schopen lépe předcházet. Linehanová (1993b) dodává, že nehodnotící pozorování vede i k lepšímu rozpoznání pravých příčin chování na rozdíl od ustavičných soudů či posuzování sebe sama z těchto příčin. To může poté vést k pozitivní změně v chování.

Výše jsme se zabývali terapeutickými aspekty, kterými může mindfulness působit na zdraví jedince. Vycházeli jsme převážně ze studie Baerové (2003), která uvádí základní aspekty. Můžeme však dohledat i další aspekty. Žitník (2010) ve své práci uvádí také deautomatizaci, kontrolu pozornosti či zaměření na přítomnost, jež je protikladem života na autopilota. Benda (2019) právě autopilota popisuje jako opačný stav všímavosti. Jako stav, kdy nám život protéká mezi prsty. Ten může způsobovat permanentní myšlenky, které jsou zdrojem ustavičného stresu a mohou vést až k závažnějším psychickým problémům, jako je třeba deprese. Dále to může být i aspekt neusilování. Ten znamená, že se nesnažíme ovlivňovat a měnit to, co se právě odehrává v přítomném momentu. Tím dáváme prostor intuici a nevědomí, jež umožňují situaci vyřešit více adaptivním způsobem (Coffman et al., 2006).

1.6 Výzkumy všímavosti a psychického zdraví

Již v předchozích kapitolách jsme se zabývali možnostmi terapeutického působení všímavosti na člověka. Předkládali jsme jednotlivé terapeutické přístupy a aspekty, kterými

všímavost pozitivně zdraví ovlivňuje. V této kapitole se však seznámíme s některými výzkumnými podklady k těmto tvrzením.

Benda (2019), Kabat-Zinn (2016) či Hennessey (2019) uvádějí vědecky prokázaný vliv mindfulness na stres, depresi, úzkost, ale i posílení imunitního systému, zvyšování emocionální odolnosti nebo životní spokojenosti. Kabat-Zinn (2016) ve své publikaci předkládá řadu kazuistik svých pacientů, kteří se účastnili MBSR programu s celou škálou problémů. Uvádí pacienty s úrazy, kdy jim všímavost pomohla od bolesti, ale i agresivní pacienty, onkologické pacienty, impulzivní pacienty s poruchami nálad, pacienty s vysokým krevním tlakem či pacienty neurotické, přičemž u všech těchto klientů zaznamenal na své klinice výrazné zlepšení či vymizení symptomů. Sám je spoluautorem či autorem mnoha výzkumných prací. Například ve studii společně s Richardem Davidsonem a dalšími výzkumníky provedli první randomizovaný experiment MBSR programu. Jedinci, kteří si prošli tímto tréninkem, měli významně vyšší odezvu protilátek, když byli v kontaktu s chřipkovým virem než ti, kteří se programu neúčastnili. Výzkum dále prokázal, že se elektrická aktivita v prefrontální kůře u meditujících jedinců přesunula z pravé hemisféry do levé. Učiněné zjištění tak podpořilo přesvědčení, že meditující jsou schopni lépe seberegulovat emoce frustrace a úzkosti z důvodu větší emoční inteligence. Jedná se o první výzkum, který poukázal na možnost ovlivnění fungování prefrontální mozkové kůry za pomoci mindfulness (Davidson et al., 2003).

Novější studii, která se také zaměřila na účinnost zmiňovaného MBSR programu, předkládají De Vibe et al. (2017). Ti ve výzkumu přináší menší, ale stále statisticky významný vliv na zdraví somatické. Také se prokazatelně zlepšila kvalita života ve srovnání s komparativními skupinami, kde se rovněž ukázal pozitivní vliv na komplexní psychické zdraví v porovnání s jinými aktivními psychosociálními intervencemi. Vysvětlení těchto pozitivních dopadů předkládá studie, na které se podílel Creswell s kolegy. Výstupy uvádějí, že pravidelné rozvíjení všímavosti může snížit nervozitu mozku, konkrétně amygdaly, která se nazývá centrem „boje nebo útěku“. Na druhou stranu všímavost zvyšuje aktivitu prefrontální kůry, konkrétně oblasti mozku odpovědné za exekutivní funkce, kam řadíme schopnost řešit problémy, myslet flexibilně, plánovat či se sebevládat (Taren et al., 2013).

Praktikování mindfulness se ukazuje být užitečné také u psychosomatických potíží. Woleverová a Bestová (2009) uvádějí zlepšení u poruch příjmu potravy. Yook et al. (2008) hovoří o pozitivním dopadu rozvoje všímavosti na poruchy spánku. V současnosti se s narůstající oblibou tématu mindfulness objevuje celá řada mobilních aplikací, které jsou

koncipované na rozvoj všímavosti u svých uživatelů. Low et al. (2020) svým výzkumem potvrzují zlepšení symptomů nespavosti právě za pravidelného užívání jedné takové mobilní aplikace všímavosti. Výzkumné závěry ukazují, že může například zlepšit latenci nástupu spánku či snižovat počet nočních probuzení. Tento nálezn podporuje Kabat-Zinna (2016) a jeho výrok, že nezáleží na způsobu rozvoje všímavost, jako spíše na její pravidelnosti.

Jeden zajímavý výzkum pochází z Číny. V něm byl zkoumán vliv všímavosti a finančního příjmu na prožívanou kvalitu života účastníků. Výzkumu se účastnilo 905 jedinců. Zkoumán byl dopad všímavosti a finančního příjmu na resilienci participantů studie. Výsledky výzkumu ukázaly, že praxe mindfulness měla výrazný nepřímý, ale i přímý vliv na životní kvalitu participantů. Zatímco finanční příjem měl jen omezený nepřímý vliv na prožívanou kvalitu života prostřednictvím resilience (Cheung et al., 2020).

Rozvoj mindfulness se ukazuje být prospěšný již v dětství. Mindfulness-oriented meditation (MOM) je přístup, který užívá rozvoje všímavosti jako autoregulačního tréninku pro zlepšení pozornosti u poruch chování. Santonastaso et al. (2020) provedli studii, ve které se děti s ADHD účastnili osmitýdenního programu MOM, kdy měl trénink výrazně pozitivní dopady na symptomy této neurovývojové poruchy. K obdobným závěrům dospěli i Lester a Murrell (2019) ve své studii. Ti za použití programu MBSR a meditace Vipassany u osob s ADHD došli k zmírnění potíží této poruchy.

Všímavost si pro svou popularnost našla místo také ve školních třídách. Získané benefity pro studenty shrnuje Friedman-Wheeler et al. (2021) ve svém výzkumu. Roeser et al. (2021) se zaměřili na přínosy rozvoje všímavosti u vyučujících. Sawyer et al. (2021) poté na možné přínosy v pracovním prostředí. Dust et al. (2021) poukázali na ovlivnění pracovní motivace a výkonu prostřednictvím rozvoje všímavosti.

Přesto, že nám z výše uváděných výzkumných závěrů může být patrné široké využití rozvoje všímavosti, je nutné k samotnému praktikování mindfulness meditace přistupovat s kritickým postojem. Měli bychom se vyvarovat aktuální vysoké oblibě a nadšenosti z mindfulness přístupu, kdy by nás mohlo napadnout řešit všechny problémy a potíže skrze mindfulness meditaci. Linehanová (1993b) totiž tvrdí, že meditace může být pro pacienty se závažnou psychopatologií kontraindikovaná. V případě psychoterapeutického užití meditace všímavosti je tedy vždy důležité pečlivě zvážit, zdali je přístup pro pacienta vhodný. Rozhodně není doporučována k léčbě akutních traumat a psychóz.

2 DEPRESE

Jelikož se v této rigorózní práci výzkumně zabýváme vlivem všímavosti na depresivní náladu, představíme si v této kapitole depresi z teoretického pohledu řady odborníků. Můžeme dohledat nespočet autorů a výzkumných prací, které spojují téma mindfulness s depresí, a které prokazují pozitivní vliv rozvoje všímavosti na tuto nejnámější psychiatrickou diagnózu.

Dříve než se však k těmto výzkumným závěrům přesuneme, je potřeba samotnou depresi teoreticky ukotvit a představit. Tuto kapitolu proto začínáme vymezením fenoménu deprese. Dále se pak budeme věnovat teoretickému ukotvení deprese i výzkumnému podložení ve spojitosti se zdravím člověka.

2.1 Vymezení deprese

Termín deprese je ve společnosti poměrně známý a často užívaný. Můžeme si povšimnout četných zmínek o depresi či propadu nálady ve sdělovacích prostředcích či v běžné mezilidské komunikaci. Téměř každý ve svém životě zažil stav poklesu nálady, který u sebe laicky diagnostikoval jako hovorově označenou „depku“. Na základě různých tvrzení v našem okolí, ale i samotné zkušenosti s poklesem nálady, přikládáme každý určitý konotační význam tomuto pojmu. Podívejme se však, jak je deprese vymezena odborníky na tuto problematiku.

Profesor Praško et al. (2009) popisují depresi jako onemocnění, jež napadá celý organismus. Nejedná se však o špatnou náladu či pokles nálady, ke kterému v běžném životě často dochází. Deprese je vážný patologický stav. Kryl (2001) stručně hovoří o stavu patologicky snížené smutné nálady. Wittchen et al. (2011) dále uvádějí, že deprese je jednou z nejčastějších psychických poruch. Jen v Evropě jí trpí téměř 7 % lidí. Celoživotní prevalence deprese se přitom v běžné populaci pohybuje mezi 5-16 % (Raboch & Červený, 2018). U žen je četnost deprese až dvakrát vyšší. Celoživotní riziko pro vznik deprese u žen je mezi 20-25 %, zatímco u mužů je to 7-12 % a pouze 25 % osob trpící depresivní poruchou podstupuje adekvátní léčbu (Praško et al., 2007).

Termín deprese má svůj původ v latině a znamená stlačit nebo stisknout. Slovo deprese dále znamená sklíčenost, pokles, otupělost, lhostejnost či ochablost

(Křivohlavý, 2013). Mezinárodní klasifikace nemocí řadí depresi mezi poruchy nálady neboli afektivní poruchy s kódem (F30 – F39). Jedná se o chorobný pokles nálady, při kterém převládají pocity smutku, beznaděje, sklíčenosti, nerozhodnosti, apatie a sebeobviňování (MKN-10, 2017).

Hartl a Hartlová (2009) dodávají, že se deprese projevuje nejen v psychickém, ale také fyzickém zdraví člověka. Dochází tedy nejen k celkovému zpomalení mentálních pochodů, ale i k fyzickému útlumu. Deprese negativně ovlivňuje lidskou racionalitu, paměť, výkonnost, myšlení, spánek, pozornost, motoriku, vztahy s druhými a také naše/lidské pudy (Orel et al., 2016). Deprese se může objevovat v různé intenzitě a v různých podobách. Uvedme si proto dělení této afektivní poruchy, které nám pomůže se v tématu lépe orientovat.

2.2 Dělení deprese

Jelikož má deprese mnoho podob, Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) ji rozděluje do několika kategorií. Jedná se o lehkou depresi, středně těžkou a těžkou depresivní epizodu. Dále dělení zohledňuje, zdali se při depresi objevují somatické či psychotické symptomy. Těžká deprese se proto dále dělí na těžkou depresivní epizodu bez psychotických symptomů a těžkou depresivní epizodu s psychotickými symptomy (Orel, 2020). Praško et al. (2007) uvádějí, že bez ohledu na diagnostické zařazení je pro každou formu deprese typické snížení energie a aktivity, pocity bezcennosti, snížená chuť k jídlu, snížený zájem o sex, pokles zájmu, zhoršené sebevědomí, předčasné buzení, negativní pohled na budoucnost, horší soustředění či myšlenky na sebevraždu. Jednotlivé tři stupně se však liší ve své intenzitě, proto si je více popíšeme.

Praško et al. (2015) popisují tři stupně depresivní epizody následovně:

1. Mírná deprese

Jedinec postižený touto formou je vcelku schopný fungovat v běžném životě. Ve svých činnostech je však pomalejší, bez projevů radosti a je uzavřenější ke svému okolí.

2. Středně těžká deprese

Jedinec postižený touto formou již není schopen věnovat se běžným činnostem všedního dne. Je výrazně narušeno jeho pracovní tempo, které způsobuje pracovní neschopnost. Je velmi silně nesoustředěný, pomalejší a izoluje se od společnosti.

3. Těžká deprese

Tato forma deprese jedince plně vyřazuje z běžného fungování. Člověk trpící touto formou již není schopen se o sebe postarat. Většinu dne proleží v posteli, neboť je zcela bez energie a ztratil pocit smysluplného života. Takový člověk má všechny procesy výrazně zpomalené. Má zpomalenou řeč, motoriku i myšlení. V myšlenkách se objevují sebevýčitky, beznaděj a sebevražedné představy. V psychotické formě těžké deprese se objevují také bludy.

Aby mohla být jedna z těchto forem deprese diagnostikována, musí se dle MKN-10 (2017) u jedince vyskytovat minimálně po dobu dvou týdnů dva hlavní a alespoň dva vedlejší příznaky, které uvádíme níže.

Hlavní příznaky:

- pokleslá nálada či přetrvávající smutek
- výrazné snížení zájmu nebo schopnosti prožívat potěšení z činností, které jedince dříve bavily
- pokles energie, zvýšená unavitelnost, snížená aktivita

Vedlejší příznaky:

- snížená schopnost koncentrace pozornosti
- snížená sebedůvěra a sebehodnocení
- pocity neopodstatněné viny
- pesimistický pohled na budoucnost
- myšlenky či pokusy o sebevraždu nebo sebepoškozování
- porucha spánku
- snížená chuť k jídlu

Tyto symptomy by měly trvat alespoň po dobu dvou týdnů v dostatečné tíži. Je však přípustné, aby příznaky trvaly i kratší dobu než uvedené dva týdny, pokud jsou projevy deprese neobvykle výrazné a mají rychlý začátek (Raboch & Červený, 2018).

Pokud se jedná o jedinou (první) depresivní fázi, poté hovoříme o depresivní epizodě. Pokud by se však deprese objevila znovu, jedná se o rekurentní (periodickou) depresivní poruchu (Orel, 2020). Mezi další formy depresivní poruchy řadíme maskovanou neboli larvovanou depresi, která se projevuje především nápadnými somatickými symptomy, jež převažují a maskují psychickou podstatu této poruchy. Může se jednat o různé bolesti,

palpitace, únavu či gastrointestinální potíže (Raboch & Červený, 2018). Pokud se deprese střídá s manickou či hypomanickou epizodou, hovoříme o bipolárně afektivní poruše. Manická fáze se oproti depresi projevuje zvýšenou náladou, euforií, nadměrnou aktivitou a optimismem, která u bipolárně afektivní poruchy pozvolna přechází v období deprese. Tato období mohou být různě dlouhá s různou závažností a v neurčitém poměru (Praško et al., 2007).

Mezinárodní klasifikace nemocí dále uvádí trvalé poruchy nálad, jež nedosahují závažnosti depresivní epizody ani mánie, ale jejich průběh je dlouhodobý, trvalý a u jedince se vyskytuje minimálně dva roky. Spadá zde cyklotymie a dystymie (MKN-10, 2017). Cyklotymie je dlouhotrvající střídání nálad, jež nedosahuje závažnosti deprese ani mánie a neodpovídá ani přirozenému střídání nálady v běžné populaci. Dystymie je stav dlouhotrvající subdeprese, která se projevuje sníženou energií, únavou, pokleslou náladou či pocitem neschopnosti (Orel, 2020).

K tomuto dělení můžeme přidat ještě sezónní depresi, o které pojednává Praško et al. (2007) či Kovařík (2002). Sezónní afektivní porucha je forma deprese, jež se pravidelně objevuje v podzimních a zimních měsících. Projevuje se klasickými výše popsanými symptomy deprese, které však ustupují s nástupem jara. Praško také uvádí, že se u tohoto typu deprese ukazuje být v léčbě účinná fototerapie neboli terapie prostřednictvím ranní aplikace intenzivního světla.

V této kapitole jsme se pro lepší orientaci v problematice alespoň stručně seznámili s možnými formami a děleními deprese. Vycházeli jsme převážně z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a publikací autorů, kteří na ni rovněž odkazují. V následující kapitole předložíme poznatky o příčinách vzniku depresivní poruchy.

2.3 Příčiny vzniku deprese

Dle příčiny vzniku se dříve depresivní porucha dělila na exogenní a endogenní. Za exogenní depresi byla označována forma deprese, jež vznikla v souvislosti s životními situacemi u dotyčného. Hovoříme například o traumatizujících situacích, životních ztrátách či situacích, které člověka naplňují úzkostí. Oproti tomu endogenní deprese nevzniká na základě vnějších příčin, vzniká bez zjevné příčiny a je častější (Kovařík, 2002). Od tohoto dělení se však upustilo, neboť jak výzkumy ukázaly, na vzniku deprese se vždy podílí souhrn několika vzájemně působících faktorů. Etiopatogeneze této poruchy je multifaktoriální

(Janů & Racková, 2007). Praško et al. (2007) dodávají, že etiopatogeneze depresivní poruchy stále není dostatečně známá. Současné poznatky nám neumožňují jednoznačný výklad příčin této poruchy. Hypotézy o etiologii směřují k několika oblastem, které jsou navíc vzájemně propojeny a vzájemně se ovlivňují. Höschl et al. (2004) hovoří o multifaktoriálních příčinách depresivní poruchy, jež vzniká jako výsledek vzájemného souboje mezi rizikovými, přidavnými a vnějšími spouštěči. Praško et al. (2015) uvádějí, že pravděpodobně dochází k vzájemnému působení mezi faktory biologickými, psychickými, sociálními a vlivy okolního prostředí, jež vytvářejí dispozice ke vzniku této poruchy.

Na vzniku deprese se rovněž mohou podílet genetické predispozice a dědičné faktory. V anamnézách pacientů s depresivní poruchou se totiž výrazně častěji ukazuje, že se nejedná o první případ deprese v rodinné historii (Praško, 2009). Křivohlavý (2013) uvádí, že je pravděpodobnost až 14 %, že se bude deprese vyskytovat jak u rodiče, tak jeho dítěte. Praško et al. (2015) dále dodávají, že pravděpodobnost deprese u jednovaječných dvojčat je až 70 %. Mezi vrozené predispozice pro vznik depresivní poruchy můžeme zařadit také prenatální infekce, perinatální komplikace či působení chemických látek na vývoj plodu (Janů & Racková, 2007). Deprese se ale objevuje i u osob, u kterých se výše zmíněné faktory nevyskytují. Genetickým a vrozeným faktorům můžeme rozumět pouze jako jakési náchylnosti k této poruše, nikoliv předurčenosti. O této problematice často hovoří prof. Radek Ptáček v souvislosti s novým vědním oborem epigenetikou, která nám ukazuje, že sice některé geny dědíme, ale o tom, jestli budou v průběhu našeho života aktivovány, už rozhodujeme my sami naším životním stylem (XTV, 2020).

Jako další faktor, jež se podílí na vzniku depresivní poruchy můžeme uvést i zmíněný životní styl jedince. Jedná se o téma, ke kterému se výzkumně přistoupilo až v poslední době, přičemž se ukazuje, že má výrazný vliv na náš psychický stav a může se též výrazně podílet na vzniku depresivní poruchy. Jako podstatný se v této oblasti ukazuje být spánek, kdy alespoň šest hodin spánku denně může být dobrou prevencí proti depresi. Další neméně důležitou oblastí je kvalitní, vyvážená a pravidelná strava společně s pitným režimem a všeobecnou inklinací ke zdravému životnímu stylu (Raboch et al., 2017; Madore et al., 2020). Duffy et al. (2020) ještě zmiňují podstatnou úlohu pohybu, jelikož při jeho nedostatku roste pravděpodobnost výskytu deprese. Mohli bychom tedy hovořit o spojitosti mezi životním stylem a činností CNS.

Mezi biologické příčiny vzniku deprese můžeme dále zařadit činnost našeho neurochemického systému. Mluvíme konkrétně o neurotransmitterových hypotézách

(Uhrová et al., 2005). Výzkumy prokázaly, že pokles hladiny dopaminu, serotoninu a noradrenalinu souvisí s poklesem nálady a rovněž se vznikem depresivní poruchy. Nízké hladiny těchto neurotransmiterů se ukazují být u všech typů depresivní poruchy. Tohoto zjištění následně využívá farmakoterapeutická léčba, která se prostřednictvím chemického působení snaží tyto hladiny vyrovnat (Praško et al., 2009). Zajímavý výzkum od Zhanga et al. (2019) přichází s hypotézou, že rozvoj deprese ve starším věku může mít souvislost s patologickým ukládáním železa v thalamu. Usazeniny železa v této části mozku totiž mohou narušovat aktivitu zmiňovaných neurotransmiterů, což se bude projevovat v depresivních symptomech. Z těchto poznatků je nám patrná souvislost mezi chemickými procesy mozku a depresivní poruchou.

Dalším střípkem mozaiky, který se může podílet na vzniku deprese, jsou psychické dispozice daného jedince. Zde můžeme zařadit všeobecné pesimistické ladění, závislost na pochvale od okolí či celkovou větší psychickou vulnerabilitu. Studie také ukazují, že deprese trpí častěji lidé s nižším sebevědomím, kteří mají na sebe příliš vysoké nároky, jež nedokážou splnit (Praško et al., 2015). Křivohlavý (2013) toto doplňuje o osoby hypersenzitivní, výrazně ambiciózní, se sklony k zájmu o cizí ostatních na úkor svých vlastních.

Psychoanalytické teorie tvrdí, že se jedná o odvrácení negativních emocí od druhých lidí směrem proti sobě. Zakladatel tohoto přístupu Sigmund Freud (2002) hovořil o ztrátě milovaného člověka či raných traumatech, jež se na depresi podílí. Významnou roli na vzniku deprese hraje rovněž naše prostředí, vztahy a psychický vývoj. Freud hovořil o dlouhodobém vystavení jedince nepříznivému prostředí, které výrazně zvýší pravděpodobnost výskytu depresivní poruchy. Praško et al. (2015) na tuto skutečnost také upozorňují, když uvádí, že se na náchylnosti k depresivní poruše významně podílejí životní zkušenosti, jako například předčasná separace od matky, přílišně kritická výchova, úmrtí blízké osoby, týrání, zneužívání, ale také přílišné rozmazlování.

Dalším důležitým faktorem pro vznik deprese se ukazuje být kvalita mezilidských vztahů. V anamnézách osob trpících depresí se totiž tyto vztahy zdají být problematické či narušené. U jedinců s depresí se objevují problémy v partnerství či manželství, sociální izolace, postrádání blízkých osob, neschopnost navázat vztah nebo konflikty s lidmi ze svého okolí (Teo et al., 2013). Praško et al. (2015) mezi interpersonální faktory deprese řadí kritické situace a události, z kterých vyzdvihují především následující: ztráta blízké osoby, konflikty ve vztazích, změna role a sociální izolace. Dále se může jednat o závislost

na druhých či obavy ze vztahů s lidmi. Obavy, myšlenky, interpretace, které můžeme označit jako kognitivní procesy, se na vzniku a udržování deprese rovněž podílejí.

Významnou teorií pro pochopení deprese je kognitivní teorie A. Becka. Tato teorie tvrdí, že deprese souvisí s produkcí automatických negativních myšlenek, kognitivních omylů a schémat, které se projevují v tzv. kognitivní triádě. Jedná se o negativní pohled na sebe sama, na své okolí a svou budoucnost (Beck, 2005).

Další významná teorie z této problematiky tvrdí, že je deprese důsledkem ztráty vlivu na probíhající události. Hovoříme o teorii naučené bezmocnosti, která vznikla na základě experimentů uskutečněných Hirotem a Seligmanem (1975). Teorie předkládá zjištění, že pokud jedinec opakovaně nedokáže získat kontrolu nad působením negativních vlivů, dostává se do stavu pasivity a postupně u něj vzniká přesvědčení, že není schopen zvládat svůj vlastní život. Takovýto člověk je lapen do depresivního stavu, ze kterého nevidí možnost úniku.

Každý člověk se ve svém životě setká s událostmi, které jsou velmi náročné, stresující a překračující jeho zvládací strategie. Můžeme zde zařadit, ztrátu blízké osoby, ztrátu zaměstnání, změnu bydliště, sexuální obtíže a řadu dalších. Může se však jednat i o drobné události, jež mohou spustit kaskádu automatických negativních myšlenek a být tak počátkem deprese (Praško et al., 2009). V této kapitole jsme uváděli celou řadu možných faktorů, které zvyšují pravděpodobnost, že u jedince tyto stresující události psychické potíže v podobě deprese způsobí. Zmiňované situace jsou až jakýmsi spouštěči, které u jedince predisponovaného zmiňovanými faktory zvyšují riziko vzniku depresivní poruchy. Samotná deprese může následně tyto problémy umocňovat. V následující kapitole si proto představíme důsledky této poruchy na komplexní zdraví člověka.

2.4 Důsledky deprese

V této kapitole si představíme hlavní dopady, které má deprese na své nositele. Depresivní porucha má totiž komplexní vliv na zdravotní stav daného jedince. Tato porucha může nepříznivě ovlivňovat vývoj již probíhajícího onemocnění či může nějaké onemocnění zapříčinit. Negativní vliv depresivní poruchy byl prokázán u onkologických onemocnění, Alzheimerovy nemoci, AIDS či kardiovaskulárních obtíží (Křivohlavý, 2013). Wolkowitz et al. (2011) také uvádějí negativní dopad na cévní mozkovou příhodu, diabetes či osteoporózu.

Tyto negativní dopady mohou být způsobeny poklesem imunity v důsledku deprese. Výzkumy totiž ukazují, že nejen chronický stres, ale také deprese snižuje funkčnost imunitního systému. Dále se ukazuje, že se deprese rovněž podílí na vzniku bakteriálních a virových infekcí. Celkově má negativní dopad na somatické zdraví. Proto se ukazuje být důležité, věnovat se léčebné intervenci deprese, která následně snižuje množství somatických komplikací (Adam et al., 2020).

Na dalších problémech se může podílet i snížená motivace, jež je součástí depresivní poruchy, což má samo o sobě negativní dopad na její léčbu či léčbu jiných komorbidních onemocnění, se kterými se pacient léčí (Křivohlavý, 2013). Dopady deprese se projevují rovněž v sociálním životě dotyčného. U dospívajících s touto diagnózou mezi dlouhodobé důsledky patří problémy v partnerských, rodinných a vrstevnických vztazích. Může se také podílet na problémech v dokončení vzdělání či opakovaných a dlouhodobých problémech v pracovním životě (Clayborne et al., 2019). V dospělosti deprese též narušuje sociální život. Jedinec přichází o přátele, partnera či partnerku a není vůbec schopen postarat se o svou rodinu. Nižší výkon a nechuť může vést ke ztrátě zaměstnání a v tom nejhorším případě až k sebevraždě (Kovařík, 2002).

Suicidium je u depresivní poruchy velmi časté. Deprese se řadí mezi nejčastější příčiny sebevraždy (Shaffer et al., 1996). Udává se, že je sebevražda příčinou až 15 % případů u deprese. Riziko sebevraždy je u psychicky nemocných až třikrát častější (Hanuš, 1997). Sebevražda je u deprese častokrát vyústěním přesvědčení, že se ona nesnesitelná situace nedá nijak změnit. Toto sebezničení představuje zoufalou snahu vyřešit své problémy (Praško et al., 2007).

Mohli bychom dohledat i jiné autory, kteří uvádí další dopady deprese v podobě společenského stigmatu, viz Petr a Marková (2014) či negativní dopad na sexuální a intimní život od Rabocha et al. (2002). Pro naši představu o rozsahu dopadů depresivní poruchy nám však uvedené informace postačí. Důsledky této poruchy jsou značné, a je proto nezbytné, věnovat se její léčbě. V závěrečné kapitole této problematiky si proto stručně představíme možné způsoby léčebných intervencí.

2.5 Léčba deprese

V této kapitole se ve stručnosti seznámíme s možnostmi léčby depresivní poruchy. Cílem této léčby je navázání kontaktu s pacientem, zmírnění či odstranění příznaků a snížení rizika

suicida. V dalším kroku se léčba zaměřuje na návrat jedince do jeho obvyklého pracovního a osobního život. Neméně podstatným krokem je zamezení návratu depresivní poruchy (Pidrman, 2003). Existuje vícero způsobů léčby, které rozdělujeme na farmakologickou a nefarmakologickou léčbu.

2.5.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba užívá psychofarmaka, která přímo působí na neurotransmitterové hladiny v mozku. U tohoto přístupu léčby je podstatný včasný začátek, dostatečně dlouhá léčba a adekvátní dávka léku (Raboch & Červený, 2018). Tento přístup se dále dělí na léčbu akutní, pokračovací či udržovací (Bouček & Pidrman, 2005).

Lékem první volby jsou u všech typů deprese antidepresiva. Ta ovšem vykazují latenci v nástupu léčebného účinku a na tuto skutečnost je nutné pacienta upozornit. Antidepresiva začnou působit až po 3-6 týdnech pravidelného užívání a je důležité pokračovat v jejich užívání alespoň 6-12 měsíců od chvíle, kdy se pacient cítí lépe, jako tomu bylo před počátkem deprese (Janů & Racková, 2007). Farmakoterapie antidepresivy by měla být nasazena u středně těžkých a těžkých stavů deprese. U lehkých forem by neměla představovat léčbu první volby a měli bychom spíše zvažovat nefarmakologické přístupy léčby (Raboch & Červený, 2018).

Antidepresiva ovlivňují hladiny neurotransmiterů dopaminu, serotoninu a noradrenalinu. Dnes máme množství dostupných antidepresiv, která se neustále vyvíjí. Praško et al. (2007) uvádějí například tricyklická a tetracyklická antidepresiva, která patří mezi nejstarší. Jsou velmi účinná, mají ovšem řadu negativních vedlejších účinků jako je suchost v ústech, zácpa, ospalost, závratě či snížení krevního tlaku. Patří zde například dusolepin, imipramin, maprotilin a další. Raboch a Červený (2018) uvádí, že mezi velmi účinná antidepresiva patří také inhibitory monoaminoxidázy. Jedná se o farmaka, která jsou účinná u depresivních pacientů s atypickými příznaky (s obsesemi, panickými záchvaty či nadměrnou chutí k jídlu). Nevýhodou je nutná dieta k potravinám obsahujícím tyramin, jež je obsažen v banánech či červeném vínu a přísná kontrola lékových interakcí s jinými antidepresivy nebo léky na srdce (Praško et al., 2007). Další středně účinná antidepresiva jsou reverzibilní monoaminoxidázy, která jsou rovněž vhodná pro atypické příznaky deprese. Výhodou je téměř absence vedlejších účinků a zlepšení sexuálního fungování (Janů & Racková, 2007).

V odborných publikacích a výzkumných studiích se ovšem nejvíce setkáme s užíváním antidepresiv třetí generace neboli léků, které selektivně vychytávají určité mediátory v synapsích a tím zvyšují jejich koncentraci. Jedná se o SSRI čili inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Jde o léky první volby v léčbě deprese i úzkostných stavů, neboť mají méně nežádoucích účinků. Při delším užívání ovšem může dojít ke snížení libida. Patří zde například citalopram, fluoxetin či fluvoxamin (Praško et al., 2007). Pod antidepresiva třetí generace spadají také agonisté serotoninu a inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SARI) a inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu (NARI) (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Kromě výše zmíněných existují také antidepresiva druhé generace neboli heterocyklická antidepresiva. Dále jsou dostupná i antidepresiva čtvrté generace, jež působí hned na dva mediátorové systémy najednou (Raboch & Červený, 2018). Jako lék na depresi se užívá rovněž tianeptin či extrakt z třezalky. Cíl všech uvedených léčiv je však stejný, ovlivnit chemii v mozku kýženým směrem s minimem nežádoucích účinků (Praško et al., 2007).

Pro účely této rigorózní práce jsme se ve stručnosti věnovali farmakologickým možnostem léčby depresivní poruchy. V souvislosti s tématem práce nás ovšem více zajímá nefarmakologický přístup léčby.

2.5.2 Nefarmakologická léčba

Nejužívanějším nefarmakologickým přístupem léčby deprese je psychoterapie. Vybíral a Roubal (2010) či Kratochvíl (2006) popisují psychoterapii jako léčebnou činnost prostřednictvím psychologických prostředků. Využívá se především při léčbě lehkých a středně těžkých depresivních stavů. Může být efektivní léčbou tam, kde farmakologická léčba nedostačuje. Psychoterapie je léčbou časově náročnější a vyžaduje větší a aktivnější zapojení jedince do procesu léčby (Pidrman, 2006). Výzkumy prokazují, že kombinace farmakoterapie s adekvátní psychoterapií přináší lepší výsledky v léčbě deprese než samostatné užití těchto metod (Praško et al., 2009).

Cílem psychoterapie je poskytnout depresivnímu jedinci naději na možnou změnu jeho stavu, dále mu nabídnout oporu, porozumění a vzbudit v tomto jedinci touhu žít, poskytnout mu pomoc v problematických oblastech jeho života a dát mu rady pro případný návrat depresivní poruchy (Kryl, 2006). Tohoto se snaží docílit psychoterapeutické směry zaměřené na depresivní poruchu, které můžeme označit jako specifickou psychoterapii.

Jedná se o časově ohraničený a strukturovaný postup léčby, ve kterém intervence probíhá zpravidla 12 až 16 týdnů. Mezi evidence based přístupy patří interpersonální, krátká dynamická a kognitivně-behaviorální psychoterapie, které jsou u mírné a středně těžké deprese srovnatelně účinné jako farmakoterapie (Raboch & Červený, 2018). Účinek psychoterapie je zpravidla patrný po delší době než u farmakoterapie, je ovšem stálější. Psychoterapie není účinná u všech. Studie ukazují, že 10-40 % pacientů ji nedokončí (Anders, 2005).

Kromě výše uvedených přístupů zde můžeme zařadit i psychoedukaci jako součást psychoterapeutické léčby. Jedná se o intervenci, jež se doplňkově využívá k léčbě duševních poruch. Cílem je porozumění depresi a seznámení se s možnostmi léčby (Donker et al., 2009). Dále i podpůrná psychoterapie, která by měla být součástí léčby každého pacienta (Raboch & Červený, 2018). Jelikož deprese patří mezi nejrozšířenější psychické poruchy, vzniká celá řada dalších psychoterapeutických přístupů, které si kladou za cíl její léčbu. Uvedené hlavní psychoterapeutické směry jsou proto rozšiřovány například o Computerised cognitive – behavioural therapy (CCBT). Jedná se o nově vznikající přístup, jenž využívá počítačovou formu kognitivně-behaviorální terapie a reaguje na aktuální potřeby snadné a rychlé dostupnosti terapeutického zásahu (Wright et al., 2017). Další nový směr při léčbě deprese je Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). Ten je v této práci již popsán a využívá kombinaci kognitivní terapie a všímavosti (Williams et al., 2018). Jelikož je toto téma centrem zájmu rigorózní práce, budeme se mu více věnovat v kapitole Výzkumy deprese a všímavosti.

K léčbě deprese se užívá také biologická léčba, kam můžeme zařadit elektrokonvulzivní terapii využívanou u farmakorezistentních těžkých depresí se suicidálními sklony. Její výhodou je rychlý nástup kýženého účinku a vysoká účinnost (Anders, 2005). Další možností je zmiňovaná fototerapie, užívaná především u sezónních depresí či samotné tělesné cvičení, u kterého se objevuje terapeutický efekt po čtyřech týdnech intenzivního aerobního cvičení (Raboch & Červený, 2018). Neméně důležitým přístupem je také úprava životního stylu. Hovoříme o správné výživě, spánkovém režimu, sociální podpoře a organizaci času (Raboch et al., 2017).

Jelikož je deprese častou psychiatrickou diagnózou, můžeme pozorovat farmaceutické investování do její léčby, podobně jako vznik celé řady nových terapeutických přístupů. Výše uvedené informace nám postačují pro nahlédnutí do problematiky depresivní poruchy.

3 DISOCIACE

V této části práce se ve stručnosti seznámíme s fenoménem disociace. Kromě vymezení této problematiky se budeme zabývat jejím teoretickým ukotvením a poukážeme na spojitost s psychickým zdravím. Jelikož se ve výzkumné části této práce nezaměřujeme pouze na patologickou formu disociace ve spojitosti se všímavostí, budeme se věnovat také nepatologické podobě tohoto fenoménu.

3.1 Vymezení disociace

Přesto, že je téma disociace výzkumně hojně uchopováno, stále nepanují jednoznačné shody ve vymezení tohoto fenoménu. Samotný termín disociace má svůj původ v latině a znamená štěpení či rozklad (Petráčková, 1995). Americký diagnostický manuál DSM-V pojímá disociaci jako narušení integrovaných funkcí paměti, vědomí, identity, vnímání, chování, kontroly nad svou motorikou či vědomí vlastního těla (American Psychiatric Association, 2013). MKN-10 neboli Mezinárodní klasifikace nemocí (2017) se k této problematice staví podobně a řadí disociaci pod disociativní (konverzní) poruchy.

Zakladatel tohoto konceptu Pierre Janet termín poprvé uvádí ve své práci *Psychologické automatismy* z roku 1889. Tento fenomén popsal u svých hysterických pacientů jako zjevný rozvrat v normálních integrovaných funkcích, kam spadá paměť, vědomí či identita (Bowers & Meichenbaum, 1984). Janet se při popisu této koncepce inspiroval myšlenkami Moreaua a převzal jeho teorii mentální desegregace, kterou použil jako základ pro porozumění dané problematice. Desegregace však představuje nevratné oddělení dříve propojených částí a Janet s tímto tvrzením nesouhlasil, neboť byl zastáncem názoru, že je možné disociační poruchu léčit a rozštěpené části osobnosti opět spojit v jednu (Nerad & Neradová, 2005). Janetův termín „désagrégation“ tedy označuje stav, kdy dva mentální procesy či obsahy nejsou integrovány nebo asociovány (Hilgard, 1986).

Putnam (1997) hovoří o vývojovém aspektu disociace, kterou popisuje jako významné vývojové selhání v koherentním spojení na sobě závislých aspektů self daného jedince. Tyto uvedené koncepce však disociaci popisují pouze jako závažný a patologický stav. Nezahrnují ve svém vymezení nepatologickou podobu disociativního stavu, do kterého můžeme zařadit například schopnost vykonávání dvou činností zároveň (Ptáček, 2006).

Nepanuje tak prozatím jednotný názor na vymezení tohoto fenoménu. Odborná diskuse se ubírá směrem, zdali se jedná o diskrétní jev nebo jestli rozdíl mezi lidmi s naměřenou nízkou a vysokou disociací spočívá čistě v množství a závažnosti jejich obtíží a zdali existují od sebe kvalitativně odlišné formy disociace (Holmes et al., 2005). Při celkovém pohledu na tuto problematiku je nám patrná psychologická nejednotnost pojmu disociace. K této problematice budeme pro účely této rigorózní práce přistupovat z nejobecnějšího hlediska. Budeme se tedy zabývat disociací patologickou a nepatologickou.

3.2 Teoretické ukotvení disociace

V této kapitole si ve stručnosti představíme v publikacích objevující se teoretická vysvětlení disociace. V předešlé kapitole jsme se setkali s obtížným vymezením fenoménu disociace. Určitý konsenzus tohoto pojmu nalzáme v klinické oblasti. Zde je totiž k fenoménu přistupováno jako k obrannému mechanismu, jež slouží k výkladu stavů, kdy určité mentální stavy nejsou z nějakých důvodů přístupné vědomí (Lynn & Ryje, 1994). Jedná se o bezděčné odsunutí nepřijatelných psychických obsahů mimo vědomí. Přesto, že se primárně jedná o proces naší ochrany, může disociace zapříčinit závažné psychické potíže. Nezpracované disociované prožitky totiž mohou způsobit celou řadu psychických, ale i somatických komplikací (Orel et al., 2016). Mezi její projevy můžeme zařadit potíže s pamětí, depersonalizaci či derealizaci, nebo se neúnosné prožitky budou transformovat do podoby tělesných příznaků. Zde hovoříme o konverzi, při které jsou typické křeče, parézy, senzorické poruchy, afonie či dokonce psychogenní slepota (Praško et al., 2007).

Výše popsany proces odpovídá rovněž Freudovu potlačení (repsi), která je mnohými autory s disociací ztotožňována. Ptáček a Bob (2009) poukazují na odlišnosti mezi těmito fenomény. Při procesu potlačení dochází k přesunutí určitých obsahů mimo vědomí, ostatní psychické složky ovšem nejsou narušeny. Z předešlé kapitoly víme, že proces disociace neboli Janetův termín „*désagrégation*“ vede k rozštěpení a fragmentaci self. Disociace se dále liší z pohledu psychické aktivity. Disociace je spíše pasivní proces, zatímco potlačení je aktivní způsob ochrany našeho vědomí před nepřijatelnými obsahy.

Steinberg (1995) uvádí, že potlačení je spíše reakcí na vnitřní konflikt, zatímco disociace je reakcí na události z vnějšího prostředí. Zde se dostáváme k souvislosti mezi disociací a traumatickým zážitkem, na kterou poukazuje řada studií (Diseth, 2005). Výzkumy předkládají korelaci mezi disociací a traumatickými zážitky v dětství, kam spadá týrání a sexuální násilí (Zlotnick et al., 1994), dále emoční zanedbávání či dlouhodobá

separace od primární pečující osoby (Putnam, 1997). Trauma je tedy s disociací úzce spjata a bylo dáváno do souvislosti již v počátcích výzkumu disociace. Vermetten et al., (2007) tvrdí, že se disociace v důsledku enormního traumatického stresu může projevovat jako symptom, proces nebo jako osobnostní struktura. Novější metaanalýza 65 studií, které zkoumaly souvislost mezi dětskými traumaty a disociací, dospěla k závěru, že vyšší míru disociace vykazují oběti špatného zacházení v dětství, oproti těm, kteří negativním jevům v podobě týrání, zanedbávání či sexuálnímu zneužívání nebyli vystaveni (Vonderlin et al., 2018). Prožité trauma tedy zvyšuje pravděpodobnost vyšší míry disociace, neznamená to však, že bude mít za následek vznik disociativních poruch. Tato zkušenost nemusí vyústit v žádnou patologii. K tématu disociativní patologie a nepatologie se dostaneme níže.

S dalším možným ukotvením přichází Cardena (1994). Ten přináší vícero pohledů na disociaci, kterou rozděluje na:

Disociace jako alterace vědomí

Disociace je tady rozuměna jako rozštěpení jednotlivých aspektů vědomí. Dochází zde ke změnám ve vnímání bezprostřední skutečnosti v důsledku rozpojení vztahu mezi self a okolím.

Disociace jako obranný mechanismus

Disociaci z tohoto pohledu jsme se věnovali na začátku této kapitoly. K fenoménu dochází v situacích nebezpečí a ohrožení, které spouští proces disociace za účelem psychické ochrany integrity naší osobnosti.

Disociace jako existence nevědomých nebo neintegrováných mentálních modulů

Disociace je zde pojímána jako mentální moduly a systémy, které nejsou přístupné vědomí, nebo nejsou integrovány do našeho vědomí, paměti či identity jedince. Tento pohled na disociaci se překrývá s oblastí psychopatologie a užívá se pro porozumění disociativním poruchám. Do této oblasti se řadí tři subkategorie:

- Disociace představující absenci vědomého uvědomování si právě probíhajících stimulů nebo chování
- Disociace jako chování či percepce, které nejsou ve shodě s introspektivní verbální výpovědí osoby
- Spoluexistence samostatných mentálních systémů či identit, jež by měly být integrovány ve vědomí, paměti nebo identitě

Další pohled na tento fenomén přináší Hilgard (1994) a jeho nedisociativní teorie. Tato teorie předpokládá existenci podřízených kognitivních systémů, které jsou na sobě vzájemně nezávislé, přesto jsou funkčně propojeny. Tyto kognitivní systémy jsou hierarchicky uspořádány a hlavní řídicí strukturou je výkonné ego. Takovéto uspořádání kognice je potřebné, neboť chrání vědomí před zahlcením. Hilgard rovněž hovoří o sekundárně disociovaném vědomí, které nazývá „skrytým pozorovatelem“. Jedná se o proces, kdy jedna ze složek vědomí stále vnímá svůj stav, do kterého integruje další proudy vědomí. K těmto závěrům dospěl při praxi s hypnózou, neboť i osoby v hluboké hypnóze dokázaly popisovat co se s nimi právě děje (Nerad & Neradová, 2005).

Fenoménu disociace se věnovalo mnoho autorů, můžeme proto dohledat celou řadu dalších teorií. Například strukturální model disociace osobnosti od Nijenhuijse et al. (2010), kteří disociaci popisují jako organizované oddělení částí osobnosti. Dále i autory, kteří disociaci rozumí jako kontinuu. K tomuto názoru se staví velké množství výzkumníků. Disociace je zde pojímána jako dimenzionální proces, jež pokrývá jak běžné či normální disociativní zážitky, kam můžeme zařadit denní snění, tak závažná psychická onemocnění, kde spadají disociativní poruchy (Ptáček & Bob, 2009). Tento přístup přináší nový pohled na disociaci, které rozumí jako běžnou součást lidské psychiky, a nikoliv jako čistě patologický jev. V současnosti je disociace chápána jako jev, který má svou patologickou i nepatologickou stránku a na tento fenomén se zaměříme nyní.

3.3 Nepatologická a patologická disociace

Jelikož se výzkum této práce zaměřoval na neklinickou populaci zasaženou světovou pandemií, pokládáme za nutné zde přidat kapitolu, která poukazuje na nepatologickou podobu disociace, jež se dá zaznamenávat a dále zkoumat. Dosavadní studie totiž ukazují, že určité disociativní projevy jsou čistě nepatologickým vyjádřením psychiky, např. denní snění. Jiné ukazují, že má jednoznačně chorobný základ. Zde řadíme například změnu osobní identity, depersonalizaci a derealizaci či disociativní amnézii (Pastucha et al., 2011).

Disociace je v nepatologické podobě pojímána jako obecný psychický mechanismus. Jedná se o fenomén, kde jsou dva psychické procesy, obsahy či stavy vědomí od sebe odděleny a fungují na sobě nezávisle (Hilgard, 1994). Tento pohled odpovídá kontinuálnímu pojetí disociace. Ross (1997) do této problematiky vnáší jednoduché schéma třídění disociativních stavů dle závažnosti na kontinuu zdraví až patologie. Na jejím počátku se nachází běžná disociace ve své nepatologické formě. Následuje disociativní amnézie,

disociativní fuga, disociativní porucha jinak nespécifikovaná a nejzávažnější poruchou je zde disociativní porucha identity.

Běžná disociace se vyznačuje absorpcí a imaginativním zaujetím. Jedná se o fenomény, které do určité míry zažívá každý (Waller et al., 1996). Výzkumy dávají disociaci do souvislosti s imaginací, hypnabilitou, fantazií či absorpcí, jež představuje osobnostní dispozici k prožívání epizod plné pozornosti. Tato pozornost vede ke zvýšenému vnímání předmětu, přičemž jedinec v tomto stavu nevěnuje pozornost rušivým vlivům (Eisen & Carlson, 1998). Také Ptáček (2006) spojuje disociaci s imaginací a tvrdí, že osoby s nižší mírou disociace vykazují rovněž nižší schopnost imaginace a kreativity.

Disociace je ve své nepatologické podobě dávána dále do vztahu s hypnózou a hypnabilitou. Již zmiňovaný Hilgard dospěl ke svým závěrům o disociaci na základě praxe s hypnotizováním pacientů (Nerad & Neradová, 2005). Během hypnózy je totiž člověk oddělen od svého vědomí, přičemž je stále schopen vykonávat různé činnosti (Anbar, 2001). Sám Cardena (1994) uvádí, že je termín disociace hůře odlišitelný od adjektiv nevědomý či podvědomý. Howell (2005) disociaci popisuje jako kapacitu, díky které může být náš život obohacen, podobně jako naše obrana. Disociace se může objevovat u příjemných i nepříjemných zážitků. Rovněž je přítomna ve fenoménu tzv. „dálniční hypnózy“. Jedná se o situaci, ve které si jedinec jedoucí po dobře známé silnici na konci uvědomí, že si z cesty nic nepamatuje. Tento jev by odpovídal procesu automatizace, o kterém mluvil již Janet (1890) v knize *Psychologické automatismy v souvislosti s disociací*. Jedná se o stav opakování minulých činností bez vědomého kontrolování. Atkinson (2003) popisuje disociaci především jako automatické procesy. Činnosti, jež byly původně zahrnuty v explicitní paměti, se přenášejí do paměti implicitní, čímž se disociují od vědomí.

Ptáček (2006) ve spojitosti s disociací hovoří také o denním snění. Denní snění je stav ponoření se do vnitřního proudu myšlenek bez ohledu na okolní události a skutečnost. Nejedná se o nic patologického, denní snění představuje běžný projev lidské mysli. Proud mysli se zabývá řešením problémů, plánováním, vzpomínkami či alternativní realitou (Zedelius et al., 2020). Přesto, že se jedná o běžnou mentální aktivitu, pokud denní snění přesáhne určitou hranici, stává se patologickým. Maladaptivní denní snění může trvat i několik hodin a bude negativně ovlivňovat jedincův život (Ferrante et al., 2020). I když je denní snění odborníky dáváno do souvislosti s disociací, tak Ross et al., (2020) hovoří o nedostatečně prozkoumaném fenoménu, jenž byl dříve nerozpoznaným aspektem disociativních poruch a zasluhuje dalšího výzkumu.

Patologickou podobu disociace jsme již ve vymezení uváděli v souvislosti s Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10) a Americkou klasifikací (DSM-5), kde je zanesena. Disociace je zde pojímána jako množina příbuzných psychických poruch. Aby mohla být diagnóza stanovena, musí být vyloučen somatický původ problémů (Praško et al., 2007). V MKN-10 (2017) pod disociativní (konverzní) poruchy spadá: disociativní amnézie, disociativní fuga, disociativní stupor, disociativní trans a stavy posedlosti, disociativní poruchy motoriky, disociativní křeče, disociativní poruchy citlivosti a poruchy senzorké, smíšené disociativní poruchy a jiné disociativní poruchy, kam řadíme Ganserův syndrom, mnohočetnou poruchu osobnosti, přechodné disociativní poruchy vyskytující se v dětství a v adolescenci, jiné specifikované disociativní poruchy a disociativní poruchu nespecifikovanou. Dále bychom zde mohli přidat somatoformní disociace, jež mohou vycházet z disociativních symptomů. Ty jsou však manifestovány v somatické podobě (Howell, 2005).

Podle výše uvedeného kontinuálního spektra disociace patří dle Rosse (1997) disociativní porucha identity mezi čistě patologickou a nejzávažnější podobu tohoto fenoménu. Vyznačuje se rozdělením identity jedince na dvě či více odlišných částí osobnosti. Každá z těchto částí má odlišné smýšlení o sobě a o okolí. Dalšími symptomy jsou výpadky paměti, osobních informací a neschopnost vzpomenout si na každodenní události, jež neodpovídají běžnému zapomínání. Tento stav výrazně narušuje běžné fungování (American Psychiatric Association, 2013).

Disociativní potíže zpravidla odeznívají během několika týdnů či měsíců. Mohou však přetrvat a přecházet do chronické, patologické formy. V léčbě těchto stavů je po důkladném lékařském vyšetření a vyloučení biologického základu problému užívaná psychoterapie. Dominuje zde především dynamická či kognitivně-behaviorální terapie nebo také hypnoterapie. Při komorbiditě dalších poruch mohou být nasazena rovněž psychofarmaka (Praško et al., 2007).

Výše jsme se zabývali dělením disociace na patologickou a nepatologickou. Docent Roman Procházka (2011) ve své disertační práci upozorňuje, že studium porozumění normální a patologické disociaci, jež leží v kontinuu subjektivní zkušenosti, je nadále předmětem diskusí mezi výzkumníky. Pro účely této práce jsou výše uvedené informace postačující. Jednalo se nám zde především o předložení existence nepatologické podoby disociace, kterou je možné zaznamenávat a měřit. Více však ve výzkumné části práce.

4 VÝZKUMY DEPRESE A DISOCIACE V SOUVISLOSTI SE VŠÍMAVOSTÍ

V této kapitole rigorózní práce se obeznámíme s výzkumnými závěry, které se depresí, ale i disociací v souvislosti se všímavostí zabývají. Předkládáme výzkumná tvrzení, jež se obdobné problematice jako tato práce věnují a představují výzkumnou oporu pro studii této práce. V tématu deprese a disociace je nutné zmínit, že již tyto dva fenomény jsou řadou studií dávány do blízkého vztahu. Tomuto tématu se budeme rovněž ve stručnosti věnovat. Především nás však zajímají výzkumné závěry, jež předkládají vliv rozvoje všímavosti na depresi a disociaci samotnou. Jelikož jsme výzkum této rigorózní práce provedli v období první vlny světové pandemie, podíváme se také na studie, které se podobnou problematikou zabývaly.

4.1 Deprese a disociace

V této kapitole ve stručnosti předkládáme výzkumem podložená tvrzení o těsném vztahu mezi samotnými fenomény depresí a disociací. Výzkumy a klinická praxe totiž hovoří o velmi časté komorbiditě těchto dvou psychických potíží. U jedinců s disociativní poruchou se depresivní porucha vyskytuje velmi často (Foote et al., 2006). Pozitivní korelaci disociace a depresivních příznaků u neklinické populace předkládá Maaranen et al. (2008) či Mulder et al. (1998). U psychiatrických pacientů potom tuto spojitost uvádí Briere a Eadie (2016), McCanlies et al. (2017), Ilardi et al. (1997) či Feeny et al. (2000).

Fullerton et al. (2000) tvrdí, že osoby, u kterých dochází k nevědomému disociativnímu mechanismu ve spojitosti s traumatickou událostí, jsou daleko víc náchylné k posttraumatické stresové poruše a byla u nich shledána přímá souvislost s výraznou depresivní symptomatologií.

Ptáček (2006) ve svém výzkumu, zabývajícím se vztahem Beckovy škály deprese BDI-II a disociace uvádí, že všechny konstrukty disociace, i když na různých úrovních, s depresí souvisí. Také v této práci jsme se zmíněnou metodou BDI-II pracovali, více však ve výzkumné části práce. Nyní se už podívejme na oblast našeho hlavního zájmu a tím je vliv rozvoje všímavosti na depresi a disociativní zkušenost.

4.2 Deprese a všímavost

V této kapitole předkládáme výzkumné závěry, které uvádí vliv rozvoje všímavosti na depresivní poruchu, ale i depresivní projevy, jež nedosahují klinické závažnosti. S určitými informacemi jsme se setkali již v předešlých kapitolách. Kupříkladu Benda (2019) tvrdí, že si mindfulness přístup našel celou řadu uplatnění, kam spadá i léčba deprese. Rovněž Kabat-Zinn (2016) uvádí vědecky prokázaný vliv všímavosti na depresi.

V kapitole 1.5 Terapeutické aspekty všímavosti jsme se zabývali principem terapeutického účinku mindfulness. Již zde můžeme pozorovat terapeutické působení na depresi. Kupříkladu aspekt kognitivní změny při rozvoji všímavosti vede k posunu ve vnímání. Ten má pozitivní vliv na schopnost neztotožňovat se s negativními prožitky, což umožňuje překonat depresivní stavy (Segal et al., 2002). Dále ovlivňuje depresi i aspekt deautomatizace či zaměření se na přítomnost o kterých Benda (2019) tvrdí, že narušují našeho autopilota, jenž je opakem všímavosti. Ten totiž může vést k permanentním myšlenkám, které jsou zdrojem ustavičného stresu a mohou způsobovat závažnější psychické potíže, jako je třeba deprese.

Dále jsme v kapitole 1.4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) popisovali přístup založený na všímavosti, který se primárně zaměřuje na léčbu depresivní poruchy. Program sestavil Zindel Segal, John Teasdale a Mark Williams (2002) za účelem psychoterapie depresivních pacientů. Ve svých počátcích se zaměřoval čistě na prevenci relapsu depresivní epizody. Samotní autoři MBCT programu provedli výzkum jeho účinnosti, který ukázal snížení rizika relapsu v polovině případů u pacientů, jež měli tři či více depresivních epizod (Teasdale et al., 2000). Dále i pozdější výzkum Segala et al. (2002) uvádí účinnost mindfulness v léčbě depresivních stavů. Abela et al. (2002) tvrdí, že MBCT program vede ke snížení ruminací, které jsou častým příznakem u vzniku deprese.

Dalším výzkumem byl MBCT program spojen se 44% poklesem v relapsech deprese oproti běžné péči u pacientů, kteří zažili tři až čtyři epizody deprese. Účinnost programu byla rovněž výzkumně srovnávána s antidepresivy. MBCT přístup byl ve své účinnosti srovnatelný u pacientů, jež byli na udržovací dávce antidepresiv (Piet & Hougaard, 2011). Tento na schopnostech postavený přístup, který účastníkům dává udržitelné nástroje pro opakované zvládnání stresu a špatné nálady, je také určen mladým lidem s depresí a úzkostí. Tato skupina pacientů totiž jen částečně či krátce reaguje na v současnosti dostupné intervence (Goodyer & Wilkinson, 2019).

Další studie zabývající se účinností tohoto programu pochází z Indie. Účastnilo se jí třicet respondentů s diagnostikovanou depresí se sebevražednými sklony. Před i po samotné několika denní intervenci v podobě mindfulness-based cognitive therapy dostali účastníci sadu dotazníků. V přístupu byl kladen důraz na uplatňování mindfulness postupů při řešení životních výzev a těžkostí. Výsledky výzkumu předkládají zvýšení životní spokojenosti, a naopak zaznamenání nižšího skóru v dotaznících zjišťující depresi a sebevražedné jednání po proběhlém terapeutickém přístupu založeném na rozvoji všímavosti (Raj et al., 2019). Výzkum od Racey et al. (2018) také shledal MBCT jako užitečnou doplňkovou terapeutickou léčbu především pro mladé jedince s déletrvajícím příznaky depresivní poruchy a pro ty, jež trpí ruminacemi.

Ovlivnění deprese se ukázalo nejen u zmíněného MBCT programu, ale rovněž u Mindfulness Based Stress Reduction přístupu, ze kterého MBCT program vzešel. Jedna ze studií, jež proběhla na Kalifornské univerzitě v LA, prokázala u participantů programu MBSR snížení pocitu osamělosti, který má převážně u starších jedinců výrazný vliv na zdravotní obtíže a rozvoj deprese. Dále prokázal, že právě u starších osob vedla participace v programu ke snížení exprese genů, které se podílí na zánětlivých procesech. Toto zjištění je přelomové, neboť zánětlivé procesy se výrazně spolupodílí u onkologických onemocnění, Alzheimerovy choroby, ale také u kardiovaskulárních onemocnění (Creswell et al., 2012).

Dále i Gallegos et al. (2020), ve svém výzkumu zaměřeném na posttraumatickou stresovou poruchu (PTSD), zaznamenali snížení depresivních příznaků. Studie se zaměřovala na ženy, které zažily domácí násilí. Ty prošly programem MBSR a byl u nich zaznamenán pokles obtíží oproti komparativní skupině žen, které se programu neúčastnily. K podobným závěrům došli i Barr et al. (2019). Ti uvádějí pozitivní vliv rozvoje všímavosti nejen na symptomy PTSD u válečných veteránů, ale také depresivních symptomů. Účinnost MBSR programu na snížení deprese předkládají také Arlt Mutch et al. (2020), Hazlett-Stevens a Oren (2017) či Hofmann et al. (2010) ve své metaanalýze 39 studií.

Gotnik et al. (2015) se ve svém výzkumu zaměřili na porovnání účinnosti zmiňovaných programů MBSR a MBCT u širokého vzorku pacientů s různorodou problematikou. Výsledky studie podporují užití obou přístupů ke zmírnění jak fyzických, tak psychických potíží. Terapeutické programy se ukázaly být úspěšné jako doplňková léčba u deprese, chronických bolestí, rakoviny a řady dalších, ale i jako zdravotní preventivní program pro dospělé a děti. Studie od Zvolensky et al. (2005) předkládá, že tolika nezáleží

na terapeutickém programu, jako na všímavosti samotné, neboť zvýšená míra všímavosti koreluje s nižšími příznaky deprese.

Zajímavé výsledky studie předkládají Liu et al. (2021), kteří se zaměřili na akulturační stres čínských mezinárodních studentů. Výsledky ukázaly, že akulturační stres byl silně spojen s vyšším maladaptivním perfekcionismem, který měl za následek větší míru deprese a úzkosti. Navíc se ukázalo, že byl účinek akulturačního stresu na depresi významný především u osob s úrovní všímavosti nižší než 95. percentil. Tato studie zjistila, že studenti s nižší úrovní všímavosti mohou být vystaveni většímu riziku deprese a úzkosti v momentech prožívaného akulturačního stresu.

Na otázku, proč dochází ke snížení deprese u jedinců aplikujících meditaci všímavosti, se zaměřil Hölzel et al. (2010). Podrobili respondenty účastníci se programu MBSR magnetické rezonanci. Výsledky přináší zjištění, že již za osm týdnů rozvoje všímavosti dochází k zvětšení hustoty několika oblastí mozku, jež souvisí s učením, pamětí, ale také s regulací emocí. Další zjištění ukázalo, že samotná hustota amygdaly, oblast v mozku, která zodpovídá za vyhodnocování ohrožení a jejich reakcí, se po intenzivním mindfulness praktikování snížila. Také Bauer et al. (2019) ve svém výzkumu potvrdili vliv rozvoje mindfulness na sníženou odpověď amygdaly na negativní stimuly. Dále i uváděné výzkumné závěry Davidsona et al. (2003) o vlivu všímavosti, které zjistily, že se elektrická aktivita v prefrontální kůře u meditujících mobilizuje z pravé hemisféry do levé. Osoby praktikující mindfulness meditaci jsou tak schopny lépe zvládat emoce frustrace, úzkosti a jsou víc odolné vůči stresu a depresi.

Querstret et al. (2020) učinili systematický přehled a metaanalýzu výzkumů, které se zaměřily na snižování stresu skrze programy MBSR a MBCT, jež mají nejsilnější výzkumnou průkaznost pozitivních účinků. Všechny tyto studie byly uskutečněny na neklinické populaci respondentů. Byly zde zahrnuty výzkumy, které proběhly mezi lety 2006 až 2019. V metaanalýze se zaměřili na účinnost těchto přístupů na psychickou pohodu a zdraví. Prostřednictvím statistických kombinací výsledků dříve publikovaných výzkumů došli k závěru, že přístup MBCT dosahoval lepších dopadů než program MBSR. Studie však dále předkládá tvrzení, že jsou oba programy dostatečně účinné a přispívají k psychické pohodě a zdraví u neklinických participantů. Rovněž zaznamenali významné snížení depresivních příznaků skrze tento způsob rozvoje všímavosti. Na základě výstupu této studie doporučují oba mindfulness programy jako preventivní opatření proti depresi, úzkostem a řadě dalších obtíží, jež celkově povede k uchování psychického zdraví.

4.3 Disociace a všímavost

K určité souvislosti a možnému ovlivnění disociativních zkušeností skrze rozvoj všímavosti bychom mohli dojít již na základě informací uváděných v předešlých kapitolách teoretické části práce. Vždyť samotný Janet (1890) hovořil o disociaci jako o procesu automatizace. Disociace dle něj představuje stavy opakování minulých činností bez vědomého kontrolování. Dále i Atkinson (2003) popisuje disociaci převážně jako automatické procesy neboli činnosti, které byly z explicitní paměti přesunuty do paměti implicitní, čímž se disociovaly od vědomí. V této souvislosti jsme uváděli fenomén „dálniční hypnózy“ čili situaci, ve které si jedinec jedoucí po velmi dobře známé silnici na konci uvědomí, že si ze samotné cesty vůbec nic nepamatuje. Benda (2019) tento proces automatizace popisuje jako tzv. autopilota, který je opačným stavem všímavosti. Ten může vést k permanentním automatickým myšlenkám, jež jsou zdrojem chronického stresu a mohou vést až k samotné depresi. Všímavost je ovšem autory popisována jako proces deautomatizace. Jedná se o přerušování či alespoň snížení automatického chování, myšlení či vnímání. Toto zaměření a uvědomování si přítomného okamžiku nám pomáhá přerušit zmíněného autopilota (Žitník, 2010). Během všímavosti se tak zvědomují automatické kognitivní procesy, což má za následek snižování jejich vlivu na naše vnímání (Safran & Segal, 1990).

Pro další porozumění rozdílnosti mezi fenomény uvádíme také diamantový model pozorujícího Já (Diamond model of observing Self). Ten hovoří o třech úrovních vztahování se k Já, kam řadíme: narativní Já, disociované Já či pozorující Já. Narativní Já se zcela identifikuje s naším prožíváním a je zahrnuto našimi aktuálními vjemy, myšlenkami a pocity. Disociované Já je poté od našeho aktuálního prožívání úplně odpojené. Dochází zde k vyhybání se prožívané zkušenosti. Naopak pozorující Já, jež je cílem rozvoje všímavosti, je pouhým svědkem našeho prožívání. Umožňuje nám nahlížet na vlastní prožitky bez hodnocení a se soucitem (Žvelc & Žvelc, 2020). Walach et al. (2006) o disociaci přímo hovoří jako o opaku všímavosti, jež obsahuje symptomy amnézie a automatismy bez účasti vědomé kontroly. Podobně Corrigan (2002) popsal fenomény jako procesy ležící na opačných koncích neurobiologického kontinua. Bögels et al. (2014) tvrdí, že disociace je o zachování našeho života, zatímco všímavost je o zlepšení našeho života.

Potvrzení těchto teoretických souvislostí předkládají Baer, Smith a Allen (2004), kteří uvádějí negativní korelaci mezi konstruktem všímavostí a disociací. Ve své studii se zaměřovali na korelace Kentuckého inventáře všímavých dovedností, který měří rozličné

aspekty všímavosti, s jinými konstrukty. Podobnou statistickou významnost uvádí i Baer et al. (2006). Výzkum Perona-Garcelán et al. (2014) za použití korelační analýzy ukázal rovněž významnou negativní souvislost mezi všímavostí a disociací. Studie Frewen a Laniuse (2006) či Laniuse a Bergmann (2014) předkládají zjištění nižší míry všímavosti u osob vykazujících vyšší disociativní projevy. Na základě těchto zjištění popisují disociaci jako stav chybějící všímavosti.

Zerubavel a Messman-Moore (2015) uvádějí, že se fenomény disociace a mindfulness často nemísí. Upozorňují na nedostatek literatury týkající se použití všímavosti při léčbě disociace. Můžeme zde uvést alespoň některé z uskutečněných výzkumů na toto téma. Kupříkladu Koons et al. (2001) ve své studii uvádějí prokazatelné snížení disociativních symptomů skrze Dialekticko behaviorální terapii (DBT). K podobným závěrům dospěli i Langmuir et al. (2012). Ti prokázali snížení disociativních symptomů skrze rozvoj všímavosti u žen, které měly v anamnézách traumata z dětství. Dále i případová studie od Baslet a Hill (2011), která na základě svých výsledků navrhuje užití Acceptance and Commitment Therapy (ACT) k léčbě konverzních a disociativních poruch. Rovněž i Zerubavel a Messman-Moore (2015) na základě svých poznatků doporučují využití všímavosti při léčbě disociativních obtíží.

Se zajímavou studií, která propojuje námi zkoumané proměnné, přichází Bolduc et al. (2018). Výzkum zaměřený na roli všímavosti a disociace u depresivní poruchy a dětských mnohočetných traumat přichází s výsledky, které ukazují, že souvislost mezi traumaty z dětství a depresí byla plně zprostředkovaná jak všímavostí, tak disociací. Autoři výzkumu v těchto případech doporučují léčbu zaměřenou na rozvoj všímavosti, čímž dochází ke snížení disociace a zamezení rozvoje depresivních symptomů.

Přesto, že je souvislost mezi disociací a všímavostí patrná, je stále potřeba nových výzkumů, jež se tímto tématem budou zabývat. Vždyť na samotnou koncepci disociace zatím ve výzkumné obci stále nepanují shody. Výše jsme předkládali alespoň některé závěry studií a názory odborníků, jež nám slouží jako výzkumná opora pro výzkumnou část této práce.

4.4 Psychické zdraví v kontextu světové pandemie

Jelikož byl výzkum této práce zasazen do kontextu světové pandemie, podíváme se v této části práce alespoň ve stručnosti na výzkumné závěry, které se touto problematikou ve spojitosti s duševním zdravím zabývají.

Paterson et al. (2020) uvádí, že samotná infekce covidem-19 může vést k neurálnímu poškození, přičemž vážné narušení naší nervové soustavy může být příčinou celé řady psychických problémů, kam bychom mohli zařadit i depresivní poruchu. Friedman (2021) uvádí, že během pandemie v roce 2019 zaznamenal obrovský nárůst nepříznivých symptomů mentálního a behaviorálního zdraví. Uvádí nárůst generalizované úzkostné poruchy či velké depresivní poruchy a dodává, že 15,3 % respondentů uvedlo, že potřebují terapeutickou léčbu těchto obtíží, které se jim nedostalo. Rovněž Choi et al. (2020) dokládají studii z Hong Kongu, která zjistila, že 25,4 % obyvatel z (n = 500) hodnotí svůj mentální stav jako výrazně zhoršený v důsledku pandemie. Finatti et al. (2020) zmiňují výskyt první psychotické ataky u osob v karanténě v Itálii. Autoři samotnou karanténu považují jako rizikový faktor a výrazný stresor u zranitelnějších jedinců, jež může způsobit řadu psychických potíží včetně depresivní poruchy. Sweeny et al. (2020) přináší ve své studii zajímavé zjištění, že měla karanténa větší dopad na snížení psychické pohody a celkového mentálního zdraví u jedinců s nižší všímavostí, zatímco osoby vykazující vyšší všímavost měli psychickou pohodu a stabilitu více zachovanou. S podobným tvrzením přichází Majeed et al. (2020). Ti zjistili, že je všímavost důležitým protektivním faktorem bránící vzniku deprese v souvislosti se strachem z Covid-19.

Matize et al. (2020) ve svém výzkumu na neklinické populaci u vzorku (n = 66) vystavili respondentky osmitýdennímu meditačnímu programu všímavosti (MOM). Participantky studie byly rozděleny na menší skupiny a setkávaly se v online prostředí. Byly u nich měřeny před a po mindfulness programu jejich dovednosti všímavosti, psychické pohody, depresivní symptomy, stres a řada dalších. Výzkum dospěl k zjištění, že trénink založený na všímavosti je účinným nástrojem ve snížení negativních psychologických dopadů v důsledku světové pandemie. Došlo ke statisticky významnému snížení deprese. K podobným výsledkům v podobě snížení deprese u neklinické populace v kontextu pandemie dospěli i Liu et al. (2021) či Zhu et al. (2021). Studie od Simonsson et al. (2021) uvádí, že za těchto podmínek došli k významnému snížení úzkosti, nikoliv však depresivních symptomů.

Bahen (2020) či Antonova et al. (2021) uvádí, že právě za těchto pandemických podmínek je ještě smysluplnější pravidelná praxe všímavosti, která je nízkonákladovým a výzkumně ověřeným nástrojem, jak celé pandemické období přežít v psychické pohodě a zdraví. Tuto kapitolu ukončujeme těmito odbornými tvrzeními, ze kterých vycházíme pro účely naší výzkumné části rigorózní práce, ke které se nyní přesuneme.

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato část rigorózní práce se bude zabírat provedeným výzkumem z období první vlny světové pandemie v důsledku virového onemocnění covid-19, kterým navazujeme na předešlé poznatky z teoretické části této práce. V následujících kapitolách si představíme výzkumný problém, obeznámíme se s výzkumnými cíli, předložíme stanovené hypotézy a popíšeme použité výzkumné metody. Rovněž uvedeme samotné výsledky našeho výzkumu, jež podrobíme statistické analýze. Následně se zamyslíme nad možnými limity a nedostatky této práce jakož i jejími přínosy.

5.1 Výzkumný problém

V teoretické části této rigorózní práce jsme se věnovali tématu deprese a disociaci v souvislosti se všímavostí. Na samotném začátku práce jsme se seznámili s hůře definovatelnou všímavostí a poté jsme se více věnovali jejímu terapeutickému užití a možnostem rozvíjení. Dále jsme vymezili fenomén deprese a disociace, která se rovněž ukázala autory hůře definovatelná. V poslední kapitole teoretické části jsme uvedená témata propojili a poukázali na výzkumné závěry, jež depresi a disociaci dávají do souvislosti se všímavostí a uvádějí jejich možné ovlivnění prostřednictvím mindfulness technik. Jelikož byl výzkum práce vsazen do období první vlny světové pandemie, uváděli jsme také studie, které se všímavostí a danou problematikou zabývají. Nemohli jsme opomenout ani samotný vztah mezi depresí a disociací, na který autoři upozorňují, a proto jsme mu věnovali krátkou kapitolu.

Přesto, že nepanuje shoda k samotnému definování mindfulness, přičemž se někteří odborníci na danou problematiku drží původních buddhistických kořenů a jiní tento koncept upravují pro potřeby západního světa, tak se autoři shodují v názorech na pozitivní účinky rozvoje všímavosti na lidské zdraví. Z uváděných výzkumů a řady studií zabývajících se účinností terapeutických programů založených na rozvoji všímavosti nám může být patrná úspěšnost v léčbě depresivních a disociativních symptomů. Vždyť již samotný nejužívanější terapeutický program se zkratkou MBSR od Johna Kabata-Zinna, který je zaměřen na redukci stresu, přináší nejednu pozitivní změnu v lidském zdraví. Kabat-Zinn (2016) ve své publikaci uvádí celou řadu kazuistických případů ze své kliniky, kde předkládá

pozitivní dopady mindfulness meditace nejen v léčbě deprese. Účinnost tohoto programu na snížení deprese předkládá i Gallegos et al. (2020), Barr et al. (2019), Arlt Mutch et al. (2020), Hazlett-Stevens a Oren (2017) či Hofmann et al. (2010).

Uváděli jsme rovněž terapeutické aspekty, kterými může mindfulness působit na zdraví meditujících a které mohou být samotnou příčinou snížení depresivních symptomů či disociací. Jednalo se například o kognitivní přehodnocení, deautomatizaci, nehodnocení či zaměření na přítomnost a další (Segal et al., 2002).

Dále jsme předkládali rozmanitou paletu studií, jež se této problematice věnují z rozličných úhlů a které vliv všímavosti na depresivní symptomy nejen u klinické populace uvádějí. Samotný terapeutický program Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) zaměřený na léčbu depresivní poruchy, vykazuje v její léčbě řadu úspěchů (Abela et al. 2002; Goodyer & Wilkinson, 2019; Raj et al., 2019; Racey et al., 2018; Segal et al., 2002). Výzkum od Liu et al. (2021) zmiňuje, že je všímavost protektivním faktorem před vznikem deprese. Querstret et al. (2020) v účinné metaanalýze výzkumů uvádějí prokazatelnou účinnost obou programů rozvíjejících všímavost MBSR a MBCT ve snížení deprese. Vliv všímavosti na disociaci předkládá Baer et al. (2004), Baer et al. (2006), Perona-Garcelán et al. (2014), Frewen a Laniuse (2006) či Laniuse a Bergmann (2014). Dále i Bolduc et al. (2018), kteří na základě výzkumu doporučují mindfulness meditaci ke snížení disociace a zamezení rozvoje depresivních symptomů.

Výše popsanou problematikou se zabývá i tato rigorózní práce. Skrze kvantitativní výzkum hledáme vliv rozvoje všímavosti na depresi a disociaci u neklinické populace. Budeme po dobu dvou měsíců učit naše respondenty, kteří jsou naprostými začátečníky v meditační praxi, technikám meditace všímavosti. Poté u nich budeme zaznamenávat uskutečněné změny v těchto stanovených proměnných prostřednictvím metody Škály disociativních zkušeností a Beckova inventáře deprese.

Problematika této práce je ve výzkumné obci poměrně oblíbená a my tak můžeme být svědky řady studií, jež se touto problematikou zabývají. Tato rigorózní práce však využila ojedinělých podmínek nastalých v důsledku světové pandemie zapříčiněné virovým onemocněním COVID-19. Výzkum byl proveden v období první vlny světové pandemie, která byla pro všechny lidi zcela novou událostí světového rozměru. Dohledali bychom již menší množství zahraničních studií, jež situace za účelem podobného zkoumání rovněž využily, viz Matiz et al. (2020), Sweeny et al. (2020), Liu et al. (2021) či Zhu et al. (2021).

Výzkum této práce by tedy mohl přinést úplně nové informace o prospěšnosti a efektivitě mindfulness meditačního přístupu na lidské zdraví v takto náročných podmínkách jako je světová pandemie a první plošný lockdown.

Výzkum rigorózní práce vychází z výše uvedených poznatků a rovněž tvrzení Behana (2020) a Antonova et al. (2021) kteří tvrdí, že pravidelné rozvíjení všímavosti v podobě mindfulness technik nabírá na ještě větším smyslu a potřebnosti právě za těchto pandemických podmínek. Představuje totiž výzkumem prokázanou doplňkovou léčbu či účinnou a finančně nenáročnou metodou k udržení psychického i fyzického zdraví, kterou je možné praktikovat v pohodlí domova.

Abychom si více pohlídali validitu výzkumných závěrů práce, které mohou být nastalými nestandardními podmínkami značně ovlivněny, bude nás také zajímat porovnání sledovaných proměnných se skupinou komparativní.

5.2 Cíle práce

V této kapitole si představíme cíle rigorózní práce. Cíle našeho výzkumu vycházejí ze stanoveného a výše popsaného výzkumného problému, který se zabývá vlivem mindfulness meditace na depresi a disociaci u neklinické populace. Studie rigorózní práce se navíc zaměřila na zkoumání této skutečnosti v unikátních podmínkách uskutečněných v důsledku světové pandemie způsobené virovou nákazou COVID-19. V souvislosti s uvedenými výzkumnými závěry a teoretickými poznatky předpokládáme, že první vlna pandemie byla pro mnohé zcela novým a stresujícím faktorem. Na základě prostudované literatury z teoretické části této rigorózní práce, především pak předložených výzkumných závěrů z oblasti deprese můžeme prohlásit, že má stres vliv na psychické i fyzické zdraví a tím se výrazně podílí na ovlivňování psychické pohody a klidu včetně možného vzniku depresivních symptomů (Praško et al., 2007). Rovněž na základě uváděných studií předpokládáme, že je meditace všímavosti nástrojem, jež pomáhá snižovat nejen stres, ale i depresivní a disociativní symptomy a tím vede k větší psychické rovnováze. Výzkumníky je rozvíjení všímavosti skrze mindfulness meditaci doporučováno jako nízkonákladová metoda pro uchování psychického zdraví a pohody.

Na základě výše uvedených výzkumných poznatků se dostáváme k předpokladům empirické části rigorózní práce. K předpokladům, že meditace všímavosti snižuje úroveň depresivních a disociativních symptomů a tím pozitivně ovlivňuje zdravotní a psychologické

faktory. Z těchto předpokladů nám následně vychází samotné dílčí cíle práce. Pro jejich sestavení nám posloužily metody Škála disociativních zkušeností a Beckův inventář deprese. Zmíněným metodám se budeme více věnovat v dalších kapitolách práce.

- Prvním cílem rigorózní práce je zjistit vliv mindfulness meditace na úroveň deprese u dospělé neklinické populace, jež nemá zkušenost s aplikováním meditace v kontextu globální pandemie.
- V druhém si klademe za cíl prozkoumat vliv meditace všímavosti na disociativní zkušenosti u dospělé neklinické populace, která doposud nemá zkušenost s meditační praxí v kontextu světové pandemie.

Protože předpokládáme, že námi zvolené výzkumné podmínky v období světové pandemie budou individuálně působit na každého respondenta zvlášť, klademe si další cíl. Tímto cílem se snažíme prokázat účinnost programu rozvoje všímavosti u našich participantů a odlišit ji od působení nežádoucích proměnných. Tímto stanoveným cílem se snažíme kontrolovat validitu výzkumných závěrů:

- Prozkoumat, jestli má rozvoj všímavosti u našich participantů skutečný vliv na stanovené proměnné. Neboli výzkumně ověřit, zdali rozvoj všímavost vede k významné změně v depresivních a disociativních symptomech pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní.

Kromě výše uvedených výzkumných cílů a záměrů jsme si dále stanovili cíl seznámit respondenty s meditačními technikami a tím jim alespoň částečně pomoci přečkat náročné období karantény v souvislosti s globální pandemií COVID-19 v psychickém zdraví. Od participantů výzkumu jsme kromě průběžné zpětné vazby žádali i konečné písemné vyjádření. Jednalo se o subjektivní zhodnocení přínosů a vnímaných dopadů na jejich životy. Některé z těchto sepsaných anonymizovaných výpovědí vkládáme do příloh této rigorózní práce. Samotné naplnění tohoto cíle ovšem můžeme pozorovat již skrze výzkumné závěry v oblasti snížení depresivních a disociativních symptomů, které se na psychickém zdraví podílejí.

5.3 Hypotézy

Hypotézy této rigorózní práce jsme stanovili na základě uvedeného výzkumného problému a stanovených výzkumných cílů. Při tvorbě výzkumných hypotéz práce vycházíme z její teoretické části a uvedených odborných informací, jež se danou problematikou zabývají. Jedná se o informace o všímavosti, depresi a disociaci. Tyto fenomény jsme následně uchopili společně za předložení výzkumných závěrů prokazujících vliv všímavosti na stanovené proměnné. Oporou jsou nám již existující studie (viz Arlt Mutch et al., 2020; Barr et al., 2019; Bolduc et al., 2018; Gallegos et al., 2020; Querstret et al., 2020; Matiz et al., 2020; atd.), které vliv všímavosti na depresivní a disociativní symptomy prokazují, dokonce za pandemických podmínek (viz Liu et al., 2021; Matiz et al., 2020; Sweeny et al., 2020).

Na základě výše uvedených údajů jsme sestavili samotné hypotézy, které rozdělujeme do dvou oblastí. V první oblasti se nacházejí hypotézy, jež předpokládají dosažení významně odlišných hodnot ve stanovených proměnných mezi skupinou experimentální a komparativní v posttestu. Ve druhé oblasti jsou poté hypotézy, které předpokládají dosažení statisticky významně odlišných hodnot pouze u skupiny experimentální v posttestu oproti pretestu.

5.3.1 Hypotézy první oblasti

Zde předkládáme hypotézy první oblasti o očekávaných odlišných hodnotách u skupiny experimentální a kontrolní:

H1: Participanti osmítýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

H2: Participanti osmítýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

5.3.2 Hypotézy druhé oblasti

Níže uvádíme hypotézy druhé oblasti, jež očekávají rozdílně naměřené hodnoty pouze u skupiny experimentální v pretestu oproti posttestu:

H3: Participanti osmítýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu oproti pretestu.

H4: Participanti osmítýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu oproti pretestu.

5.4 Typ výzkumu

Tato rigorózní práce vychází z výše předloženého výzkumného problému a stanovených výzkumných cílů. Na základě této skutečnosti jakož i podrobného prostudování odborných studií v teoretické části, jež se podobnou problematikou zabývaly, jsme se rozhodli také zvolit kvantitativní přístup rozboru dat. Tento přístup využívá k dosažení výsledků statistických testů a dovoluje nám podrobit obdržená data podrobné numerické analýze. Pro účely práce jsme zvolili kvantitativní design s pomocí dotazníkového šetření. Protože se zde zabýváme výzkumným problémem, který má pro svou aktuálnost stále narůstající výzkumný trend, jak tvrdí kupříkladu Benda (2019), můžeme být svědky mnoha studií, které se zabývají stejnou problematikou, viz teoretická část kapitola č. 4 Výzkumy deprese a disociace v souvislosti se všímavostí. I přes tuto skutečnost je potřeba dalších výzkumných ověření a zjištění, na což upozorňují například Zerubavel a Messman-Moore (2015), kteří hovoří o nedostatku odborné literatury pojednávající o vlivu všímavosti na disociaci. Výzkum této práce se tak snaží rozšířit pole poznání v této problematice, a to konkrétně u české populace.

Je nutné uvést, že zcela nové výzkumné podmínky vznikly kvůli světové pandemii v důsledku virového onemocnění COVID-19. Můžeme si povšimnout některých podobných studií, jež také těchto podmínek v první vlně pandemie využily, viz Matiz et al. (2020). Výzkum této práce proto patří k prvním studiím, které se daným výzkumným problémem zabývají v období první vlny epidomologických opatření zapříčiněné virovým onemocněním COVID-19. Hovoříme o zcela nové a doposud vědecky neprozkoumané globální situaci, která si jistě zaslouží další výzkumné závěry.

Výzkumná data, která jsme podrobili numerické analýze, jsme od našich participantů získali za pomoci Škály disociativních zkušeností a Beckova inventáře deprese. Pro potřeby empirické části této rigorózní práce jsme vybrali kvaziexperimentální design. Kvaziexperiment z důvodu, že předpokládáme příčinnou souvislost mezi měřenými proměnnými depresí, disociací a skutečností absolvování našeho dvoutříměsíčního programu rozvoje všímavosti. Experiment a kvaziexperiment se od sebe příliš neliší, neboť mají oba stejný cíl. Oba se snaží zjistit kauzální vztahy mezi zkoumanými proměnnými. Rozdíl těchto přístupů je však v randomizaci. Zatímco u experimentu jsou respondenti náhodně přerozdělováni do skupin, tak kvaziexperiment opomíná tento proces (Ferjenčík, 2010).

V námi zvoleném kvaziexperimentu zkoumáme kauzální vztahy u závisle proměnných. Ty u nás představují vlastnosti, jež jsou vyjádřeny konkrétní numerickou hodnotou obdrženého skóru na Škále disociativních zkušeností a Beckově inventáře deprese. Obdržené hodnoty v uvedených dotaznících považujeme za metrické proměnné. Nezávislou proměnnou je náš osmitýdenní program rozvoje všímavosti, kterého se respondenti z experimentální skupiny účastnili.

Abychom dosáhli vyšší vnitřní validity, která odpovídá na otázku, jestli měříme to, co doopravdy měřit chceme, rozhodli jsme se, že učiníme komparativní kvaziexperiment. Pracovali jsme tak s dvěma skupinami. Skupinou experimentální, která podstoupila kvaziexperimentální zásah v podobě dvouměsíčního programu rozvoje všímavosti a skupinou komparativní, která se programu neúčastnila a pouze nám vyplnila zmíněnou baterii dotazníků před a po zásahu na experimentální skupině. Tímto postupem jsme se snažili kontrolovat intervenující proměnné, jež mohly v průběhu celého výzkumu ovlivňovat naše výsledky, o to víc v tak ojedinělých podmínkách jako byla globální pandemie. Skupina komparativní nám tak zajišťovala kontrolu, že k předpokládané změně ve zkoumaných proměnných dochází pouze ve skupině experimentální na základě výzkumného zásahu v podobě dvouměsíčního mindfulness programu, a nikoliv ve skupině komparativní vlivem působení okolních podmínek. Odebrání výzkumných dat proběhlo současně na kontrolní i experimentální skupině. U obou skupin jsme navíc v průběhu výzkumu cílili na ohlídání mimořádných situací, jež by mohly zkreslit naše finální výsledky, více však o tom později. Vzhledem k této skutečnosti a k samotnému rozdělení stanovených hypotéz na první a druhou oblast výzkumného ověření propojujeme vnitrosubjektový a mezisubjektový design.

Zvolený design rigorózní práce je hojně užíván ve výzkumech odborných prací na toto téma. Také nám připadal výzkumný design jako nejvhodnější pro celkové potřeby rigorózní práce s přihlédnutím na podmínky výzkumu v období první vlny světové pandemie.

5.5 Testové metody

Sběr dat jsme učinili prostřednictvím již uváděných metod Škály disociativních zkušeností a Beckova inventáře deprese, které jsme pouze přenesli do online podoby. Jelikož se v této rigorózní práci zaměřujeme na neklinickou populaci, představují pro nás zmíněné metody ideální volbu výběru, neboť tyto metody stanovené proměnné zaznamenávají v širokém spektru od nepatologické až patologické podoby. Navíc se jedná o diagnostické nástroje, které jsou hojně využívané k výzkumným účelům v této oblasti, viz Barnhofer et al. (2009), Evans et al. (2008), Bolduc et al. (2018) či Foote et al. (2006).

Beckův inventář deprese jsme si zapůjčili z Kabinetu diagnostických metod na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci. Rovněž Škálu disociativních zkušeností máme zapůjčenou z Katedry psychologie v Olomouci.

Nyní už přejdeme k samotným metodám a obeznámení se s nimi.

5.5.1 Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

Beck Depression Inventory-II je oblíbeným světově uznávaným diagnostickým nástrojem jak pro klinickou, tak výzkumnou oblast. Do češtiny je přeložen jako Beckova škála deprese. Zaměřuje se na vyšetření hloubky deprese u pacientů, kteří již depresi mají diagnostikovanou. Dále detekuje možnou depresi u normální populace. Původní verze byla sestavena v roce 1961. Jejím autorem je již zmiňovaný Aaron T. Beck, který se zabýval výzkumem a psychoterapií depresivní poruchy. Beck viděl její hlavní využití v terapii, neboť je dle něj dobrým nástrojem pro zaznamenávání změn u depresivních pacientů a zároveň dobrým materiálem pro analýzu pacientova myšlení (Beck et al., 1996).

Metoda následně prošla řadou úprav a revizí. Beck s kolegy metodu v roce 1979 modifikovali do podoby BDI-IA aby odpovídala měnícím se kritériím deprese dle DSM. V roce 1996 byla upravena do podoby BDI-II v souvislosti s kritérii deprese dle DSM-IV. Dle Becka respondenti dosahují vyšších skóre ve verzi BDI-II, než v předešlé BDI-IA. Poslední inovace přináší položky, které se zaměřují na detekování těžké deprese či symptomů vyžadující hospitalizaci (Beck et al., 1996).

Beckova škála deprese se skládá z 21 položek. Ty jsou zaměřeny na nejčastější projevy deprese. Každá z položek obsahuje jeden symptom deprese a k tomu čtyři tvrzení, která rozlišují intenzitu daného symptomu. Tato tvrzení odpovídají škále od 0 do 3. Respondent má za úkol u každé položky vybrat tvrzení, které nejlépe odpovídá prožívané

intenzitě daného symptomu v posledních dvou týdnech. Beckova škála je tvořena třemi faktory, kam spadá kognitivní faktor, afektivní faktor a somatický faktor. Nejčastěji se však užívá pouze celkový skóre deprese. Položky se zaměřují na oblast pesimismu, smutku, životních selhání, pocitu viny, sebekritiky, znechucení ze sebe samého, sebevražedné myšlenky, ztráty zájmu, plačtivosti, změny spánku, ztráty energie, únavy, změny chuti k jídlu, koncentrace, ztráty zájmu o sex a další (Beck et al., 1988).

Administrace je velmi snadná a dohromady s vyhodnocením zabere 5-10 minut. Vzhledem k pandemickým podmínkám a online podobě celého výzkumu rigorózní práce, jsme tuto metodu přenesli do online prostředí. Použití metody je možné od 13 do 80 let. Respondent může v testu obdržet maximálně 63 bodů po celkovém sečtení odpovědí na jednotlivé položky. Konečné skóre se nepřevádějí na skóre standardní. Výsledky jsou interpretovány na základě hrubých skóre (Beck et al., 1996).

Preiss a Vacíř (1999), kteří metodu přeložili a standardizovali do české podoby, se ve své příručce přiklánějí k interpretaci výsledků dle Becka, Steera a Browna (1996). Rovněž tedy navrhují, aby byl cut-off skóre 16/17 s dodatkem, že již skóre v rozmezí 10-16 by měla být věnována patřičná pozornost.

Na základě původní anglické standardizační studie od Becka et al. (1996) byly pro metodu BDI-II navrženy následující cut-off skóre:

Cut-off skóre	Závažnost depresivní poruchy
0–13	Minimální nebo žádná deprese
14–19	Mírná deprese
20–28	Střední deprese
29–63	Těžká deprese

Tabulka 1 Cut-off skóre Beckova inventáře deprese

Při samotné interpretaci výsledků je ovšem důležité mít na paměti, že celkový skóre odpovídá subjektivnímu vnímání depresivní symptomatiky. Do získaných 13 bodů hodnotíme respondenta jako bez projevů deprese v sebeposouzení. Statistické studie

předkládají informace, že naprostá většina zdravé populace skóruje jen ojediněle 2-3 body u jednotlivých položek, a že normou je 0-1 bod (Beck et al., 1996).

Pro lepší představu použité metody zde uvádíme jednu její konkrétní položku, na kterou nám respondenti odpovídali:

Název položky	Možnosti výběru
Smutek	„0 Nejsem smutný.“
	"1 Většinou jsem smutný."
	"2 Pořád jsem smutný."
	"3 Jsem tak smutný, že se to nedá vydržet."

Tabulka 2 Ukázková položka Beckova inventáře deprese

Standardizaci původní anglické verze učinil Beck et al. (1996) na klinické i neklinické populaci. Standardizaci učinili na vzorku 500 pacientů a 120 studentů. Test-retest reliabilita byla po sedmi dnech $r = 0,93$. Vnitřní konzistence testu získala hodnoty $r = 0,92$. Metoda BDI-II dosahuje střední až silné korelace s celou řadou jiných diagnostických metod měřící deprese, viz Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) či Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) (Wang & Gorenstein, 2013).

Wang a Gorenstein (2013) analyzovali celkem 118 vědeckých článků zabývajících se BDI-II. Dospěli následně k závěru, že výzkumy provedené na klinické populaci získávaly dle očekávání vyšší průměrné skóre než výzkumy provedené na populaci neklinické (viz studenti, dospělí atd.). Vnitřní konzistence testu BDI-II se vždy pohybovala kolem $r = 0,9$. Test-retestová reliabilita byla v různých studiích v rozmezí od $r = 0,73$ do $r = 0,96$. Na základě provedené podrobné analýzy hovoří Wang a Gorenstein (2013) o efektivním dotazníku pro zachycení závažnosti deprese s širokou využitelností jak ve výzkumech, tak v klinické oblasti po celém světě.

Objevují se však studie, které tvrdí, že metoda BDI-II nadhodnocuje depresi u jedinců trpících chronickým únavovým syndromem (Brown et al., 2012) či obezitou (Hayden et al., 2010). Tato skutečnost může být zapříčiněná podobnými somatickými symptomy, jaké se vyskytují u deprese a je dobré na ni brát zřetel.

Českou podobu metody BDI-II vytvořil Preiss a Vacíř (1999). Předklad metody byl celkem čtyřikrát revidován a konzultován se dvěma překladateli. Konečná verze byla otestovaná na několika pacientech neurologické kliniky Všeobecné Fakultní nemocnice

v Praze a lékařsko-psychologickém oddělení ÚVN Praha. Dále byla metoda administrována skupině šedesáti vojáků základní vojenské služby po dvou týdnech od nástupu do služby. Autoři české verze ovšem neuvádějí žádné další informace o klinickém vzorku či procesu standardizace. Rovněž chybí informace o validitě a reliabilitě. Psychometrické ověření kvality české verze metody BDI-II učinili Ptáček, Raboch, Vňuková, Hlinka a Andres (2016) na vzorku 1027 aktivně pracujících osob. Jejich studie potvrzuje vysokou vnitřní reliabilitu, kdy $r = 0,92$ a také vysokou validitu testu. Na základě svého výzkumu doporučují metodu BDI-II k využívání při diagnostice depresivních symptomů. Metoda BDI-II však stále čeká na českou standardizaci a vytvoření norem testu na české populaci (Gottfried, 2015).

5.5.2 Dissociative experiences scale (DES)

Tato metoda je do češtiny přeložena jako škála disociativních zkušeností. Metoda staví na principu disociativního kontinua, jež vychází z prací Pierra Janeta, Mortona Prince a Williama Jamese (Bernstein & Putnam, 1986). Ta popisuje disociaci jako fenomén, který se rozprostírá od běžných psychických procesů přes lehkou psychopatologii až po závažná psychická onemocnění. Více jsme se tomuto tématu věnovali v teoretické části v kapitole 3.3 Nepatologická a patologická disociace.

Tato metoda byla vytvořena a poprvé publikována v roce 1986 dvojicí autorů E. M. Bernstein a F. W. Putnam (1986). Metoda k disociaci přistupuje z pohledu DSM-III (American Psychiatric Association, 2013) a dále dle kritérií patologických procesů vytvořených Johnem Nemiahem v roce 1981. Společně koncepci disociace vymezují jako alteraci identity v důsledku disociativní reakce a rovněž jako poruchu paměti dotyčného v průběhu disociativního stavu (Bernstein & Putnam, 1986).

Škála se využívá jak ke klinickým, tak výzkumným účelům (Ptáček & Bob, 2009). Metoda DES se dočkala poměrně velkého rozšíření a byla přeložena a standardizována do několika jazykových verzí (Waller et al., 1996). V praxi se využívá především k diagnostice disociativních poruch. Dále i k diagnostice deprese či diferencální diagnostice při potřebě rozlišení epileptických a psychogenních neepileptických záchvatů (Ptáček et al., 2006).

Škála disociativních zkušeností měří spolehlivě jeden faktor, kterým je disociace. Některé studie však poukazují na existenci tří nezávislých faktorů, kam spadá absorpce, amnézie a depersonalizace. Konečný skóre DES tak někdy může znamenat něco jiného u různých osob. Například výsledné DES skóre u neklinické populace vypovídá spíše o tendenci k absorpci, dennímu snění a imaginativnosti. Naopak u klinické populace

psychiatrických pacientů toto skóre vypovídá o disociativních procesech (Bernstein & Putnam, 1986). Další výzkumy v této oblasti však prostřednictvím metaanalýz studií, jež se zabývaly DES, předkládají hypotézy, že metoda DES měří spolehlivě pouze jeden faktor, kterým je disociace (Carlson et al., 1993). Ptáček et al. (2006) doporučují pracovat s celkovým skórem DES.

Tento sebeposuzovací dotazník kvantifikující míru disociativních zkušeností v běžném životě dospělých se skládá celkem z 28 otázek. Otázky se zaměřují na oblasti amnestických zážitků, depersonalizaci, mezery ve vědomí, derealizaci, absorpci a imaginativnost daného jedince (Bernstein & Putnam, 1986). Položky dotazníku se dle koncepce kontinua disociace zaměřují jak na normální a běžné projevy disociace, tak na ty patologické. Nejnižších, přesto však ne nulových hodnot dosahovali dospělí bez psychiatrické diagnózy. Vyšší naměřené hodnoty disociativních zkušeností postupně narůstaly u osob trpících alkoholismem, agorafobií, fobiemi, také u adolescentů, jedinců se schizofrenií, posttraumatickou stresovou poruchou a rovněž u pacientů s disociativní poruchou identity (Ptáček & Bob, 2009).

Můžeme se setkat s názory odborníků, kteří DES skóre 30 považují za hranici mezi zdravou a patologickou disociací. Ve výzkumech s neklinickou populací je však více užíváno kritérium dvaceti bodů. Každá z 28 položek obsahuje popis dané disociativní zkušenosti. Respondent má za úkol zaznamenat na stomilimetrové úsečce, která představuje osu 0 % – 100 %, procento času, v jakém se mu daná disociativní zkušenost objevuje v každodenním životě. Pro účely našeho výzkumu jsme do posttestu zahrnuli instrukci, jak často se jim tyto události stávaly v posledních dvou měsících. K vyhodnocení dotazníku a výpočtu celkového skóru DES je zapotřebí sečíst vzdálenosti všech respondentem označených bodů od 0, které zaokrouhlíme na 5 milimetrů, a tento součet poté vydělit počtem otázek, tedy číslem 28. Celkový čas pro administraci dotazníku je kolem 5-10 minut (Ptáček et al., 2006).

Pro lepší představu zde uvádíme konkrétní příklad položky z metody DES:

Metoda	Položka
Škála disociativních zkušeností	„Někteří lidé mají zkušenost, že si při řízení auta náhle uvědomí, že si nemohou vzpomenout na to, co se událo v průběhu celého výletu nebo jeho části. Vyznačte čarou, v jakém procentu času se to stává Vám.“

Tabulka 3 Ukázková položka Škály disociativních zkušeností

Psychometrické zahraniční studie prokazují uspokojivou reliabilitu i validitu metody DES. Test-retest reliabilitu v rozmezí 4-8 týdnů předkládá Bernstein a Putnam (1986), kde $n = 26$; $r = 0,84$; $p < 0,001$. Dále Pitblado a Sanders (1991) o $n = 46$; $r = 0,79$; $p < 0,001$. Frischholz et al. (1990) předkládají na $n = 30$; $r = 0,96$; $p < 0,0001$.

Vnitřní reliabilitu poté předkládá Pitblado a Sanders (1991): $n = 46$; $r = 0,93$; $p < 0,0001$. Dále Bernstein a Putnam (1986): $n = 73$; $r = 0,83$; $p < 0,0001$. Vysokou reliabilitu podpořil i Frischholz et al. (1990), kteří ve své studii u $n = 321$ normálních subjektů uvádí cronbachovu alfu 0,95 kdy $p < 0,0001$.

Konstrukční validitu metody DES výzkumně ověřoval Frischholz et al. (1990). Ti se zaměřili na korelaci dotazníku s jinými nástroji na měření fenoménu disociace. Jednalo se o metodu Tellegen Absorption Scale s hodnotami $r = 0,39$; $p < 0,0001$. A metodu Ambiguity Intolerance Scale kde $r = 0,24$; $p < 0,0001$. Frischholz et al. (1990) se dále věnovali i predikční validitě, kdy kromě ní prokázali také významnou souběžnou a kriteriální validitu.

České výzkumy ověřující psychometrickou kvalitu metody DES jsou s těmito zahraničními závěry ve shodě. Dissociative experiences scale má také svou českou verzi, jež byla standardizovaná na české populaci (Bob, 2000), a která byla součástí mnoha dalších českých výzkumů, viz (Ptáček et al., 2006; Ptáček & Bob, 2009; Procházka 2011). Ptáček et al. (2006) ve své studii ověřující psychometrické kvality metody, na vzorku $n = 783$ v zastoupení 243 epileptických pacientů, 357 depresivních pacientů a 183 jedinců bez klinické diagnózy, rovněž uvádí, že reliabilita a validita metody DES koresponduje s originální anglickou verzí. Tento dotazník tak můžeme považovat za přijatelnou metodu pro posouzení disociace jak v klinické, tak ve výzkumné oblasti.

5.6 Průběh výzkumu

K získání potřebných dat nám dopomohly výše uvedené diagnostické metody, zaměřené na zjištění depresivních a disociativních symptomů jak u skupiny experimentální, tak komparativní v posttestu i pretestu. V této kapitole rigorózní práce čtenáři představíme průběh tohoto výzkumu od samotného začátku, kdy jsme vše potřebné plánovali, až po konečné získání všech potřebných údajů. Jelikož byli participanti vystaveni výzkumnému zásahu v podobě dvouměsíčního mindfulness programu, předkládáme zde také teoretické základy, odborné podklady a studie, ze kterých jsme čerpali pro samotné sestavení programu.

První plánování této studie proběhlo již v říjnu roku 2019. Stanovili jsme výzkumné problémy a cíle a učinili první rešerše odborné literatury na toto téma. Pro snadnější uskutečnění výzkumu jsme spojili své síly se spolužačkou, jež se mindfulness také zabývá. Důvodem této spolupráce byla vzájemná pomoc při náročné realizaci osmitýdenního výzkumného zásahu v období první vlny pandemie. Vzájemně jsme si dopomohli k získání dostatku participantů a rovněž jsme mohli lépe zorganizovat a uskutečnit celý kvaziexperiment. Následně se už mohl každý vydat svou zkoumanou oblastí, která byla v centru jeho zájmu. Do našeho plánování však vstoupila světová pandemie, kvůli které jsme z počátku chtěli výzkum přesunout na méně komplikované a klidnější období. Po online konzultacích s doc. Procházkou jsme se rozhodli onu nestandardní vypuklou situaci využít v náš prospěch a výzkum přesunout do online podoby. Období první vlny pandemie bylo světovým unikátem, kdy docházelo k nejedné změně. Jednalo se o období, které bylo pro mnohé velmi náročné, komplikované, stresující, a to nejen z důvodu obav z nákazy. Celý životní rytmus se dostal do zcela jiných obrátek a každý se s tím musel vyrovnat. Není tak divu, že se zvýšil počet psychických potíží včetně depresivní poruchy, viz uváděná studie Choiho et al. (2020). Studenti si stěžovali na zahlcení povinnostmi a úkoly, a pracující na nestandardní pracovní podmínky, ve kterých si museli zvykat na propojení domácího a pracovního prostředí. Předpokládali jsme, že nastalé podmínky z důvodu globální pandemie budou pro naše participanty náročnější než za běžných okolností. Tyto předpoklady nám poté potvrdily výzkumné studie vznikající ve stejném období, viz Sweeny et al. (2020).

Tyto podmínky byly zcela unikátní a připadaly nám vhodné, jak z praktických, tak i teoretických poznatků, pro aplikování mindfulness meditace. Předpokládali jsme, že ta by

mohla být pro samotné participanty pomocná a přínosná. V době realizování naší studie jsme mohli dohledat nejeden výzkum, který se zabíral účinky mindfulness meditace na depresivní a disociativní symptomy, (viz Arlt Mutch et al., 2020; Bolduc et al., 2018; Barr et al., 2019) žádný však za těchto netradičních a světově unikátních podmínek. Tato rigorózní práce by tak mohla přinést zcela nové informace o efektu všímavosti na psychické zdraví i za tak náročných podmínek, jako byla první vlna světové pandemie.

Námi plánovaný výzkum jsme museli pozměnit a přizpůsobit nově vzniklé situaci. Propagaci naší plánované studie jsme učinili prostřednictvím sociálních sítí, kde jsme umístili plakátek, který nabízel možnou participaci na našem výzkumu. V něm jsme participantům nabízeli možnost prakticky se seznámit s populární všímavostí. Výběr respondentů proběhl skrze příležitostný výběr a metodu sněhové koule. Pro výběr participantů jsme stanovili podmínku, aby se jednalo o jedince, kteří nemají žádnou zkušenost s meditací, relaxačními technikami či jógou. Tímto krokem jsme se snažili alespoň částečně předejít rozdílům v meditační praxi u našeho výzkumného souboru, která by mohla finální výsledky zkreslovat. Cílili jsme na jedince, jež jsou v této oblasti úplnými nováčky, a právě u nich jsme se snažili zaznamenat následný efekt mindfulness meditace v netradičně vzniklé situaci. Z těchto důvodů jsme také vycházeli z audionahrávek, literatury a podpůrných materiálů, které cílí na naprosté nováčky v oblasti mindfulness meditace potýkajících se s obtížnými životními situacemi. Mluvíme například o publikaci *Mindfulness for Beginners* od Kabata-Zinna. Cílem těchto publikací je poskytnout snadný a stručný přístup k jádru mindfulness meditace a jejímu praktikování jedincům, jejichž životy sužují naléhavé problémy, stres, deprese či složité životní situace (Kabat-Zinn, 2015).

Před započítáním sběru dat a zahájením výzkumného zásahu v podobě mindfulness meditace jsme si rozčlenili celé výzkumné období do osmi týdnů. Inspirací nám byly mindfulness programy a doporučení odborných literatur na délku domácí mindfulness praxe, která se většinou pohybuje v tomto časovém úseku a také vlastní zkušenosti z výcviků a vlastní meditační praxe, kde se vždy pracuje s daným časovým rozpětím. Následně jsme si připravili seznam participantů, audionahrávky, podpůrné soubory a vytvořili prezentace. Před samotným zahájením výzkumu, jsme učinili krátkou pilotní studii na pěti jedincích. Ta nám dala možnost si vyzkoušet fungování v online prostředí, sdílenou prezentaci pro předání potřebných informací, plynulost setkání, samotnou meditační praxi s respondenty a celkový časový interval. Neméně podstatná pro nás byla zpětná vazba od účastníků pilotní studie. Na základě provedené pilotní studie jsme stanovili optimální čas pro první setkání, opravili jsme

úvodní prezentaci, připravili se na samotný výzkum, a především se více prezentačně uvolnili.

Sběr dat proběhl ve dvou fázích, které označujeme jako pretest a posttest. Pretest uskutečněný jak na komparativní, tak na experimentální skupině probíhal od 23. do 26. března 2020. Respondenti obdrželi baterii online dotazníků s informovaným souhlasem o studii. Posttest poté dostali mezi 18. a 21. květnem 2020. Respondenti obdrželi stejnou baterii online dotazníků, nyní ovšem po výzkumném zásahu v podobě dvouměsíčního mindfulness programu na experimentální skupině.

Celkem 39 respondentů z kontrolní skupiny pouze vyplnilo baterii online dotazníků na začátku a poté na konci výzkumného zásahu. I s těmito jedinci jsme byli v pravidelném kontaktu. Zajímalo nás, jestli v jejich životech nedochází k extrémně stresujícím událostem, které by poté mohly ovlivnit výzkumná data rovněž u komparativní skupiny. Našich 39 respondentů v experimentální skupině jsme rozčlenili do menších skupin a ty kromě vyplnění baterie online dotazníků podstoupily i osmitýdenní program rozvoje všímavosti. Naším záměrem bylo, aby při online mindfulness setkáních nebyli ve stejné skupině vždy ti stejní jedinci. Zde nám však výrazně dopomohla skutečnost různých časových preferencí ze strany samotných participantů. Celé výzkumné období osmi týdnů se tak skládalo z osmi online setkání po zmíněných skupinách participantů, jež se pohybovaly okolo hodiny týdně. V těchto online setkáních byli participanté seznámeni s meditační praxí pro nadcházející týden, kdy jsme si společně danou techniku vyzkoušeli. Mezi těmito společnými online setkáváními jsme byli dále v individuálním kontaktu s každým participantem zvlášť.

První online setkání bylo informační. Prostřednictvím sdílené prezentace jsme participantům poskytli základní informace o všímavosti a jejím rozvíjení. Obezámili jsme je s průběhem celého výzkumu a s jeho požadavky. V tomto prvním setkání jsme rovněž započali základní mindfulness meditaci pro seznámení se s mindfulness. Participanté od nás vždy po setkáních obdrželi soubor se základními informacemi, jež byly prezentovány a dále audionahrávku pro nadcházející týden, která sloužila jako meditační pomůcka. Každého participanta jsme v průběhu týdne kontaktovali ještě jednou. Pravidelným telefonátem či krátkým online setkáním jsme zjišťovali, zdali jsou všechny informace srozumitelné, jestli se jim daří meditační praxe, zpětnou vazbu participantů a především, zdali participanté skutečně meditují. Tímto krokem jsme se snažili participanty motivovat k meditování a k setrvání v meditační praxi, což se následně u některých ukázalo být problematické. Toto pravidelné kontaktování bylo pro nás dále důležité z důvodu našeho průběžného zjišťování,

zdali v životě respondentů nedochází k extrémně stresujícím či náročným životním událostem, jež by se mohly zásadně projevit ve výsledcích výzkumu. V průběhu celého výzkumu jsme byli v pravidelném kontaktu s docentem Procházkou, s kterým jsme konzultovali naše postupy a plánovali kroky následující.

Celých osm týdnů jsme s našimi participanty rozvíjeli jejich všímavost. Zaměřovali jsme se na rozvoj všímavosti skrze praxi formální i neformální. Oporou mindfulness praxe a meditačních technik, jež jsme u participantů aplikovali, nám byla převážně literatura od Jona Kabata-Zinna. Jeho publikace *Mindfulness for Beginners*, *Život samá pohroma* či *Uvědomujte si přítomnost*, které ve svém obsahu, kromě přesně popsanych meditačních neformálních i formálních technik, zahrnují i audionahrávky, jsou dobrým učitelem a průvodcem meditační praxe. Samotný Jon Kabat-Zinn (2015) přímo uvádí, že veškeré návody předkládané v jeho publikaci plně postačují pro vlastní meditační praxi. Proto již není potřeba jiných podkladů ani drahých a zdlouhavých kurzů a školení. Některým jedincům však z počátku pomáhají různé audionahrávky, jež podporují udržení každodenní meditační disciplíny, které je zapotřebí.

S použitými materiály máme vlastní zkušenost, neboť jsme je sami využívali a stále využíváme ve své vlastní meditační praxi. Dále jsme však použili i meditační techniky, jež jsou uvedené v jiných publikacích, na které odkazuje sám Jon Kabat-Zinn. Jedná se o autory Williams a Penman a jejich publikaci *Všímavost s audionahrávkou* či kniha *Mindfulness pro každý den* od autora Garyho Hennesseye. Ten poskytuje stručné a rychlé návody, jak aplikovat mindfulness meditaci v běžném dnu. Kniha obsahuje audionahrávku pro snadnější mindfulness meditaci. Vycházeli jsme rovněž z publikace českého autora a propagátora všímavosti Jana Bendy a jeho knihy *Všímavost a soucit se sebou*. Dále jsme vycházeli z absolvovaných sebezkušenostních mindfulness výcviků. Sami jsme se účastnili akreditovaného víkendového kurzu, který se zaměřoval na techniky formální praxe všímavosti. Rovněž jsme se zapojili do osmitýdenního mindfulness programu, kde jsme měli příležitost se do meditační praxe všímavosti ponořit ještě hlouběji a intenzivněji. Všechny tyto uváděné materiály, kurzy a výcviky však měly obsah a náplň společné.

S participanty jsme tedy trénovali formální meditační techniky všímavosti, které jsme se v průběhu týdne snažili prokládat technikami praxe neformální, viz teoretická část kapitola č. 1.3 *Rozvíjení všímavosti*. Existuje mnoho způsobů, jak všímavost rozvíjet. U našich participantů jsme se soustředili na způsob rozvoje všímavosti skrze formální praxi, kdy jsme čerpali z předložených materiálů odborných publikací či materiálů z mindfulness

kurzů a výcviků. Jednalo se o techniku meditace dechu, meditace všímavé chůze, body scan, meditace s čokoládou, meditace chvilky pro sebe, meditace v sedě, meditace v leže a další.

Kabat-Zinn (2015) o praxi formální hovoří, že její nejdůležitější částí je vytrvalost v jejím chodu. Způsob, jak nejlépe rozvíjet všímavost, je prostě to vůbec dělat. Najít si každý den chvilku času na rozvíjení všímavosti. Dále uvádí, že není vůbec podstatné, jaké meditační techniky si k tomu vybereme či v jakém pořadí budeme mindfulness techniky aplikovat. Rovněž není důležité, jestli užíváme audionahrávku či meditujeme sami bez pomoci, ale to, abychom udrželi svou meditační praxi v každodenním režimu. Opravdová meditační praxe tedy nespočívá v tom, jakou techniku zrovna používáte či jaký kurz jste si zaplatili, ale především ve vašem odhodlání vracet se v každém momentu pozorností ke svému vnitřnímu a vnějšímu světu.

Dále jsme si při sestavování programu kladli otázku, jakou délku musejí mít jednotlivé meditační praxe, abychom byli schopni zaznamenat kýžený efekt v oblasti redukce depresivních a disociativních symptomů. Vycházeli jsme z doporučení Kabata-Zinna (2015), který tvrdí, že na základě vlastní praxe s pacienty na své klinice dospěl k délce pětáctyřiceti minut meditace. Tento časový úsek se však týká jeho pacientů. Dále totiž dodává, že má rovněž klienty, kteří mají časově náročnou školu, povolání nebo se jedná o matky na mateřské dovolené. Pro tyto klienty je velmi náročné až nemožné najít si každý den čas pro meditační praxi. To však neznamená, že by meditace v jejich životech nemohla být a nemohla přinášet kýžené výsledky. Kabat-Zinn zdůrazňuje, že mindfulness meditace není o času na hodinkách. Dokonce uvádí, že již pět minut formální praxe může přinést více užitku než čtyřicet pět minut. Také zmiňuje, že když učí mindfulness meditaci studenty medicíny, nenutí je dodržovat každodenní rozsah čtyřicet pět minut. Spíše studenty podporuje a motivuje, aby si vynahradili na meditaci čas každý den, i kdyby to mělo být jen deset nebo pět minut. Kabat-Zinn (2015) uvádí, že již tímto způsobem dosahují studenti výsledků, jež jsou srovnatelné s pětáctyřicetiminutovou meditací. Z těchto důvodů jsme s našimi participanty pracovali na intenzivním rozvoji mindfulness po dobu dvou měsíců, kdy jsme všímavost rozvíjeli skrze zmíněné techniky formální praxe. Kladli jsme důraz na zmíněný čas čtyřiceti pěti minut. V pravidelném kontaktu s participanty jsme se ovšem snažili kontrolovat hlavně skutečnost, že udržují svou meditaci v každodenním chodu alespoň uvedených deset minut.

Kromě uvedené formální praxe všímavosti jsme u participantů cílili na rozvoj i té neformální. Předložené publikace nám nabízejí celou řadu možností a způsobů, jak přenést

prvky formální praxe do všedního dne, a tak přerušovat našeho autopilota po dobu dvou měsíců (Hennessey, 2019). Jedná se o techniky, jež slouží pouze jako inspirace. Každý jedinec si může vytvářet své vlastní kroky neformální praxe, protože nám k tomu život nabízí nespočet příležitostí. Každá jedinečná minuta jedinečného dne se tak stává příležitostí pro neformální praxi všímavosti. Je tedy potřebné a velmi přínosné, když si postupně začneme vytvářet své vlastní techniky, které budou vycházet z formální praxe (Kabat-Zinn, 2016).

Drželi jsme se doporučení Jona Kabata-Zinna (2016), a tak od nás respondenti obdrželi návody a tipy, jak mohou všímavost v běžném dnu aplikovat, nikoliv však přesné instrukce, které by museli striktně v určitém pořadí dodržovat. Mnohem podstatnější pro nás byl fakt, že participanti skutečně medituji a svou meditační praxi udržují v každodennosti. Byli jsme svědky, kdy nám někteří z participantů samostatně hlásili, čeho si všimají v průběhu týdne či s jakými originálními neformálními praxemi spontánně přicházejí. Některé výpovědi jsme si zapisovali. Například nám jeden z respondentů po 3. týdnu ve výzkumu sdělil, že se na spoustu věcí dívá zcela novým pohledem. Jako kdyby měl nasazené nové brýle. Přitom dělá vše jako dřív. Lépe si uvědomuje, kde zrovna je, co dělá a jak se u toho vlastně cítí. Hovořil o stavu, jež je opakem popisované disociace.

Další z participantů nám v konečné zpětné vazbě sdělil, že ve chvílích, kdy by za běžných okolností vzal do ruky mobil a snažil se zabít čas, teď jen pozoruje svůj dech nebo své okolí. Jako příklad uváděl situace, kdy stojí ve frontě v obchodě či na semaforu. Dle něj se jedná o momenty, které jej vždy hrozně frustrovaly a musel je přetrpět s mobilem v ruce. Nyní však situaci tráví tím, že pouze pozoruje, co s ním daná situace vůbec dělá. Jedná se o situace, kdy naši participanti prováděli neformální praxi způsobem, na který přišli oni sami. Kabat-Zinn (2016) uvádí, že pokud se začne neformální praxe objevovat spontánně, je to dobrý signál toho, že ve vás formální praxe zapouští kořeny a vaše všímavost se zvyšuje.

S participanty jsme se nezaměřovali pouze na zmíněnou formální či neformální praxi. Dále jsme se zaměřovali na edukování o meditaci všímavosti. Hovořili jsme o základních principech meditační praxe. Po celou dobu výzkumu jsme se snažili na tyto principy upozorňovat a připomínat si je. Mluvili jsme například o očekáváních a o snaze dojít ke chtěnému cíli. Participanty jsme informovali, že meditace všímavosti se nezabývá tím, jak se zlepšit či jak se dostat někam jinam, ale pouze plně vidět to, kde právě jsme. Cílem tedy není soudit, hodnotit či analyzovat, ale být pouhým pozorovatelem přítomného momentu. Kabat-Zinn (2015) tvrdí, že tím nejlepším způsobem, jak se při meditačních cvičeních někam dostat a posunout, je nesnažit se někam dostat.

Na základě výše předložené literatury jsme si vědomi, že za pouhý čas dvou měsíců, nedokážeme u participantů rozvinout všímavost v její plné šíři. Také si uvědomujeme, že je značný rozdíl mezi pouhou koncentrací a všímavostí. Vždyť samotný Kabat-Zinn (2015) zmiňuje, že práce s koncentrací pozornosti je nedílnou součástí mindfulness, avšak se nejedná o všímavost samotnou. Na tento fakt ve své publikaci upozorňuje také Benda (2019), jež uvádí, že opakované přenášení pozornosti zpět do přítomného okamžiku ještě není tím pravým a plným stavem všímavosti, je to však dobrý začátek, jak s všímavostí začít. Dále dodává, že již tato práce s koncentrací pozornosti na přítomnost přináší mnoho pozitivních změn pro lidské zdraví. Jedná se o jakési chvilkové zklidnění, krátké relaxování, a tudíž dobrý start, jak začít trénovat mindfulness meditaci. Tato manipulace s pozorností, kterou se učíme přivádět zpět do přítomného okamžiku, přináší poměrně rychlý efekt zklidnění, redukuje stres, více uvolňuje a umožňuje odstup od svých problémů, což má pozitivní dopad na depresivní symptomy (Kabat-Zinn, 2015). Následným krokem je učení se plně si uvědomovat právě probíhající procesy s přijímajícím a nehodnotícím postojem. Poslední krok k opravdovému mindfulness je poté sebepřesažení, kterého můžeme docílit intenzivní mindfulness meditací alespoň dvanáct hodin denně po dobu několika měsíců (Benda, 2019). S našimi participanty, kteří byli naprostými začátečníky v oblasti meditace, jsme skrze základní techniky formální a neformální mindfulness praxe cílili na zmíněné první dva Bendovy kroky rozvoje všímavosti. Jedná se o kroky, jež jsou vhodným postupem pro úplné začátečníky, a navíc přinášejí poměrně viditelný a rychlý efekt v oblasti psychické pohody a zdraví.

V závěru těchto dvou měsíců dostali naši participanti znovu baterii dotazníků v online podobě. Žádali jsme o opakované vyplnění po kvaziexperimentálním zásahu jak kontrolní, tak experimentální skupinu. Navíc jsme položili doplňující otázku, zdali u respondentů za celou dobu osmi týdnů nenastala extrémně náročná a život zasahující situace. Kontrolu těchto potencionálních situací jsme činili již v samotném pravidelném kontaktu s respondenty v průběhu výzkumného zásahu.

Participanty, kteří se účastnili programu rozvoje všímavosti, jsme navíc žádali o sepsání zpětné vazby. Zajímaly nás informace, jak hodnotí dopady meditační praxe na svůj život oni sami, zdali chtějí v meditaci pokračovat či se více v této oblasti vzdělávat. Do příloh této rigorózní práce přikládáme některé z anonymizovaných výpovědí participantů. Také jsme je odkázali na odborné publikace, různé mindfulness výcviky a další možnosti rozvoje v této oblasti, ze kterých jsme sami čerpali.

5.7 Výzkumný Soubor

Participanty výzkumu rigorózní práce jsme oslovili prostřednictvím sociálních sítí, kde jsme jim nabídli participaci na naší studii. Za účelem propagace výzkumu jsme vytvořili informační plakátek, ve kterém jsme potencionálnímu participantovi nabízeli více se dozvědět o v současné době populárním termínu mindfulness. Navíc jsme participantům nabízeli praktické seznámení s všímavostí skrze jednotlivé techniky a postupy. Aby mohli být uchazeči zařazeni mezi participanty výzkumu, stanovili jsme podmínku, že nesmějí mít žádnou zkušenost s meditační praxí či jógou. Touto podmínkou jsme se snažili zajistit, aby do naší studie byli zařazeni naprostí nováčci na poli meditace. Vycházeli jsme z odborných materiálů a sebezkušenostních kurzů, které se rovněž zaměřují na mindfulness začátečníky, viz *Mindfulness for Beginners* od Kabata Zinna (2016), či Bendovo tvrzení (2019) o brzkých pozorovatelných úspěších v oblasti psychického zdraví u meditujících začátečníků. Další kritérium výběru bylo, že participanti nesmí být klinickými pacienty, jenž se léčí pro nějaké psychické onemocnění. Také jsme do výzkumu nepřijímaly osoby s prodělanými traumaty či jinými závažnými psychickými problémy. Zkoumanou populací byli jedinci bez psychiatrických diagnóz neboli neklinická populace.

Výběrový soubor výzkumu této práce byl tvořen prostřednictvím příležitostného výběru a metody sněhové koule. Informace o možné participaci na naší studii se šířila na sociálních sítích a sami participanti se mohli rozhodnout, jestli se do výzkumu přihlásí či nikoliv. Tento způsob výběru respondentů představuje metodu nepravděpodobnostní, neboť nám nezajišťuje náhodný výběr do našeho výzkumného souboru. Respondenti tohoto výzkumu se do něj hlásili na základě své vlastní dobrovolnosti, a proto čelíme ohrožení, že respondenti ve výběrovém souboru budou mít podobné charakteristiky, kterými se budou odlišovat od zkoumané populace. Nepravděpodobnostní metoda výběru byla zvolena z důvodu časové i ekonomické přijatelnosti v období světově unikátně nastolené výzkumné situaci, kterou byla globální pandemie zapříčiněná virovým onemocněním COVID-19.

Protože jsme separátně pracovali se skupinou experimentální, jež se účastnila dvouměsíčního mindfulness programu a skupinou komparativní, která do programu nebyla zapojena, představíme si podrobněji tyto skupiny zvlášť.

5.7.1 Experimentální skupina

Do experimentální skupiny bylo na začátku zařazeno 43 participantů. Na prvním online setkání jsme této skupině předali základní potřebné informace o plánovaném výzkumu, včetně podmínek účasti. Participantů byli informováni, že jsou veškerá získaná data anonymní, že mají možnost kdykoliv z výzkumu odejít bez udání důvodu a dalších etických zásadách, které více zmiňujeme v kapitole č. 4.9 Etické aspekty výzkumu. Po samotném prvním online setkání došlo k mortalitě jednoho participanta, jenž se rozhodl z výzkumu vystoupit z důvodu časové náročnosti celé studie.

V experimentální skupině tedy bylo celkem 42 jedinců, kteří vyplnili první baterii online dotazníků a začali dvoutýdenní meditační mindfulness praxi. V průběhu osmitýdenního programu rozvoje všímavosti došlo k další mortalitě třech participantů, kteří chtěli odstoupit a uvedli, že zadané mindfulness techniky neaplikují či se nadále studie účastnit nechtějí. Jednalo se o tři participanty, jež se dále neúčastnili zbylého programu všímavosti, a také nevyplňovali opětovně baterii dotazníků v posttestu. Celkem jsme tedy obdrželi výzkumná data od 39 jedinců z experimentální skupiny, kteří vyplnili Beckův inventář deprese a Škálu disociativních zkušeností před a po výzkumném zásahu v podobě osmitýdenního programu rozvoje všímavosti. Experimentální skupina se skládala z 29 žen a 10 mužů o věkovém průměru 27,6 let.

Jelikož je výzkumný soubor totožný s výzkumným souborem diplomové práce, ze které tato práce rigorózně čerpá, ponecháváme stejnou tabulku věkového rozložení mužů, žen a celkového počtu participantů experimentální skupiny u $n = 39$ osob (Khýr, 2021).

Skupina	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Celkem	39	27,64	20	74	9,69
Muži	10	28,40	23	43	6,57
Ženy	29	27,38	20	74	10,64

Tabulka 4 Věkové rozložení experimentální skupiny

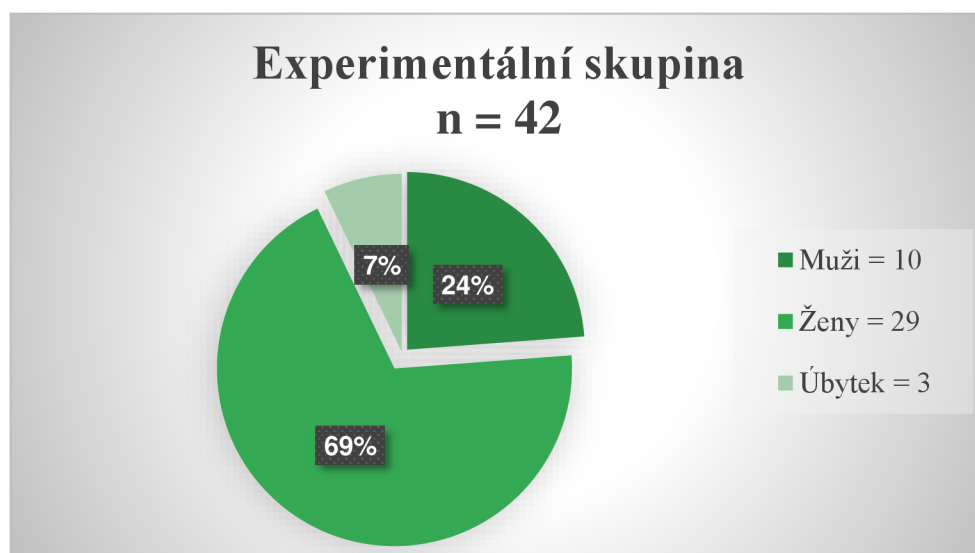
Kromě uvedeného pohlaví a věku nás dále z demografických údajů zajímalo dosažené vzdělání participantů. Z níže předložené tabulky, kterou si rovněž vypůjčujeme z diplomové práce Khýra (2021), můžeme pozorovat převažující vysokoškolské vzdělání u participantů experimentální skupiny. Tabulka uvádí nejvyšší dosažené vzdělání u experimentální skupiny o celkovém počtu participantů $n = 39$:

	Vyšší odborné vzdělání	Středoškolské vzdělání s maturitou	Vysokoškolské vzdělání
Počet	1	14	24

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání experimentální skupiny

Pro dosažení větší názornosti a přehlednosti v zastoupení participantů experimentální skupiny jsme vytvořili následující grafy. První z uvedených grafů znázorňuje celkový počet participantů, jež vyplnili baterii dotazníků v pretestu a účastnili se našeho osmitýdenního mindfulness programu pro začátečníky. Graf nám také předkládá tři participanty, kteří byli v průběhu experimentálního zásahu ze skupiny vyřazeni. Dále si v něm můžeme povšimnout nepoměru v genderovém zastoupení v experimentální skupině. Z tohoto důvodu jsme se rozhodli nezabývat se odlišnostmi mezi pohlavími, neboť by závěry nebyly vypovídající.

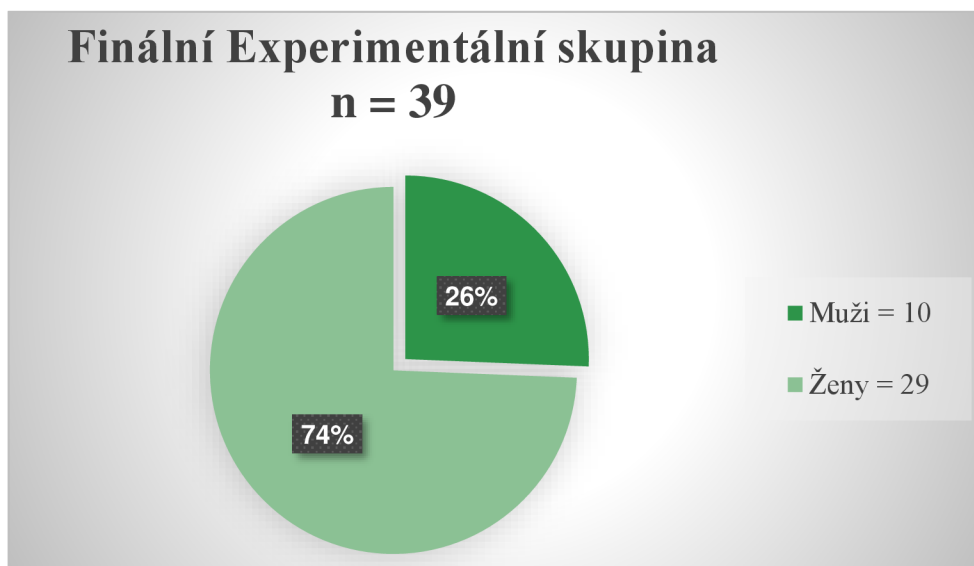
Také tento graf, zobrazující celkový počet respondentů, kteří vyplnili baterii dotazníků v pretestu, přebíráme z diplomové práce Khýra (2021).



Graf 1 Experimentální skupina

V následujícím grafu znázorňujeme již finální podobu experimentální skupiny. Graf zaznamenává všechny participanty, kteří vyplnili baterii dotazníků před započítáním osmitýdenního programu rozvoje všímavosti a po jeho ukončení. Od této finální experimentální skupiny získáváme konečná data, jež následně podrobujeme statistické analýze.

Graf znázorňující celkový počet participantů, kteří vyplnili baterii dotazníků v pretestu a zároveň v posttestu je rovněž převzatý z práce Khýra (2021).



Graf 2 Finální Experimentální skupina

5.7.2 Kontrolní skupina

Jelikož se respondenti v kontrolní skupině nemuseli účastnit osmitýdenního programu rozvoje všímavosti, podařilo se nám do této skupiny získat více participantů. Respondenti kontrolní skupiny nám pouze vyplnili baterii dotazníků včetně uváděného Beckova Inventáře deprese a Škály disociativních zkušeností. Vyplnění baterie dotazníků probíhalo ve stejnou dobu, kdy je vyplňovali také participanté experimentální skupiny. Podmínky pro zařazení do kontrolní skupiny byly totožné jako u skupiny experimentální. Vybráni byli jedinci, kteří nemají žádnou zkušenost s meditační praxí a jsou tak úplnými začátečníky. Další podmínka se týkala toho, že se žádný z participantů nesmí léčit pro duševní nemoc. Také respondenti kontrolní skupiny byli vybíráni z neklinické populace.

Respondenty kontrolní skupiny jsme získali také příležitostným výběrem a metodou sněhové koule. Vyplněnou baterii dotazníků jsme v pretestu dostali od 45 respondentů. Ne všichni nám je však znovu vyplnili v posttestu. Někteří z respondentů nám dotazníky v posttestu vyplnili s příliš velkou časovou mezerou, a tudíž jsme jejich data do studie nemohli zařadit. Vyplnění dotazníků se totiž u těchto respondentů časově výrazně lišilo od druhého vyplnění respondenty v experimentální skupině. V této časové mezeře mohlo dojít k zásadně odlišným podmínkám, jež by výrazně ovlivnily pouze skupinu komparativní v posttestu a nikoliv respondenty ve skupině experimentální. Z těchto důvodů jsme do konečných dat kontrolní skupiny nemohli zařadit pět respondentů. Celkový počet jedinců

v komparativní skupině jsme poté upravili získanému počtu participantů ve skupině experimentální dle jejich demografických údajů. Z kontrolní skupiny jsme vyřadili ještě jednoho respondenta, který jediný byl mladší osmnácti let, a tudíž neměl ani završené středoškolské vzdělání.

Rovněž ke kontrolní skupině předkládáme její demografické údaje, které opět přebíráme z diplomové práce Khýra (2021). Zajímá nás také věk, pohlaví a nejvyšší dosažené vzdělání respondentů. Údaje nalezneme v tabulkách číslo 6 a 7.

Věkové rozložení žen, mužů a celkového počtu respondentů v kontrolní skupině:

Skupina	Počet	Průměr	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
Celkem	39	27,72	23	51	6,13
Muži	12	31,50	23	51	8,75
Ženy	27	26,04	23	38	3,59

Tabulka 6 Věkové rozložení kontrolní skupiny

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů kontrolní skupiny o celkovém počtu n = 39:

	Vyšší odborné vzdělání	Středoškolské vzdělání s maturitou	Vysokoškolské vzdělání
Počet	3	6	30

Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání kontrolní skupiny

Podívejme se nyní na předložené demografické údaje u obou skupin a jejich vzájemnou podobnost. Skupiny kontrolní a experimentální si jsou podobné ve věkovém zastoupení. Můžeme vidět, že je průměrný věk ve skupině experimentální 27,6 a ve skupině kontrolní 27,7. Dále i genderové zastoupení je u obou skupin podobně nevyrovnané s převahou žen. V experimentální skupině se nachází 29 žen a ve skupině kontrolní 27. Obě skupiny měly shodně největší zastoupení v dosaženém vysokoškolském vzdělání. Ve skupině experimentální se jedná o 24 respondentů a ve skupině kontrolní o 30 respondentů.

Vzhledem k předloženým demografickým údajům pojednávajícím o skupině experimentální a komparativní můžeme předpokládat podobnost obou skupin. Podobnostmi mezi skupinou experimentální a kontrolní se budeme ještě zabývat v kapitole č. 5.10.2 Kontrola podobnosti výchozích proměnných v pretestu.

5.8 Metody zpracování dat

Na základě stanoveného výzkumného problému a následně samotných cílů této rigorózní práce jsme se snažili výzkumně prokázat vliv nezávislé proměnné v podobě dvouměsíčního mindfulness programu na závislé proměnné depresivní a disociativní symptomy. Protože je výzkum této rigorózní práce kvantitativní, operovali jsme s daty prostřednictvím několika počítačových programů. Z důvodu světové pandemie a nastoleného lockdownu se samotný výzkum odehrával v online prostředí za použití aplikace Zoom. Rovněž sběr dat jsme provedli online formou, kde jsme obdržena data z Beckova inventáře deprese a Škály disociativních zkušeností přenesli do počítačového programu Microsoft Office Excel. Zde jsme s daty dále pracovali.

Po kontrole, převedení a vypočtení hrubých skóre ze Škály disociativních zkušeností, kde je potřeba odpověď na každou položku změřit z vertikální čáry a zapsat její skóre a hrubých skóre Beckova inventáře deprese, jak ve skupině komparativní, tak experimentální v pretestu i posttestu, jsme s daty dále pracovali v programu nové verze Statistica 13.4, jež je v anglickém jazyce. Zpracování obdržených dat a získání konečných hrubých skóre pro následnou statistickou analýzu, probíhalo v souladu s pravidly vyhodnocování sestavené autory jednotlivých metod. V programu Statistica 13.4 jsme následně učinili samotné statistické ověření našich hypotéz. Rovněž jsme program využili k získání základních deskriptivních statistik popisujících náš výzkumný soubor. Dále i k ověření normality našich dat. Předpoklad normálního rozložení jednotlivých proměnných jsme ověřovali prostřednictvím Shapirova-Wilkova testu, jež je v praxi považován za nejsilnější.

Vzhledem k výsledkům testů normality, které předkládáme v kapitole č. 5.10 Analýza dat a její výsledky, jsme pro statistické ověření hypotéz použili program Statistica 13.4 a jeho Mann-Whitneyho U-testu s korekcí na spojitost. Tímto statistickým testem jsme se snažili ověřit účinnost dvouměsíčního mindfulness programu ve srovnání s kontrolní skupinou. Statistickým ověřením na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ jsme se snažili prokázat, že byla účinnost treatmentu v podobě nižších naměřených proměnných významná pouze u skupiny experimentální. K ověření hypotéz druhé oblasti jsme použili Wilcoxonův párový test. Tímto testem jsme ověřovali, zdali nezávislé proměnná, v podobě dvouměsíčního mindfulness meditace, vedla ke statisticky významné změně ve zkoumaných závislých proměnných depresi a disociaci u participantů tohoto programu. Předloženým testem jsme srovnávali obdržené hrubé skóre u experimentální skupiny jak v pretestu, tak v posttestu.

5.9 Etické aspekty výzkumu

Studie této rigorózní práce brala v potaz náležité etické aspekty, jež jsou nezbytné v souvislosti se zvoleným výzkumným designem.

Participantů do výzkumu této rigorózní práce vstupovali na základě vlastní dobrovolnosti. Byli obeznámeni, že mají možnost kdykoliv z výzkumu vystoupit, aniž by museli udávat důvod. Při výběru participantů jsme stanovili podmínku, že se musí jednat o naprosté začátečníky v oblasti mindfulness meditace. Další podmínkou byla skutečnost, že se nejedná o klinické pacienty neboli jedince, kteří se léčí s jakoukoliv psychickou nemocí. Také jsme do výzkumu nezahrnovali osoby s traumatickými obtížemi či celkově jedince, kteří se necítí být plně zdraví. V průběhu prvního informačního online setkání jsme participanty seznámili se základními a potřebnými informacemi o mindfulness. Rovněž byli obeznámeni, že námi sestavený osmitýdenní program rozvoje všímavosti nepředstavuje léčbu. Ve výzkumu této práce jsme se tak zaměřovali na neklinickou populaci.

V průběhu osmi týdnů trvajících programu rozvoje všímavosti jsme se všemi účastníky udržovali pravidelný kontakt. Nevídali jsme se tedy pouze v rámci skupinových každotýdenních setkání rozvoje všímavosti. Navíc jsme byli s každým participantem zvláště v pravidelném telefonickém kontaktu nebo kontaktu skrze různé online platformy. Cílem těchto individuálních setkání bylo zjišťovat, jestli účastníci výzkumu skutečně meditují, zdali nemají případné dotazy či připomínky, ale především zdali v jejich životech nedochází k extrémně stresujícím a neobvyklým situacím (viz úmrtí rodinného příslušníka, ztráta zaměstnání atd.). I když máme absolvovaný výcvik v krizové intervenci, tak nám profesionální psychoterapeutickou a klinickou záštitu činil vedoucí původní diplomové práce, kterou tato rigorózní rozpracovává. Ten byl připravený v případě potřebných okolností terapeuticky zakročit.

Všichni participantů výzkumu stvrdili svým souhlasem, že smíme obdržená data použít k výzkumným účelům práce. Participantů byli řádně poučeni o obsahu a průběhu výzkumu. Svůj souhlas o participování se na naší studii provedli v online dotaznících, jež sloužili ke sběru výzkumných dat v období celonárodní karantény. Respondentům bylo rovněž sděleno, že se na výzkumné studii podílí bez nároku na finanční odměnu. Participantů se do výzkumu přihlásili na základě vlastní dobrovolnosti. Chtěli se tak seznámit s populárním termínem mindfulness, jeho praktickým využitím a pozitivními dopady, jež přináší.

Sběr výzkumných dat byl anonymizován. Participanti si sami sestavovali svůj jedinečný kód, který se skládal z příjmení jejich matky, když byla svobodná a posledních dvou čísel jejich roku narození (např. Kopecká95). Tento speciální kód zadávali opětovně při vyplňování baterie dotazníků v posttestu. Participanti nám žádné jiné údaje, jež by mohly odkrýt jejich identitu, neposkytovali. Kromě unikátního kódu a vyplnění baterie dotazníkových metod nám respondenti poskytli pouze údaje o svém pohlaví, věku a nejvyšším dosaženém vzdělání. Participantům, kteří by měli zájem, jsme nabídli individuální zpracování výsledků jimi vyplněných dat a případné poskytnutí výsledné zprávy.

Výzkumem této práce jsme směřovali k praktické využitelnosti a prospěšnosti mindfulness meditace u našich participantů, jejíž blahodárné dopady jsou výzkumem ověřeny a popsány v teoretické části práce. V průběhu celého výzkumu jsme kladli důraz na dodržování pravidla: „Primum non nocere,“ čili hlavně nepoškodit- v našem případě participanta. Udržení práce v mantinelech tohoto pravidla jsme se snažili skrze průběžné reflektování a pravidelné supervize u vedoucího původní diplomové práce. S ním jsme probírali dosavadní výzkumné kroky a hovořili o krocích následujících. Od vedoucího původní práce jsme následně přijímali jeho postřehy a připomínky, jež nám dopomáhaly udržet výzkum v souladu se stanoveným pravidlem.

Participanty jsme kromě učení mindfulness meditace skrze formální a neformální praxe edukovali v teoretických základech a postulátech. V případě zájmu či potřeby hlubšího nahlédnutí do problematiky jsme je odkazovali na odborné publikace, ze kterých jsme sami vycházeli, viz Benda, Kabat-Zinn či William a Penman atd.

V průběhu celého výzkumu této práce jsme apelovali na dodržování výše předložených etických zásad.

5.10 Analýza dat a její výsledky

V souvislosti s výzkumným problémem jsme stanovili výzkumné cíle a poté samotné hypotézy této rigorózní práce, jež se snažíme výzkumně ověřit. V této části práce předkládáme učiněné statistické analýzy dat, které jsou potřebné pro interpretaci výsledných závěrů práce. Touto statistickou analýzou ověřujeme vliv nezávislé proměnné v podobě osmitýdenního mindfulness programu na stanovené proměnné závislé, které představují depresivní a disociativní symptomy. Protože jsme výzkumné hypotézy rozdělili do dvou skupin dle vnitrosubjektového a mezisubjektového designu, zohledňujeme tuto skutečnost i zde a data analyzujeme popořadě.

Dříve než budeme moci přistoupit k samotnému statistickému ověření stanovených hypotéz, uvedeme si zde ověření předpokladu normálního rozdělení získaných dat. Dále nás bude zajímat skutečnost rozdílnosti či podobnosti výchozích dat v samotném pretestu u skupiny experimentální a kontrolní.

5.10.1 Ověření předpokladu normálního rozdělení dat

Dříve než jsme zvolili patřičné statistické testy k ověření výzkumných hypotéz, provedli jsme kontrolu normálního rozdělení obdržných dat. Ověření normality dat jsme učinili na získaných údajích skupiny experimentální i kontrolní jak v pretestu, tak posttestu, dle jednotlivých zkoumaných proměnných deprese i disociace. K tomuto ověření jsme došli prostřednictvím Shapiro-Wilkova testu na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Celkem jsme tímto testem provedli osm výpočtů. Rovněž jsme si k jednotlivým výpočtům testu normality vygenerovali histogramy získaných dat, kde nás zajímalo znázorněné normální rozdělení. Vypočtené p-hodnoty uvádíme v následujících tabulkách 8 a 9.

Tabulka uvádějící získané p-hodnoty Shapiro-Wilkova testu o normálním rozdělení dat na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u skupiny experimentální o celkovém rozsahu $n = 39$.

Experimentální skupina		
Proměnná	p-hodnota	
	Pretest	Posttest
Deprese	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Disociativní zkušenost	$p < 0,01$	$p < 0,01$

Tabulka 8 Test normálního rozdělení dat u experimentální skupiny

Níže uvádíme tabulku, jež obsahuje získané p-hodnoty Shapiro-Wilkova testu o normálním rozdělení dat na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ u kontrolní skupiny ($n = 39$):

Kontrolní skupina		
Proměnná	p-hodnota	
	Pretest	Posttest
Deprese	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Disociativní zkušenost	$p < 0,01$	$p < 0,01$

Tabulka 9 Test normálního rozdělení dat u kontrolní skupiny

Vzhledem k uvedeným výsledkům testů normality, dále i k přihlédnutí nižšího rozsahu výzkumného souboru, kde jak experimentální, tak kontrolní skupina má $n = 39$ a také zobrazeným histogramům dat, jež normálnímu rozdělení neodpovídaly, jsme se nakonec rozhodli podrobit všechny výzkumné hypotézy statistickému testování pomocí metod neparametrické statistiky.

5.10.2 Kontrola podobnosti výchozích proměnných v pretestu

Kromě zjištění normálního rozdělení dat nás před samotným ověřením výzkumných hypotéz čekal ještě jeden krok. Zajímala nás skutečnost, jestli pracujeme alespoň s přibližně podobnými skupinami. Snažili jsme se zjistit, zdali existují výrazně markantní rozdíly ve výzkumných datech získaných v pretestech mezi skupinou experimentální a kontrolní. Tento krok provádíme z důvodu kontroly, jestli jsme po dobu celého výzkumu opravdu pracovali s přibližně shodnými skupinami, které se podobají v naměřených hodnotách zkoumaných proměnných.

Důvodem tohoto procesu je snaha předejít případnému zkreslení dat, jež může vzniknout kvůli zvolenému kvaziexperimentu. Kvaziexperiment totiž opomíjí proces náhodného rozdělení participantů do skupiny experimentální a kontrolní a z těchto příčin mohou být obě skupiny více nesourodé (např. kontrolní skupina vykazuje významně vyšší míru depresivity než skupina experimentální v pretestu). Ke kontrole této skutečnosti jsme použili deskriptivní statistiku v programu Statistica. Níže předkládáme tabulky deskriptivních statistik 10 a 11 ze získaných dat Beckovy škály deprese u skupiny experimentální ($n = 39$) a kontrolní ($n = 39$) naměřené v pretestu.

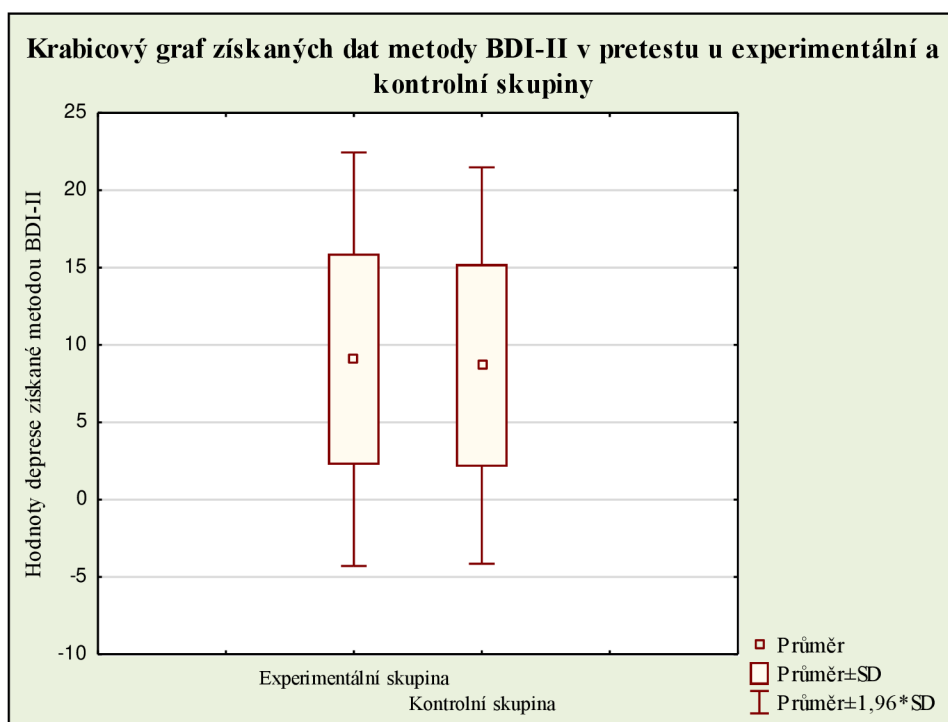
Metoda	Deskriptivní statistiky získaných dat metodou BDI-II u experimentální skupiny v pretestu					
	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
BDI-II	39	9,08	8	0	26	6,82

Tabulka 10 Deskriptivní statistiky dat metody BDI-II u experimentální skupiny v pretestu

Metoda	Deskriptivní statistiky získaných dat metodou BDI-II u kontrolní skupiny v pretestu					
	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
BDI-II	39	8,67	7	0	25	6,54

Tabulka 11 Deskriptivní statistiky dat metody BDI-II u kontrolní skupiny v pretestu

Níže předkládáme krabicový graf, jenž přehledněji zobrazuje srovnání získaných dat metodou BDI-II v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní. Je tak přehledným doplněním výše uvedených deskriptivních statistik.



Graf 3 Krabicový graf dat BDI-II v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní

Vzhledem k výše předloženým deskriptivním statistikám ve zkoumané proměnné deprese u skupiny experimentální a kontrolní v pretestu, a také přiloženému krabicovému grafu můžeme prohlásit, že obě skupiny dosahovaly přibližně stejných údajů bez značných odlišností v pretestu.

Níže uvádíme rovněž tabulky deskriptivních statistik 12 a 13 ze získaných dat Škály disociativních zkušeností, kdy nás zajímala podobnost naměřených výchozích hodnot u skupiny experimentální a komparativní v pretestu.

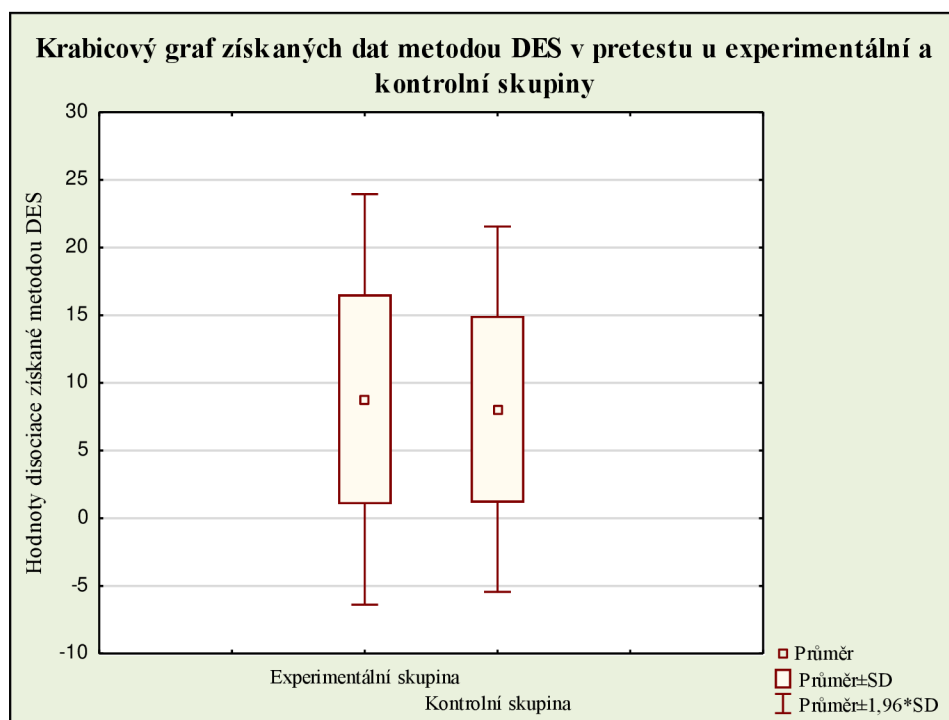
Metoda	Deskriptivní statistiky získaných dat metodou DES u experimentální skupiny v pretestu					
	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
DES	39	8,78	7,41	0	25,45	7,74

Tabulka 12 Deskriptivní statistiky dat metody DES u experimentální skupiny v pretestu

Metoda	Deskriptivní statistiky získaných dat metodou DES u kontrolní skupiny v pretestu					
	Počet	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Směr. odchylka
DES	39	8,06	7,84	0	26,12	6,89

Tabulka 13 Deskriptivní statistiky dat metody DES u kontrolní skupiny v pretestu

Také k těmto údajům přidáváme pro větší názornost krabicový graf zobrazující naměřené hodnoty disociace metodou DES v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní.



Graf 4 Krabicový graf dat DES v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní

Vzhledem k předloženým deskriptivním statistikám, jakož i přiloženým krabicovým grafům zobrazujícím získané hodnoty deprese a disociace u obou skupin můžeme tvrdit,

že jak skupina komparativní, tak skupina experimentální dosahovala podobných hodnot bez diametrálních rozdílů v pretestu. K tomuto předpokladu docházíme nejen na základě výše předložených údajů o podobnostech dat před započítáním kvaziexperimentálního zásahu, ale rovněž z demografických údajů obsažených v kapitole č. 5.7 Výzkumný soubor. Respondenti v experimentální i kontrolní skupině se totiž podobají ve věkovém zastoupení, v genderové příslušnosti a nejvyšším dosaženém vzdělání. Vycházíme tak z těchto údajů a předpokládáme, že se jedná o výzkumné skupiny s minimálními odlišnostmi.

5.10.3 Statistická analýza dat hypotéz první oblasti

Dříve než učiníme analýzu dat první a druhé výzkumné hypotézy, jež předpokládají rozdílné naměřené hodnoty u skupiny experimentální a kontrolní, uvádíme zde kroky, které tomu předcházely.

Obdržená data z metody Beckův inventář deprese a Škála disociativních zkušeností jsme přenesli do programu Microsoft Office Excel, kde jsme je dále upravovali. Výsledkem byla přehledně seřazená data v několika sloupcích. Jednalo se o sloupce s naměřenými daty předkládajícími vypočtené hrubé skóry pro skupinu experimentální a komparativní v pretestu i posttestu jednotlivých zkoumaných proměnných. Celkem jsme vytvořili osm sloupců hrubých skóru. S těmito upravenými údaji dle stanovených hypotéz jsme poté pracovali v programu Statistica.

Pro potřeby statistické analýzy dat hypotéz jedna a dva pro nás byly důležité hrubé skóry u skupiny komparativní i experimentální jak v pretestu, tak posttestu. Tyto hypotézy se zabírají předpokladem samotné účinnosti osmítýdenního mindfulness programu, a proto porovnáváme zlepšení mezi skupinami v měřených proměnných. Zlepšení je vyjádřeno rozdílem vypočtených mediánů v prvním a druhém měření dat Beckova inventáře deprese a Škály disociativních zkušeností. V následujících výpočtech se snažíme zjistit, zdali byl mindfulness program účinný a jestli se jeho účinnost promítla v očekávaném směru naměřených dat pouze u experimentální skupiny.

V kapitole 5.10.1 Ověření předpokladu normálního rozdělení dat jsme se věnovali normálnímu rozdělení získaných hodnot použitých metod. Na základě provedených výpočtů, generovaných histogramů a nízkého rozsahu výzkumného souboru jsme se rozhodli použít neparametrické metody statistiky. Výzkumné hypotézy první oblasti, kam spadá první a druhá hypotéza, jsme podrobili statistické analýze za použití Mann-Whitneyova U-testu, jež je neparametrickou obdobou t-testu pro dva nezávislé

výběry. Vybraný statistický test nám umožňuje zaznamenat, zdali obdržená data z experimentální skupiny ($n = 39$) nabývají vyšších hodnot než data z komparativní skupiny ($n = 39$).

Nyní zde postupně uvedeme jednotlivé výpočty dle výzkumných hypotéz 1 a 2.

HYPOTÉZA 1

H1: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

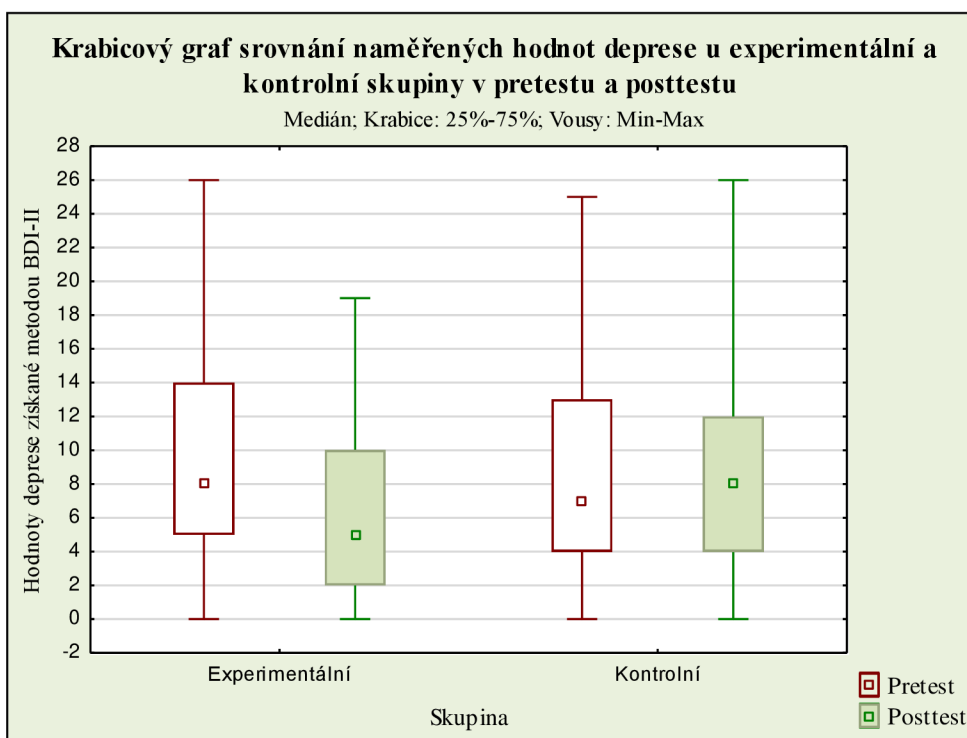
Dle výzkumné hypotézy předpokládáme, že participanti mindfulness programu budou vykazovat nižší míru naměřených hodnot Beckovým inventářem deprese než participanti v komparativní skupině. Velikost obou skupin byla stejná. Jak kontrolní, tak experimentální skupina se $n = 39$. Směrodatná odchylka získaných dat posttestů je u skupiny experimentální 5,22 a u skupiny komparativní 6,23. Za použití Mann-Whitneyova U-testu s korekcí na spojitost jsme došli k následujícím statistickým výsledkům: Součet pořadí experimentální skupiny = 1325; Součet pořadí kontrolní skupiny = 1756; $U = 545$; Z upravené = -2,16; $p = 0,03$; $AUC = 0,36$.

Předložená hodnota AUC vyjadřuje pravděpodobnost skutečnosti, že náhodně zvolený respondent z experimentální skupiny v posttestu bude dosahovat vyšších hodnot deprese naměřených Beckovým inventářem deprese než náhodně zvolený respondent ze skupiny kontrolní v posttestu. Pokud jsou zaměřené hodnoty v obou skupinách stejné, bude hodnota AUC rovna 0,5 a nalezený efekt je nulový. AUC s hodnotou 1 či 0 poté znamená maximální možný efekt (Rice & Grant, 2005). V našem případě hovoříme o pravděpodobnosti 36 %. O vyšších naměřených hodnotách deprese u skupiny kontrolní oproti experimentální nás dále informuje vypočtený součet pořadí.

Níže přidáváme krabicový graf č. 5 z důvodu názornějšího zobrazení dat. Graf porovnává naměřené hodnoty deprese u skupiny komparativní a experimentální v pretestu i posttestu. V souvislosti s předloženými výsledky statistického testu pojednávajícího o rozdílu mezi skupinou kontrolní a experimentální nás v krabicovém grafu budou zajímat rozdíly v naměřených mediánech mezi skupinami. Medián v kontrolní skupině v pretestu je roven hodnotě 7 a v posttestu 8. U skupiny kontrolní tak můžeme pozorovat zhoršení depresivní symptomatiky oproti prvnímu měření. U skupiny experimentální

zaznamenáváme změnu mediánu o 3 skóry v předpokládaném směru. Medián v posttestu je roven 8 bodů u skupiny komparativní, zatímco u skupiny experimentální je medián roven 5 bodů. Graf nám také předkládá nejnižší a nejvyšší naměřené hodnoty u obou skupin.

Výsledky statistického ověření hypotézy H1 přinesly uvedenou hodnotu $p = 0,03$. Tato p-hodnota je menší než námi zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Uvedené statistické výsledky včetně níže předloženého krabicového grafu podporují naše očekávání o dosažení nižších hodnot deprese měřené Beckovým inventářem deprese u experimentální skupiny v posttestu. Na základě této skutečnosti hypotézu H1 přijímáme.



Graf 5 Krabicový graf hodnot deprese kontrolní a experimentální skupiny v pretestu i posttestu

HYPOTÉZA 2

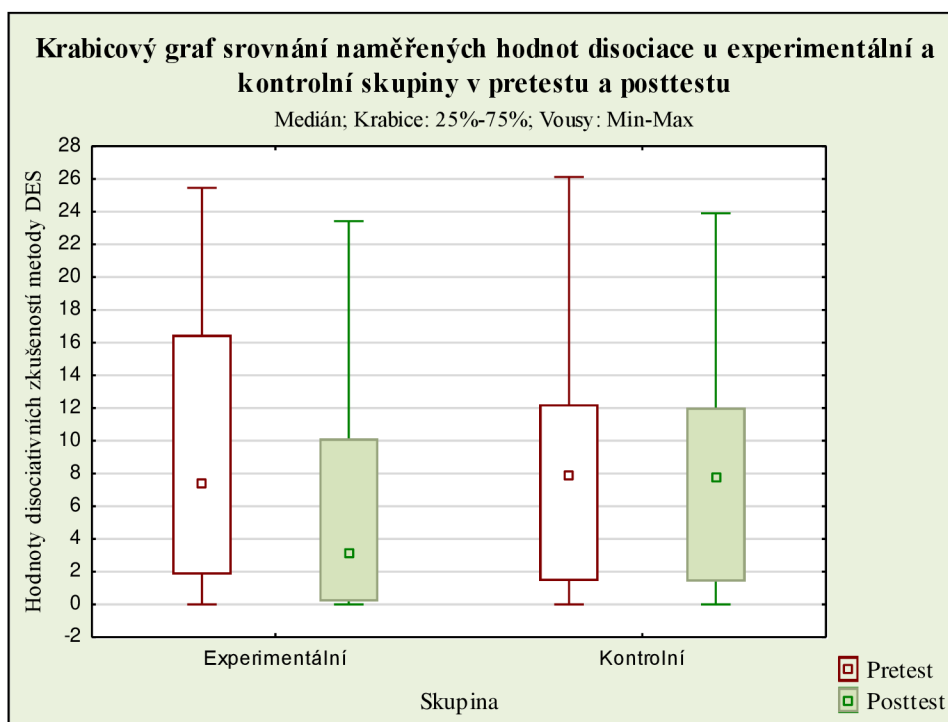
H2: Participanti osmítýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

V souvislosti s touto hypotézou očekáváme, že participanti mindfulness programu budou dosahovat nižších hodnot disociace měřené Škálou disociativních zkušeností než respondenti ve skupině komparativní. Také ve statistické analýze těchto dat jsme pracovali se stejnými rozsahy skupin. Jak komparativní, tak experimentální skupina má $n = 39$.

Směrodatná odchylka naměřených dat v posttestech je u experimentální skupiny 6,24 a u skupiny komparativní 6,62. Výsledky statistických testů, jež ověřují výzkumnou hypotézu za pomoci Mann-Whitneyova U-testu s korekcí na spojitost přinesly tyto hodnoty: Součet pořadí experimentální skupiny = 1341,50; Součet pořadí kontrolní skupiny = 1739,50; U = 561,50; Z upravené = -1,98; p = 0,04; AUC = 0,37.

Uvedená hodnota AUC znamená pravděpodobnost, že náhodně vybraný respondent z experimentální skupiny bude vykazovat vyšší hodnoty naměřené disociace metodou DES v posttestu než náhodně zvolený respondent ze skupiny kontrolní v posttestu. V tomto případě se jedná o pravděpodobnost 37 %.

Také zde uvádíme krabicový graf s číslem 6 pro názornější představu o naměřených hodnotách u obou skupin jak v pretestu, tak posttestu. Graf předkládá nižší naměřené hodnoty disociace v posttestu u experimentální skupiny, kde je medián roven hodnotě 3 oproti komparativní skupině v posttestu s mediánem o hodnotě 8. Graf předkládá rozdíly v mediánech u obou skupin. Změna v naměřených mediánech u kontrolní skupiny je téměř nulová. Skupina experimentální vykazuje snížení hodnoty mediánu o čtyři body v námi předpokládaném směru. Předložené výsledky statistického ověření hypotézy přináší p-hodnotu, jež je menší než stanovená hladina významnosti $\alpha = 0,05$. Vzhledem k této skutečnosti hypotézu H2 přijímáme.



Graf 6 Krabicový graf hodnot disociace metody DES u kontrolní a experimentální skupiny v pretestu i posttestu

5.10.4 Statistická analýza dat hypotéz druhé oblasti

V této kapitole se budeme věnovat statistické analýze dat stanovených hypotéz druhé oblasti. V souvislosti s výzkumnými hypotézami nás budou zajímat pouze naměřená data skupiny experimentální před výzkumným zásahem v podobě dvouměsíčního mindfulness programu a po něm. Tato kapitola předkládá analýzu dat ověřující výzkumnou hypotézu jedna a dva. Obě stanovené hypotézy předpokládají účinnost dvouměsíčního rozvoje všímavosti na zkoumané proměnné depresi a disociaci, jež spolu souvisí. Také zde se budeme zajímat o změnu naměřených dat v pretestu a posttestu, ovšem tentokrát pouze u skupiny, která se mindfulness programu účastnila. Vzhledem ke skutečnosti, že operujeme s daty, jež nedisponují normálním rozdělením, budeme i tyto hypotézy ověřovat prostřednictvím neparametrických statistických metod. Budeme používat Wilcoxonův párový test, který je neparametrickou obdobou párového t-testu. Zvoleným testem zjišťujeme statisticky významný rozdíl mezi pretestem a posttestem u jedné skupiny. Předpokládali jsme statisticky významně nižší naměřené hodnoty v posttestu u depresivních a disociativních symptomů.

Nyní přejdeme k jednotlivým provedeným výpočtům dle stanovené hypotézy H3 a poté H4.

HYPOTÉZA 3

H3: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu oproti pretestu.

Výsledky testové statistiky ověřující hypotézu H3 prostřednictvím Wilcoxonova párového testu uvádíme v následující tabulce číslo 14.

Pár proměnných Experimentální skupiny	Wilcoxonův párový test			
	Počet různých	T	Z	p
Pretest & Posttest deprese	34	61,50	4,03	p < 0,001

Tabulka 14 Wilcoxonův test hodnot deprese u pretestu a posttestu

Protože nás dále zajímá, zdali došlo ke změně hodnot deprese v námi očekávaném směru, odkazujeme na výše předložený krabicový graf s číslem 5. V tomto grafu můžeme

vidět kromě porovnání hodnot deprese u skupiny experimentální a komparativní samotnou účinnost treatmentu u skupiny, která se účastnila programu rozvoje všímavosti. V grafu můžeme nalézt přehledně zobrazený rozdíl v naměřených mediánech hodnot deprese, kdy je tento rozdíl 3 body. Experimentální skupina má tedy v pretestu medián o hodnotě 8 bodů, zatímco v posttestu 5 bodů. Uvedený krabicový graf znázorňuje snížení depresivních symptomů v podobě získaných dat v posttestu oproti pretestu metodou Beckova inventáře deprese. Dle předložených výsledků je tento rozdíl statisticky významný. Na základě uvedených informací, jež se opírají o výsledky statistické analýzy, můžeme hypotézu H3 přijmout.

HYPOTÉZA 4

H4: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu oproti pretestu.

Rovněž zde předkládáme výsledné hodnoty ověřující stanovenou hypotézu za použití Wilcoxova párového testu v tabulce číslo 15. Výsledná hodnota $p < 0,001$ je menší než hladina významnosti $\alpha = 0,05$, která byla stanovena. Vzhledem k této skutečnosti hypotézu H4 přijímáme.

Pár proměnných Experimentální skupiny	Wilcoxův párový test			
	Počet různých	T	Z	p
Pretest & Posttest disociace	38	3	5,33	$p < 0,001$

Tabulka 15 Wilcoxův test hodnot disociace u pretestu a posttestu

Rovněž i zde se můžeme pro názorné zobrazení obdržných dat v pretestu a posttestu u experimentální skupiny podívat do krabicového grafu číslo 6. Graf znázorňuje odlišné získané údaje v mediánech v pretestu a posttestu. Rozdíl naměřených mediánů činí 4 body. V pretestu můžeme pozorovat medián větší než 7 bodů, zatímco v posttestu má hodnotu 3 bodů. Předložený krabicový graf zobrazuje pokles naměřených dat disociace prostřednictvím metody DES v posttestu oproti pretestu u skupiny experimentální. Zaznamenaný rozdíl v očekávaném směru je vzhledem k výsledku vypočteného testu statisticky významný. Výzkumnou hypotézu H4 tedy přijímáme.

5.10.5 Platnost hypotéz

Vraťme se v této kapitole ke stanoveným výzkumným hypotézám, jejichž podkladem jsou výzkumné cíle rigorózní práce. Vzhledem k počtu hypotéz a jejich rozdělení do dvou výzkumných oblastí zde pro větší přehlednost předkládáme rozhodnutí o každé stanovené hypotéze zvlášť. Učiněná rozhodnutí vycházejí z výsledků statistické analýzy uvedených v předchozí kapitole.

H1: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

Vzhledem k předloženým statistickým výsledkům smějíme prohlásit, že participanti dvouměsíčního mindfulness programu vykazovali nižší hodnoty naměřené deprese v posttestu než participanti ve skupině komparativní v posttestu. Hypotézu H1 přijímáme.

H2: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu než probandi ve skupině kontrolní v posttestu.

Také u této hypotézy nám uvedené statistické výsledky dovolují tvrdit, že participanti programu rozvoje všímavosti dosahovali významně nižších hodnot disociace měřené metodou DES v posttestu než účastníci skupiny kontrolní v posttestu. Hypotézu H2 také přijímáme.

H3: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru depresivních symptomů měřenou Beckovým inventářem deprese po absolvování programu oproti pretestu.

Výsledky statistického testu nám dovolují prohlásit, že účastníci programu rozvoje všímavosti vykazují významně nižší hodnoty deprese v posttestu oproti pretestu. Hypotézu H3 proto přijímáme.

H4: Participanti osmitýdenního programu rozvoje všímavosti vykazují nižší míru disociativních symptomů měřenou Škálou disociativních zkušeností po absolvování programu oproti pretestu.

Také zde výsledky statistického testu prokazují, že participanti dvouměsíčního mindfulness programu vykazují významně nižší hodnoty disociativních symptomů v posttestu oproti pretestu. Rovněž hypotézu H4 přijímáme.

6 DISKUZE

V této části se detailněji zaměříme na výsledky rigorózní práce uvedené v předchozích kapitolách. Podíváme se, zdali byly naplněny všechny stanovené cíle práce. Budeme se věnovat interpretaci zjištěných výsledků ověřující výzkumné hypotézy a jejich aktuální přínosnosti. Následně zde zařadíme také zamyšlení se nad limity výzkumu této rigorózní práce. Jelikož jsme měli možnost s participanty intenzivně pracovat po dobu dvou měsíců, narazili jsme na několik zjištění či zajímavostí, nad kterými se zde rovněž zamyslíme.

Empirická část rigorózní práce se zabírala vlivem rozvoje všímavosti na depresivní a disociativní symptomy v období první vlny světové pandemie a vycházela z odborných poznatků této problematiky obsažených v teoretické části práce. Podkladem pro stanovení výzkumných cílů práce byl výzkumný problém zabývající se dopadem globální pandemie na psychické zdraví osob. Zmiňovaný dopad v podobě enormního stresu může být sám dle Praška et al. (2015) spouštěčem depresivních stavů. Rovněž další studie předkládají nárůst depresivní symptomatiky v tomto období, viz Friedman (2021) či Choi et al. (2020). Samotná deprese je autory dávana do souvislosti s disociací. Pozitivní korelaci těchto fenoménů předkládá studie od McCanlies et al. (2017) či Liu et al. (2021). Výzkumná zjištění dále předkládají skutečnost, že depresivní i disociativní symptomy mohou být ovlivněny rozvojem všímavosti, viz Langmuir et al. (2012), Gallegos et al. (2020) či Raj et al. (2019). Walach et al. (2006) přímo tvrdí, že je disociace opakem všímavosti.

Dle výše předložených poznatků zabývajících se obdobným výzkumným problémem nás zajímalo, zdali dvouměsíční rozvoj všímavosti prostřednictvím mindfulness meditace povede u našich participantů ke snížení depresivních a disociativních symptomů v období vypuklé globální pandemie zapříčiněné virovým onemocněním COVID-19.

Na základě výše uvedené výzkumné problematiky jsme sestavili celkem tři výzkumné cíle rigorózní práce. Prvním stanoveným cílem bylo zjistit vliv mindfulness meditace na úroveň deprese u dospělé neklinické populace, která nemá praktickou zkušenost s meditací v kontextu globální pandemie. Druhým cílem je poté prozkoumat vliv mindfulness meditace na úroveň disociace u dospělé neklinické populace, která rovněž nemá žádnou zkušenost s meditační praxí v kontextu globální pandemie.

Vzhledem k nestandardním výzkumným podmínkám v období celonárodní karantény z důvodu světové pandemie byla ještě větší potřeba kontrolovat skutečnost, že k očekávané změně v podobě snížení deprese a disociace dochází na základě absolvovaného mindfulness programu, a nikoliv z příčin intervenujících proměnných. Abychom tuto skutečnost kontrolovali, stanovili jsme další výzkumný cíl, a to výzkumně ověřit, zdali dvouměsíční rozvoj všímavosti vede k významné změně v depresivních a disociativních symptomech pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní.

Naplněním tohoto cíle jsme v kapitole 5.10.3 Statistická analýza dat hypotéz první oblasti začali. Z tohoto výzkumného cíle vycházejí celkem dvě stanovené hypotézy, zařazené do výzkumných hypotéz první oblasti. Hypotézu H1 a H2 jsme v souvislosti s výsledky statistického testu přijali. U stanovené proměnné deprese i disociace jsme zaznamenali statisticky významný rozdíl v naměřených datech mezi skupinou komparativní a experimentální v posttestu. Přijetí těchto výzkumných hypotéz se opírá o předložené p-hodnoty, součet pořadí komparativní a experimentální skupiny a také vypočtenou hodnotu AUC. Dále jsme k učiněným výpočtům přidali krabicové grafy, jež jsou přehledným zobrazením získaných hodnot včetně mediánů. V obou grafech, tedy grafu s číslem 5 a 6 jsou zobrazená získaná data deprese a disociace u skupiny experimentální a kontrolní jak v pretestu, tak posttestu. Krabicové grafy doplňují výsledky statistických výpočtů, kde nám znázorňují patrné rozdíly v naměřených mediánech. U skupiny komparativní byly tyto rozdíly zanedbatelné, zatímco u skupiny, která se účastnila mindfulness programu, došlo k významné změně hodnot deprese a disociace, a to pokaždé v námi předpokládaném směru. Uvedené výsledky statistických testů, jakož i předložené krabicové grafy nám dovolují prohlásit, že sestavený dvouměsíční mindfulness program byl skutečně účinný. Jeho prostřednictvím totiž došlo ke statisticky významnému snížení depresivních a disociativních symptomů pouze u skupiny, která se programu účastnila, a nikoliv u skupiny komparativní.

Po statistickém ověření hypotéz první oblasti a naplnění třetího výzkumného cíle pojednávajícího o projeveném účinku kvaziexperimentálního treatmentu pouze u skupiny experimentální a nikoliv kontrolní, přecházíme k naplnění posledních dvou cílů rigorózní práce. Tyto dva výzkumné cíle jsou podkladem pro stanovené hypotézy z druhé výzkumné oblasti. Jedná se o hypotézu H3 a H4, jež předpokládají, že účastníci experimentální skupiny budou po absolvovaném osmítýdenním mindfulness programu vykazovat statisticky významně nižších hodnot v naměřené depresi a disociaci než před tímto programem. Také obě tyto výzkumné hypotézy jsme v souvislosti s uvedenými výsledky statistického

testování přijali. Kromě předložených p-hodnot, které byly obě menší než hodnota 0,001, jsme odkazovali na příkládané krabicové grafy. V krabicovém grafu s číslem 5 a 6 můžeme vidět naměřený rozdíl mediánů zkoumaných proměnných v prvním a druhém testování u experimentální skupiny. Změna v naměřených hodnotách se projevila v námi očekávaném směru a byla statisticky významná. Vzhledem k těmto předloženým výsledkům smíme tvrdit, že se osmitýdenní program rozvoje všímavosti ukázal být účinný. Zaznamenali jsme totiž u participantů snížení depresivních a disociativních symptomů, které bylo statisticky významné oproti pretestu.

S přihlédnutím na výše uvedené výsledky statistických testů smíme tvrdit, že se intervence v podobě dvouměsíčního programu rozvoje všímavosti ukázala být účinná ve snížení depresivních a disociativních symptomů. Námi předložené výsledky výzkumu jsou v souladu s celou řadou výzkumných tvrzení, které se zabírají podobnou problematikou. Účinnost mindfulness meditace v podobě snížení depresivních symptomů předkládá Barr et al. (2019), Gallegos et al. (2020), Goodyer a Wilkinson (2019), Hazlett-Stevens a Oren (2017), Racey et al. (2018), Raj et al. (2019), dále i Hofmann et al. (2010) či Querstret et al. (2020), kteří učinili metaanalýzu studií zabývající se touto problematikou. Pozitivní dopad pravidelného rozvoje všímavosti na disociativní symptomy zmiňují výzkumné závěry Basleta a Hilla (2011), Bolduc et al. (2018), Koons et al. (2001), Langmuir et al. (2012) či Zerubavel a Messman-Moore (2015).

Studie této rigorózní práce ovšem pracovala ve zcela jiných podmínkách než uvedené výzkumné závěry autorů. Výzkum této práce probíhal v období první vlny globální pandemie v důsledku virového onemocnění COVID-19. Jednalo se o podmínky zcela unikátní a náročně, neboť v tomto období probíhala v České republice plošná karanténa všech obyvatel. Výzkumné výsledky rigorózní práce přinášejí informace o účinnosti a efektivitě osmitýdenního rozvoje všímavosti u participantů v podobě snížení depresivních a disociativních symptomů v průběhu pandemických podmínek. Tyto výsledky korespondují s výzkumnými závěry Sweenyho et al. (2020), jež zmiňují, že se dopad karantény projevil v menší míře psychických potíží u osob, které vykazovaly vyšší všímavost. Dále s výsledky Majeed et al. (2020), kteří zjistili, že je mindfulness důležitým protektivním faktorem bránící vzniku deprese za těchto podmínek. Naše závěry jsou v souladu s podobnou studií Matize et al. (2020), jež probíhala také v období první vlny pandemie a zjistila, že rozvoj všímavosti měl pozitivní dopad na snížení depresivních symptomů a vedl u italských participantů k udržení psychického zdraví. K podobným výsledkům u neklinické populace dospěli také

i Liu et al. (2021) či Zhu et al. (2021). Zatímco můžeme dohledat větší množství výzkumů, jež se vlivem všímavosti na depresi i za pandemických podmínek zabývaly, tak vliv mindfulness meditace na disociativní symptomy postrádá větší výzkumnou oporu. Na tuto skutečnost poukazují Zerubavel a Messman-Moore (2015). Výsledky našeho výzkumu tak alespoň částečně rozšiřují pole poznání v této oblasti.

Výše předložené závěry odborných studií společně s výzkumným závěrem této rigorózní práce shledávají rozvoj všímavosti jako efektivní nástroj v boji proti depresivním a disociativním symptomům rovněž za těchto unikátních podmínek v období první vlny světové pandemie. Našimi závěry se tak přidáváme k tvrzením Behana (2020) a Antonova et al. (2021), jež doporučují aplikování mindfulness meditace právě za těchto pandemických podmínek. Pravidelná meditační praxe všímavosti je nízkonákladovým a výzkumně prokázaným nástrojem, jak období celé pandemie přečkat v psychické pohodě a zdraví.

Jsme si ovšem vědomi, že nemůžeme paušálně tvrdit, že by program rozvoje všímavosti pomohl všem se stejnými výsledky a u všech by byla prokázaná jeho efektivita. Také si uvědomujeme, že hodnoty metody Beckova inventáře deprese nás informují pouze o subjektivním prožitku depresivní symptomatiky. Tato metoda je spíše screeningovou a doplňkovou metodou. Depresivní symptomy u našich participantů nebyly posuzovány objektivními způsoby, ale vycházeli jsme z jejich subjektivního prožívání.

Dále si uvědomujeme, že jsme se zaměřovali na neklinickou populaci, kdy v našem výzkumném souboru průměrné hodnoty neodpovídaly klinické závažnosti ani v depresi ani v disociaci. Průměrná hodnota deprese se v pretestu pohybovala kolem skóru 9, což dle metody BDI-II odpovídá minimální či žádné depresi. Maximální naměřené hodnoty deprese se pohybovaly ve středně těžké depresi. Průměrná hodnota disociace se v pretestu u obou skupin pohybovala kolem skóru 8. Maximální naměřené hodnoty měly skór 26. Naše konečné výsledky by mohly být zcela jiné, pokud by se průměrné hodnoty naměřené deprese a disociace pohybovaly ve vyšších číslech. Při celkové interpretaci výsledků tak musíme být obezřetní, jelikož se samotná pandemická situace mohla u našich účastníků výzkumu projevovat zcela jiným způsobem, než tomu bylo u zkoumané populace. Uvědomujeme si vícero skutečností, proč bychom měli být opatrní při striktním konstatování, že náš program rozvoje všímavosti představuje efektivní metodou ve snížení deprese a disociace a je tak účinným nástrojem v zachování psychického zdraví za pandemické situace.

V souvislosti s informacemi uvedenými v teoretické části čelíme riziku, že jsme z důvodu naměřených nižších průměrných hodnot deprese a disociace u našich participantů nezaznamenávali tyto fenomény v jejich čisté podobě. Průměrný naměřený skóre deprese totiž nevykazuje depresivní problematiku. Spíše bychom zde hovořili o běžné zátěži a psychické nepohodě, jež nedosahuje závažnosti depresivní poruchy. Podobně je tomu u zaznamenané disociativní zkušenosti. Bernstein a Putnam (1986) totiž tvrdí, že výsledné DES skóre u neklinické populace vypovídá spíše o tendenci k absorpci, dennímu snění a imaginativnosti. Naopak až u klinické populace psychiatrických pacientů toto skóre bude vypovídat o disociativních procesech. Waller et al. (1996) však tvrdí, že se běžná disociace vyznačuje onou absorpcí a imaginativním zaujetím. Jedná se o disociativní fenomény, které do určité míry zažívá každý člověk. Je tedy možné, že bychom podobných výsledků v oblasti redukce depresivních a disociativních symptomů nedosáhli, pakliže by naši respondenti vykazovali vyšší naměřené hodnoty těchto proměnných. Vycházíme však z poznatků celé řady obdobných studií, které do svých výzkumných souborů rovněž nezahrnovali klinické pacienty, viz Matiz et al. (2020), Liu et al. (2021), Querstret et al. (2020) či Zhu et al. (2021). Při konečné interpretaci našich výsledků je důležité mít tuto skutečnost na paměti.

Další z limitů rigorózní práce, na který musíme poukázat je typ zvoleného způsobu získání participantů výzkumu. Respondenti se totiž do této studie hlásili na základě vlastní dobrovolnosti. Takto vybraní respondenti se mohou podobat v celé řadě vlastností, čímž se můžou odlišovat od výzkumné populace neklinických jedinců. Může se jednat například o motivovanost a touhu po změně či také větší zainteresovanost o psychické fenomény a duševní zdraví. Participantů experimentální skupiny, jež se nám do výzkumu sami přihlásili, museli pravidelně medítovat. Jejich motivovanost byla důležitým předpokladem k setrvání ve výzkumném souboru po celých osm týdnů. Tato skutečnost se projevila v náročnějším získání participantů do experimentální skupiny, ale i mortality několika z nich v průběhu samotného výzkumu. Značná motivace, které bylo u participantů potřeba, na což upozorňuje také Kabat-Zinn (2015), mohla být samotným zdrojem rozdílu od zkoumané populace. K výběru participantů do experimentální skupiny na základě vlastní motivovanosti došlo z potřeby účastníků, kteří skutečně budou po celou dobu dvou měsíců vykonávat meditační praxi. Dále však z důvodu náročnějšího obstarání participantů v období časově limitujícím z důvodu první vlny globální pandemie. Proto jsme také neapelovali na vyváženosti výzkumného souboru v genderovém zastoupení, věku a dosaženém vzdělání. V experimentální skupině byly převážně ženy o průměrném věku 27,6 let s dosaženým

vysokoškolským vzděláním. Vzhledem k těmto nerovnoměrným charakteristikám nemůžeme výzkumné závěry dosažené na našem výzkumném souboru, označit za reprezentativní pro širokou populaci.

Participantů výzkumu se kromě výše probírané motivace mohli lišit v samotné zkušenosti s všímavostí. Přesto, že jsme kladli důraz na výběr participantů, jež nemají žádnou zkušenost s meditací, mindfulness, jógou či pravidelným praktikováním relaxačních technik, musíme v této věci důvěřovat našim participantům a jejich vyplněnému čestnému prohlášení. Problematická je v této oblasti skutečnost, že se meditační či všímavá praxe a zkušenost nemusí projevovat v pravidelném meditování a aplikaci formálních mindfulness technik. Participantů mohli pravidelně aplikovat všímavost v praxích neformálních, aniž by o tom věděli. Ale již samotné větší zainteresování svou mentalitou, vnitřními procesy a pravidelné seberefektování představují jevy, prostřednictvím kterých mohou být participantů umístění do experimentální skupiny v aplikování všímavosti zdatnější než celková zkoumaná populace. Shledáváme však, že rovněž uvedené studie v teoretické části práce zabývající se podobnou problematikou, ponechaly dobrovolné zařazení participantů do experimentální skupiny. Vhodným řešením možného zkreslení dat v důsledku odlišných charakteristik participantů experimentální skupiny, by bylo zvolení experimentu, kde bychom participantů rozdělili na dvě skupiny. Obě tyto skupiny by podstoupily výzkumný zásah v podobě osmítýdenního rozvoje všímavosti, ovšem jedna z nich by nám vždy sloužila jako kontrolní a programu se neúčastnila. Jednalo by se o ideální volbu, pokud bychom výzkum plánovali opětovně realizovat.

Další limit této práce představuje zvolený kvaziexperiment. Ten totiž opomíjí náhodné rozdělení participantů výzkumu do skupiny komparativní a experimentální. Také tento krok má podobné důvody jako výše uváděná dobrovolnost participace na studii. Ve skupině participantů, jež podstoupili kvaziexperimentální zásah, jsme potřebovali motivované jedince k pravidelné meditační praxi všímavosti. Do skupiny kontrolní nám stačilo získat jedince, kteří dvakrát vyplní baterii dotazníků. V kapitole číslo 5.10.2 Kontrola podobnosti výchozích proměnných v pretestu se zabýváme podobností obou skupin ve zkoumaných proměnných před započítáním výzkumu, kdy docházíme k zjištění minimálních rozdílů ve stanovených proměnných. Předpokládáme, že se tak jednalo o skupiny se zanedbatelnými rozdíly i přes použití kvaziexperimentu.

Mezi další limity výzkumu této práce zařazujeme samotné mindfulness praktikování účastníků osmítýdenního programu. Jsme si vědomi rizik a nejednotnosti podmínek pro

všechny respondenty studie. Jelikož jsme disponovali větším množstvím participantů v experimentální skupině, tak jsme pravidelná online setkávání nečinili se všemi participanty najednou. Účastníky programu jsme rozdělili do čtyř skupin. Každý z participantů měl však následně možnost zapsat se do dané skupiny na následující týden dle svých časových možností. Skupiny se tedy svými účastníky každý týden obměňovaly. Všichni participant online setkávání od nás dostali totožné instrukce z připravených poznámek a prezentací. Neočekávali jsme tak, že by skutečnost nesourodých skupin měla mít zásadní vliv na rozvoj všímavosti a získaná data. Jsme přesvědčeni, že efektivnost našeho programu rozvoje všímavosti nebyla v jednotlivých online setkáních, nýbrž v pravidelném aplikování mindfulness technik účastníků mimo naše setkání. Zastáváme tvrzení Kabata-Zinna (2015), že již pravidelné praktikování mindfulness třeba jen na pět minut denně, může vést k očekávaným změnám v podobě vyššího psychického zdraví. Pravidelná všímavá praxe v životech participantů byla více důležitá než samotné online setkávání. Zde se ovšem dostáváme k dalšímu riziku této studie. Každý participant aplikoval mindfulness meditaci ve svém čase a prostoru, který jsme mohli hůře kontrolovat a ověřovat. K této kontrole měl posloužit pravidelný kontakt, který jsme s účastníky výzkumu udržovali, více o tom v kapitole č. 5.6 Průběh výzkumu.

Dalším možným rizikem ohrožení validity získaných dat je vědomé či nevědomé zlepšení u účastníků výzkumu z příčin jejich očekávání a vyhovění účelům studie. Celé dva měsíce se museli participant účastnit pravidelných setkávání a byla od nich požadovaná mindfulness praxe i mimo tato setkání. Mohla se u nich projevit i nevědomá touha po zlepšení v měřených proměnných, když už věnovali velkou část svého času mindfulness meditaci. Rovněž použité metody k zaznamenání deprese a disociace se ptají na fenomény způsobem, jejichž cíl je viditelný i laikovi. Příkladem může být položka z metody DES uváděná v tabulce číslo 3 v kapitole 5.5.2 Dissociative experiences scale (DES). Tato položka se ptá na zkušenost s fenoménem, kdy si jedinec nepamatuje nic ze své jízdy automobilem. Jedná se přitom o oblast, která byla přímo zahrnuta do mindfulness technik pod názvem všímavá procházka, kde měli participant za úkol praktikovat plně vědomé procházky či cesty do práce/školy. Participant se tak při opětovném vyplňování metody v posttestu setkali s položkami, o kterých mohli tušit, že jsou opakem všímavosti, a že se s námi po celou dobu osmi týdnů snažili o praktikování pravého opaku. Nehledě na pravdivost jejich skutečné zkušenosti s fenoménem mohli snáze vytušit záměr a vyplnit metodu DES v očekávaném směru zlepšení. Již tento samotný kontakt se skupinou

experimentální mohl představovat určité ovlivnění sledovaných proměnných oproti skupině kontrolní. Měli jsme snahu být v kontaktu rovněž se skupinou komparativní, přesto, že nepodstupovali výzkumný zásah. V ohrožení získaných dat z uváděných příčin jsme nuceni důvěřovat pravdivosti výpovědí našich participantů.

Ke zkreslení dat mohlo dojít nejen ze strany našich participantů. Jsme si vědomi také našich výzkumných záměrů a celkového času, který jsme věnovali celému výzkumu s participanty. Mohlo se zde projevit i naše nevědomé přání o efektivitě podrobně nastudovaného a námi samotnými osvědčeného rozvoje všímavosti. Mohli jsme tak necíleně hodnotit a přizpůsobovat výsledky našim hypotézám. Řešením tohoto ohrožení by mohlo být zvolení trojitě nebo totálně zaslepeného experimentu, který kromě zaslepení účelu studie participantům zaslepuje i nám samotným statistické zpracování dat.

Další zaznamenané ohrožení výzkumu představuje samotné vyplnění dotazníků. To vyžadovalo introspektivní zamyšlení se nad svou náladou, sebevnímáním či disociativní zkušeností, jež mohlo samotné vést k touze po zlepšení a vnitřní změně v těchto oblastech. Důvodem proč na to poukazujeme, jsou výpovědi našich participantů z obou výzkumných skupin. Setkali jsme se v průběhu s tvrzeními, že již samotné vyplnění dotazníků bylo zajímavé a pro některé i přínosné. Měli možnost zamyslet se nad oblastmi, kterými se běžně nezaobírají či si uvědomit, jak často se jim děje, že si nejsou vědomi událostí kolem sebe a bloudí ve své mysli. Na základě statisticky významného zlepšení ve sledovaných proměnných pouze u skupiny experimentální, si dovoluujeme předpokládat, že tato skutečnost nebyla významná.

Určité ohrožení výzkumných závěrů plyne i ze zvolených výzkumných podmínek v období globální pandemie. Celá tato nastalá situace je mimořádně jedinečná a v souvislosti s uvedenými výzkumy i stresová a zatěžující psychické zdraví. Unikátnost světově nastalých podmínek mohla na každého participanta působit zcela odlišně a vést ke změnám, jimiž by se participant zásadně lišil v porovnání se zbytkem skupiny. Případný výskyt této skutečnosti jsme se snažili kontrolovat v pravidelném kontaktu s participanty obou skupin. Další riziko pramení z přirozeného vývoje a průběžně měnících se podmínek v období první vlny pandemie. Dále i skutečnosti získané adaptability respondentů na nastalou situaci. Předložená data ovšem zaznamenávají významné zlepšení pouze u experimentální skupiny a nikoliv komparativní. Předpokládáme tak, že období celonárodní karantény v důsledku virového onemocnění COVID-19 působilo na všechny participanty stejně po celou její dobu.

V kapitole č. 5.5 Testové metody uvádíme použité metody získání dat. U metody DES zmiňujeme, že jsme v posttestu pozměnili instrukci k vyplnění, kde participanty žádáme, aby zaznamenali, jak často se jim uvedené události stávaly v posledních dvou měsících, jelikož toto období odpovídalo délce mindfulness programu. Jsme si vědomi úskalí této změny. Přesto, že jsme chtěli, aby se participanti zamysleli nad změnou jejich disociativních zkušeností právě v tomto období, mohla právě tato instrukce způsobit větší potřebu vyhovění ve sledované změně.

Chtěli bychom poukázat ještě na jedno zjištění, ke kterému jsme dospěli v průběhu našeho výzkumu v souvislosti s použitou metodou Škály disociativních zkušeností. Tato metoda zaznamenává zkušenost s disociací, o které Walach et al. (2006) tvrdí, že je opakem všímavosti. Tuto skutečnost předkládá rovněž Baer et al. (2004), kteří uvádějí negativní korelaci mezi všímavostí a disociací. V samotné metodě DES se nachází položky, které přestože zjišťují fenomén opačný všímavosti, tak ji mohou detekovat. Jedná se například o položku, ve které má participant zaznačit, jak často se mu stává, že si není vědom přítomného okamžiku a upřeně hledí před sebe. Dle metody DES jedinec skórující na této položce ve vyšších číslech vykazuje vyšší přítomnost disociativní zkušenosti. Zamýšlíme se však, zdali by participant, který s mindfulness začíná, a který si pravděpodobně před tím těchto fenoménů nebyl vůbec vědom, odpověděl, že se mu to děje častěji v důsledku větší všímavosti k těmto událostem. Participant, u kterého roste jeho všímavost, by si měl také více uvědomovat, že je nepozorný, že nevnímal, co se právě dělo nebo že například hovoří sám se sebou. Pokud však tento participant zaznamená, že si těchto událostí více všímá, získává vyšší skór disociace, jež je autory dávana do opačného vztahu s mindfulness. Tato naše úvaha se ovšem v datech neprojevila, a proto jsme postupovali dle kritérií metody. Chtěli jsme spíše jen poukázat na naše zamyšlení se ve věci této problematiky.

Přesto, že jsme zde uváděli vícero limitů a možných ohrožení získaných výsledků této studie, tak naše výzkumné závěry nevnímáme jako nic neříkající. Výzkumné závěry jsou totiž v souladu s vědeckými studiemi pojednávajícími o této problematice. Přidáváme se k tvrzením, že je potřeba dalších výzkumů na toto téma. Budoucí výzkumné záměry však již mohou čerpat z postřehů této práce a mohou se vyvarovat jejích limitů. Rigorózní práce předkládá zcela nové informace o možném využití mindfulness v období globální pandemie pro redukování depresivních a disociativních symptomů u neklinické populace. Také my doporučujeme aplikování mindfulness, jež představuje účinnou a nízkonákladovou metodu k udržení psychického zdraví i za podmínek světové pandemie.

7 ZÁVĚR

Tato rigorózní práce se zabývala vlivem rozvoje všímavosti na depresivní a disociativní symptomy v kontextu globální pandemie. Na základě předložených výsledků provedených statistických analýz dat získaných prostřednictvím zmiňovaných dotazníkových metod u daného výzkumného souboru smíme konstatovat následovné:

- Ke snížení míry deprese a disociace došlo pouze u skupiny experimentální, jež se účastnila dvouměsíčního mindfulness programu, a nikoliv u skupiny komparativní, která se programu neúčastnila.
- Program rozvoje všímavosti byl dle očekávání účinný v redukci depresivních symptomů v období první vlny světové pandemie. Participanti po absolvovaném dvouměsíčním programu rozvoje všímavosti vykazují statisticky významné snížení míry deprese oproti měření v pretestu.
- Dvouměsíční program rozvoje všímavosti se ukázal být účinný rovněž ve snížení míry disociace. Participanti tohoto programu po jeho ukončení vykazují statisticky významné snížení míry disociace oproti měření v pretestu.

Na základě předložených výzkumných závěrů shledáváme osmitýdenní mindfulness program jako efektivní metodu ve snížení depresivních a disociativních symptomů u našich participantů pocházejících z neklinické populace, a to v období první vlny pandemických podmínek v důsledku virového onemocnění COVID-19.

8 SOUHRN

Tato rigorózní práce pojednává o vlivu rozvoje všímavosti na depresivní a disociativní symptomy v kontextu globální pandemie v důsledku virového onemocnění COVID-19. Rigorózní práce se skládá ze dvou částí, a to části teoretické a empirické. V teoretické části čtenáři předkládáme základní informace o fenoménu všímavost, deprese a disociace. Kromě jejich definování a teoretického ukotvení uvádíme výzkumné závěry, jež se zaobírají spojitostí mezi mindfulness, depresí a disociací. Rovněž uvádíme výzkumná zjištění, která se vyjadřují k obdobné problematice v souvislosti s vypuklou světovou pandemií. V druhé části rigorózní práce již pracujeme se získanými daty se záměrem naplnění stanovených cílů práce. Podkladem empirické části jsou odborné informace a výzkumné závěry předložené v části teoretické. Také výzkum této práce se snaží odhalit vliv dvouměsíčního mindfulness programu na stanovené proměnné depresi a disociaci.

Tato rigorózní práce měla stanovené následující cíle:

- Zjistit vliv mindfulness meditace na úroveň deprese u dospělé neklinické populace, jež nemá zkušenost s aplikováním meditace v kontextu globální pandemie.
- Prozkoumat vliv meditace všímavosti na disociativní zkušenosti u dospělé neklinické populace, která doposud nemá zkušenost s meditační praxí v kontextu světové pandemie.

Za účelem zvýšení validity získaných dat jsme přidali ještě následující cíl práce:

- Prozkoumat, jestli má rozvoj všímavosti u našich participantů skutečný vliv na stanovené proměnné. Neboli výzkumně ověřit, zdali rozvoj všímavosti vede k významné změně v depresivních a disociativních symptomech pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní.

Teoretická část práce čtenáři předkládá fenomén mindfulness. Zabývali jsme se jeho obtížným vymezením a překladem. Uváděli jsme původní termín „sati“, ze kterého dnes populární slovo mindfulness vzešlo. Dále jsme se zaobírali i českým překladem fenoménu, kdy můžeme pozorovat nejvíce užívaný výraz všímavost, jehož propagátorem byl český psycholog Mírko Frýba (2003). Vymezení všímavosti se ukázalo být rovněž komplikované. Setkáváme se s autory, kteří se přidržují historických buddhistických kořenů v pojetí

všímavosti a také autory, kteří fenomén mindfulness přizpůsobují potřebám západního světa. Považovali jsme za podstatné uvést i historické kořeny všímavosti a její spojitost s Abhidhammou, viz Frýba (1991). V souvislosti s tématem práce nás ovšem velmi zajímaly možnosti jejího rozvoje. Uváděli jsme celou řadu možností, které významní autoři na toto téma (viz Hassonová, 2015; Kabatz-Zinn, 2015; Segal et al., 2002; Williams & Penman, 2014) rozdělují na praxi formální a neformální. Dále jsme poukázali na možné terapeutické využití tohoto rozvoje. Terapeutické přístupy využívající všímavost s největší výzkumnou oporou jsou program MBSR a MBCT (Querstret et al., 2020). Všechny uváděné programy využívají různých způsobů, jak dosáhnout rozvoje všímavosti k ozdravným účelům. V následující kapitole se proto zabýváme terapeutickými aspekty všímavosti. Jedná se například o relaxaci, kognitivní změnu, nehodnocení, expozici a mnoho dalších, jimiž mindfulness terapeuticky působí (Baerová, 2003). Závěr kapitoly pojednávající o mindfulness jsme věnovali výzkumným tvrzením, které prokazují pozitivní účinek mindfulness meditace na široký rozsah oblastí lidského zdraví. Mindfulness nachází četné využití ve školním prostředí, jako nástroj pozitivních změn u studentů, viz Friedman-Wheeler et al. (2021) či vyučujících, viz Roeser et al. (2021). Meditace všímavosti se ukazuje být účinná rovněž v pracovním prostředí dle Sawyer et al. (2021) a Dust et al. (2021). Využití u pacientů předkládá Creswell et al. (2012) a Gotnik et al. (2015), kteří poukazují na pozitivní účinky při léčbě a prevenci rakoviny. Dále se ukazuje být účinným nástrojem při nespavosti, viz Low et al. (2020) či v léčbě ADHD, viz Santonastaso et al. (2020). V této kapitole byla patrná současná oblíbenost a popularita fenoménu mindfulness. S kritickým postojem k oné populárnosti přistupuje Benda (2019), jež upozorňuje na velký rozmach nově vnikajících seminářů a webinářů nabízejících mindfulness, které se však svým obsahem ani trochu nepodobají původní budhistické koncepci. Zmiňujeme rovněž tvrzení Linehanové (1993b), která klade důraz na nepřeceňování efektivity aktuálně populárního fenoménu a jeho kontraindikace.

V následující kapitole teoretické části jsme pojednávali o fenoménu deprese. Zabývali jsme se jejím definováním a teoretickým ukotvením z pohledu řady autorů, viz Křivohlavý (2013), Praško et al. (2009) či Wittchen et al. (2011). Následně jsme předkládali dělení depresivní poruchy dle její intenzity podle Praška et al. (2015) na mírnou, středně těžkou a těžkou depresivní poruchu. Zmínili jsme se o diagnostických kritériích deprese dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Čtenář byl obeznámen s možnými příčinami vzniku depresivní poruchy od genetických predispozic a dědičných faktorů, které

uvádí Janů a Racková (2007), Křivohlavý (2013), nebo Praško et al. (2015), přes vliv zdravého životního stylu, viz Duffy et al. (2020), Madore et al. (2020) či Raboch et al. (2017), až k psychickým dispozicím daného jedince dle Křivohlavého (2013). Z uvedených informací je patrné, že se nejedná o jednofaktorovou příčinu, ale že hovoříme o několika oblastech, které jsou navíc vzájemně propojeny a vzájemně se ovlivňují. Höschl et al. (2004) tvrdí, že má deprese multifaktoriální příčiny. Věnovali jsme se také důsledkům depresivní poruchy, kde jsme poukázali na negativní ovlivnění u onkologických onemocnění, Alzheimerovy nemoci, AIDS či kardiovaskulárních obtíží (Křivohlavý, 2013), nebo také neblahý dopad na cévní mozkovou příhodu, diabetes či osteoporózu (Wolkowitz et al., 2011). Závěrečnou část kapitoly o depresi jsme věnovali možnostem léčby. Tu jsme rozdělili na oblast farmakologické a nefarmakologické léčby. Pojednávávali jsme o účincích a druzích antidepresiv, viz Praško et al. (2007) a zmiňovali jsme nepoužívanější terapeutické přístupy, viz Raboch a Červený (2018). Pozastavili jsme se u nově vznikajících forem léčby, viz CCBT neboli nově vznikající přístup, jenž využívá počítačovou formu kognitivně-behaviorální terapie (Wright et al., 2017), nebo také u samotné úpravy životního stylu (Raboch et al., 2017).

Další kapitola teoretické části pojednává o fenoménu disociace. Podobně jako u fenoménu všímavosti, tak i zde jsme se setkali s nejednotným vymezením autorů. Hovořili jsme o zakladateli konceptu disociace Pierre Janetovi a jeho definování fenoménu v publikaci *Psychologické automatismy* z roku 1889. Následně jsme se věnovali řadě teorií, jež se disociaci snaží ukotvit. Zmiňovali jsme teorie, které disociaci rozumí jako obrannému mechanismu (Lynn & Ryje, 1994). Dále jsme hovořili o traumatickém modelu disociace dle Zlotnick et al. (1994) či souvislosti s časnou separací od primární pečující osoby dle Putnam (1997). Uváděli jsme podrobné vymezení disociace podle Cardena (1994) či Hilgarda (1994) a jeho nedisociativní teorii. Poté jsme uvedli strukturální model disociace osobnosti od Nijenhuisa et al. (2010), nebo disociaci jako dimenzionální proces, jež pokrývá jak běžné disociativní zážitky, tak závažná psychická onemocnění (Ptáček & Bob, 2009). Vzhledem k třídění disociativních stavů dle Rosse (1997) na kontinuu zdraví až patologie, jsme závěrečnou kapitolu tohoto tématu věnovali dělení na patologickou a nepatologickou disociaci. Nepatologickou podobu, kterou do určité míry zažívá každý (Waller et al., 1996) a patologickou formu disociace, jež je dle klasifikací nemocí pojímána jako množina příbuzných psychických poruch. V závěru jsme se lehce dotkli možnostmi léčby, kam spadá dynamická či kognitivně-behaviorální terapie nebo také hypnoterapie (Praško et al., 2007).

Poslední kapitola teoretické části byla věnována propojení zkoumaných fenoménů deprese, všímavosti a disociací z pohledu výzkumných studií. Poukázali jsme zde na samotnou souvislost mezi fenoménem depresí a disociací, jež předkládá např. Foote et al. (2006), Maaranen et al. (2008), Briere a Eadie (2016) či McCanlies et al. (2017). Dále jsme předložili výzkumné závěry prokazující vliv mindfulness meditace na snížení deprese, viz Piet a Hougaard (2011), Goodyer a Wilkinson (2019), Raj et al. (2019), Racey et al. (2018), Gallegos et al. (2020), Barr et al. (2019), Liu et al. (2021) nebo Querstret et al. (2020) a jejich metaanalýzu výzkumů, zaměřených na účinnost programu MBSR a MBCT. Následně jsme se věnovali studiím, které tento vliv prokazují i v souvislosti s disociací. Jedná se například o Baer et al. (2006), Perona-Garcelán et al. (2014), Laniuse a Bergmann (2014), Langmuir et al. (2012) či Bolduc et al. (2018). V samotném závěru teoretické části jsme se věnovali výzkumům, jež se podobnou problematikou zabývaly také v kontextu globální pandemie. Vliv rozvoje všímavosti na snížení deprese za pandemických podmínek předkládá Sweeny et al. (2020), Majeed et al. (2020), Matize et al. (2020), Liu et al. (2021) či Zhu et al. (2021).

Výzkumná část rigorózní práce čerpala z informací uvedených v teoretické části. V souvislosti se stanoveným výzkumným problémem a cíli práce, uvedenými výše, byly stanoveny výzkumné hypotézy. Na základě cílů práce jsme hypotézy rozčlenili do dvou výzkumných oblastí. Mezi hypotézy první oblasti spadá hypotéza H1 a H2, jež předpokládaly, že ke změně ve stanovených proměnných deprese a disociace dojde pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní. Pod výzkumné hypotézy druhé oblasti spadají hypotézy H3 a H4, které předpokládají, že účastníci dvouměsíčního mindfulness programu budou po jeho absolvování vykazovat statisticky významně nižších hodnot v depresivních a disociativních symptomech oproti pretestu. Abychom dosáhli výzkumného ověření námi stanovených hypotéz, rozhodli jsme se pro použití kvantitativního designu, který operuje se statistickými testy.

Pro výzkumné účely práce jsme zvolili kvantitativní design s pomocí dotazníkového šetření. Výzkumné údaje od respondentů jsme získali prostřednictvím metody Beckova inventáře deprese a Škály disociativních zkušeností převedených do online prostředí. Vzhledem ke stanoveným cílům a výzkumným hypotézám práce jsme zvolili kvaziexperimentální design a veškerá potřebná data jsme získávali jak u skupiny experimentální, tak skupiny komparativní v testové baterii před započatým výzkumným treatmentem v podobě osmitýdenního mindfulness programu a po něm. Účastníci naší studie

byli do výzkumného souboru zařazeni prostřednictvím příležitostného výběru a metody sněhové koule. Kompletní výzkumný soubor se skládal ze skupiny komparativní (n = 39), která se neúčastnila osmitýdenního mindfulness programu a skupiny experimentální (n = 39), jejíž účastníci se tomuto programu podrobili. Podmínkou účasti v našem výzkumu byla skutečnost, že se nejedná o klinické pacienty a také skutečnost, že jde o naprosté začátečníky v oblasti mindfulness meditace. Jak u skupiny experimentální, tak kontrolní jsme zkoumali získaná data v pretestu i posttestu zaznamenávající změny v depresivní a disociativní symptomatice. Obdržená data jsme poté podrobili numerické analýze skrze statistické testy.

Sestavený mindfulness program, který absolvovali participant z experimentální skupiny, se skládal z osmi týdnů každotýdenních online setkání. Součástí těchto setkání bylo seznámení se s novou meditační technikou, jejíž každodenní aplikace byla po participantech vyžadována v následujícím týdnu. Po celou dobu jsme však s participanty byli v kontaktu a zajímali se, zdali skutečně praktikují meditační praxi. Pravidelný kontakt jsme udržovali rovněž se skupinou komparativní, kde nás zajímalo aktuální dění v jejich životech. Také jsme podrobně popisovali průběh celého výzkumu, námi použité techniky a publikace, ze kterých jsme při sestavení programu čerpali. Největší inspirací nám byla literatura a audionahrávky Johna Kabata-Zinna, který je světovou kapacitou v oblasti mindfulness.

V další části práce jsme se věnovali podrobné analýze získaných dat prostřednictvím statistického testování. S obdrženými daty jsme operovali v počítačovém programu Microsoft Office Excel a programu Statistica. Nejdříve jsme se zaměřili na statistické ověření výzkumných hypotéz první oblasti neboli hypotézy H1 a H2. Jelikož naše data nedisponovala normálním rozdělením, ověřovali jsme stanovené hypotézy skrze neparametrické metody statistiky. Výsledek provedeného Mann-Whitneyho U-testu s korekcí na spojitost nám umožnil hypotézu H1 i H2 přijmout. Získané výsledky v podobě přijetí výzkumných hypotéz potvrzují očekávání o skutečné účinnosti osmitýdenního mindfulness programu. Statistická analýza dat nám potvrdila účinnost programu rozvoje všímavosti v podobě snížení deprese a disociace pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní.

Dalším krokem bylo ověření výzkumných hypotéz druhé oblasti neboli hypotézy H3 a H4. Ke statistickému ověření těchto hypotéz nám dopomohl Wilcoxonův párový test a na základě jeho výsledků jsme také hypotézy této oblasti přijali. Výsledky testu a přiložené krabicové grafy nám předkládaly statisticky významný rozdíl v naměřených mediánech

ve sledovaných proměnných jak v pretestu, tak posttestu v námi očekávaném směru zlepšení. Tyto uvedené výsledky nám dovolují prohlásit, že náš osmítýdenní mindfulness program byl účinný. Účastníci tohoto programu totiž vykazovali statisticky významné snížení depresivních a disociativních symptomů oproti pretestu.

Výzkumné závěry této rigorózní práce se připojují k výsledkům studií, jež rovněž pojednávají o účinnosti mindfulness meditace na snížení depresivních a disociativních symptomů, viz Raj et al. (2019), Gallegos et al. (2020), Baer et al. (2006), Perona-Garcelán et al. (2014), Laniuse a Bergmann (2014) či Bolduc et al. (2018) a další, které jsme v teoretické části uváděli. Výsledky této práce se ovšem připojujeme rovněž k výzkumným závěrům Sweenyho et al. (2020), Majeed et al. (2020), Matize et al. (2020), Liu et al. (2021) či Zhu et al. (2021), kteří předkládají vliv rozvoje všímavosti na stanovené proměnné v období globální pandemie v důsledku virového onemocnění COVID-19. Připojujeme se k výroku Behana (2020) a Antonova et al. (2021), jež mindfulness meditaci označují za efektivní nástroj v oblasti zachování si psychického i fyzického zdraví právě za podmínek světové pandemie. Také my doporučujeme aplikování mindfulness meditace, jenž představuje nízkonákladovou a účinnou metodu, jak nejen toto náročné období přečkat ve větším psychickém zdraví.

LITERATURA

- Abela, J. R., Brozina, K., & Haigh, E. P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third- and seventh-grade children: a short-term longitudinal study. *Journal of abnormal child psychology*, 30(5), 515–527. <https://doi.org/10.1023/a:1019873015594>
- Adam, Z., Král, Z., Klimeš, J., Boleloucký, Z., & Pour, L. (2020). Chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost infekčních, autoimunitních, ale i maligních nemocí. *Vnitř Lek*, 66(1), 34-38. <https://doi.org/10.36290/vnl.2020.006>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Anbar, R.D. (2001). Automatic Word Processing: A New Forum For Hypnotic Expression. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44(1), 27–36. <https://doiorg.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/00029157.2001.10403453>
- Anders, M. a kol. (2005). *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Galén.
- Antonova, E., Schlosser, K., Pandey, R., & Kumari, V. (2021). Coping With COVID-19: Mindfulness-Based Approaches for Mitigating Mental Health Crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 563417. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.563417>
- Arlt Mutch, V. K., Evans, S., & Wyka, K. (2020). The role of acceptance in mood improvement during Mindfulness-Based Stress Reduction. *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 7–19. <https://doi.org/10.1002/jclp.23017>
- Atkinson, R. L. (2003). *Psychologie*. Portál.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-*

- Behavior Therapy*, 23(4), 281–300. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0015-9>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*, 11(3), 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 366–373. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.019>
- Barr, N., Davis, J. P., Diguseppi, G., Keeling, M., & Castro, C. (2019). Direct and indirect effects of mindfulness, PTSD, and depression on self-stigma of mental illness in OEF/OIF veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000535>
- Baslet, G., & Hill, J. (2011). Case report: Brief mindfulness-based psychotherapeutic intervention during inpatient hospitalization in a patient with conversion and dissociation. *Clinical Case Studies*, 10(2), 95–109. <https://doi.org/10.1177/1534650110396359>
- Bauer, C. C. C., Caballero, C., Scherer, E., West, M. R., Mrazek, M. D., Phillips, D. T., Whitfield-Gabrieli, S., & Gabrieli, J. D. E. (2019). Mindfulness training reduces stress and amygdala reactivity to fearful faces in middle-school children. *Behavioral Neuroscience*, 133(6), 569–585. <https://doi.org/10.1037/bne0000337>
- Beck, A. T. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Portál
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory–II. Manual*. The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical*

Psychology Review, 8(1), 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)

- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 256–258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Benda, J. (2006). Meditace všímavosti a nové směry KBT. *Konfrontace – časopis pro psychoterapii*, 17(3), 132-135.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129–140.
- Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: proměna emocí v psychoterapii*. Portál.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2006). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bob, P. (2000). Dissociative processes and their measurement. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 96, 5–13.
- Bögels, S. M., Helleman, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536–551. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>
- Bolduc, R., Bigras, N., Daspe, M.-È., Hébert, M., & Godbout, N. (2018). Childhood Cumulative Trauma and Depressive Symptoms in Adulthood: The Role of Mindfulness and Dissociation. *Mindfulness*, 9(5), 1594–1603. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0906-3>
- Bondy, E. (2006). *Buddha*. DharmaGaia.

- Bouček, J., & Pidrman, V. (2005). *Psychofarmaka v medicíně*. Grada.
- Bowers, K. S., & Meichenbaum, D. (1984). *The unconscious reconsidered*. Wiley.
- Briere, J., & Eadie, E. M. (2016). Compensatory self-injury: Posttraumatic stress, depression, and the role of dissociation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(5), 618–625. <https://doi.org/10.1037/tra0000139>
- 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. <https://doi.org/10.1037/00223514.84.4.822>
- Brown, M., Kaplan, C., & Jason, L. (2012). Factor analysis of the Beck Depression Inventory-II with patients with chronic fatigue syndrome. *Journal of health psychology*, 17(6), 799–808. <https://doi.org/10.1177/1359105311424470>
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15–31). Guilford Press.
- Carlson, E. B., Putnam, F. W., Ross, C. A., Torem, M., Coons, P., Dill, D. L., Loewenstein, R. J., & Braun, B. G. (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *The American journal of psychiatry*, 150(7), 1030–1036. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.7.1030>
- Clayborne, Z. M., Varin, M., & Colman, I. (2019). Systematic Review and Meta-Analysis: Adolescent Depression and Long-Term Psychosocial Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58(1), 72–79. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.07.896>
- Coffman, S. J., Dimidjian, S., & Baer, R. A. (2006). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Depressive Relapse*. In R. A. Baer (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (p. 31–50). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-012088519-0/50003-4>

- Conze, E. (1997). *Stručné dějiny buddhismu*. Jota.
- Corrigan, F. M. (2002). Mindfulness, dissociation, EMDR and the anterior cingulate cortex: A hypothesis. *Contemporary Hypnosis*, 19(1), 8–17. <https://doi.org/10.1002/ch.235>
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C., & Cole, S. W. (2012). Mindfulness-Based Stress Reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26(7), 1095–1101. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.07.006>
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation: *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>
- Diseth, T. H. (2005). Dissociation in children and adolescents as reaction to trauma—an overview of conceptual issues and neurobiological factors. *Nordic journal of psychiatry*, 59(2), 79–91. <https://doi.org/10.1080/08039480510022963>
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BMC Medicine*, 7(1), 70–79. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-7-79>
- Duffy, A., Keown-Stoneman, C., Goodday, S., Horrocks, J., Lowe, M., King, N., ... Saunders, K. E. A. (2020). Predictors of mental health and academic outcomes in first-year university students: Identifying prevention and early-intervention targets. *BJPsych Open*, 6(3). <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.24>
- Dust, S. B., Liu, H., Wang, S., & Reina, C. S. (2021). The effect of mindfulness and job demands on motivation and performance trajectories across the workweek: An entrainment theory perspective. *Journal of Applied*

Psychology. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1037/apl0000887>

- Dušek, K., & Večeřová, P. A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.
- DVTV. (2020, January 13). Terapeut: Chytáme se do chapadel stresu, až příliš si nárokujeme právo být spokojeni. [Video]. *Youtube*.
<https://www.youtube.com/watch?v=z9hHNjgoZyQ>
- Eisen, M. L., & Carlson, E. B. (1998). Individual differences in suggestibility: examining the influence of dissociation, absorption, and a history of childhood abuse. *Applied Cognitive Psychology*, *12*(7), S47–S61.
[https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0720\(199812\)12:73.0.co;2-p](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-0720(199812)12:73.0.co;2-p)
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *22*(4), 716–721.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
- Feeny, N. C., Zoellner, L. A., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (2000). Exploring the roles of emotional numbing, depression, and dissociation in PTSD. *Journal of traumatic stress*, *13*(3), 489–498.
<https://doi.org/10.1023/A:1007789409330>
- Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Ferrante, E., Marino, A., Guglielmucci, F., & Schimmenti, A. (2020). The mediating role of dissociation and shame in the relationship between emotional trauma and maladaptive daydreaming. *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*. Advance online publication.
<http://dx.doi.org/10.1037/cns0000253>
- Finatti, F., Pigato, G., Pavan, C., Toffanin, T., & Favaro, A. (2020). Psychosis in Patients in COVID-19–Related Quarantine: A Case Series. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, *22*(3).
<https://doi.org/10.4088/PCC.20i02640>

- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315–336. <https://doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American journal of psychiatry*, 163(4), 623–629. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.623>
- Freud, S. (2002). *Spisy z let 1913-1917*. Psychoanalytické nakladatelství.
- Frewen, P. A., & Lanius, R. A. (2006). Neurobiology of Dissociation: Unity and Disunity in Mind–Body–Brain. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 113–128. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.016>
- Friedman, C. (2021). The mental health of Medicare beneficiaries with disabilities during the COVID-19 pandemic. *Rehabilitation Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/rep0000427>
- Friedman-Wheeler, D. G., Reese, Z. A., McCabe, J. A., Yarrish, C. M., Chapagain, S., Scherer, A. M., DeVault, K. M., Hoffmann, C., Mazid, L. J., Weinstein, R. N., Mitchell, J. D., & Finley, M. (2021). Mindfulness meditation intervention in the college classroom: Mindful awareness, working memory, content retention, and elaboration. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/stl0000305>
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Hopkins, L., et al. (1990). The Dissociative Experiences Scale: Further replication and validation. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(3), 151–153.
- Frýba, M. (1991). *Abhidhamma: základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Stratos.
- Frýba, M. (1996). *Psychologie zvládání života. Aplikace metody abhidhamma*. Masarykova univerzita.
- Frýba, M. (2002). *Principy satiterapie*. Atelier satiterapie.
- Frýba, M. (2003). *Umění žít šťastně*. Argo.

- Fryba, M. (2008). *Psychologie zvládání života*. Albert.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K. L., Kao, T. C., & Baum, A. (2000). Peritraumatic dissociation following motor vehicle accidents: relationship to prior trauma and prior major depression. *The Journal of nervous and mental disease*, 188(5), 267–272. <https://doi.org/10.1097/00005053-200005000-00003>
- Gallegos, A. M., Heffner, K. L., Cerulli, C., Luck, P., McGuinness, S., & Pigeon, W. R. (2020). Effects of mindfulness training on posttraumatic stress symptoms from a community-based pilot clinical trial among survivors of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(8), 859–868. <https://doi.org/10.1037/tra0000975>
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (Eds.). (2013). *Mindfulness and psychotherapy* (2nd ed.). Guilford Press.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S., & Schmid, C. H. (1994). A Controlled Study of a Stress-Reduction, Cognitive-Behavioral Treatment Program in Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2(2), 53–66. https://doi.org/10.1300/J094v02n02_05
- Goodyer, I. M., & Wilkinson, P. O. (2019). Practitioner Review: Therapeutics of unipolar major depressions in adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(3), 232–243. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12940>
- Gottfried, J. (2015). Beckova sebespozovaci škála depresivity pro dospělé: Recenze metody. *Testforum*, 4(5), strany 20-25. <https://doi.org/10.5817/TF2015535>
- Gunaratana, H. (2012). *Jednoduchá meditace pro každého*. Grada.
- Hanuš, H. (1997). *Obecná psychiatrie: Skripta pro posluchače lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové*. Karolinum.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hassonová, G. (2015). *Technika Mindfulness: Jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Grada.

- Hayden, M. J., Dixon, J. B., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2010). Confirmatory factor analysis of the Beck Depression Inventory in obese individuals seeking surgery. *Obesity surgery*, 20(4), 432–439. <https://doi.org/10.1007/s11695-009-9977-5>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 161–165. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg018>
- Hazlett-Stevens, H., & Oren, Y. (2017). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction bibliotherapy: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 626–637. <https://doi.org/10.1002/jclp.22370>
- Hennessey, G. (2019). *Mindfulness pro každý den: malými kroky k velkým změnám*. Portál.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided Consciousness. Multiple Control in Human Thought and Action*. Wiley.
- Hilgard, E. R. (1994). Neodissociation Theory. In: Lynn, R., Rhue, J. W. (Eds). *Dissociation – clinical and Theoretical Perspectives*. Guilford Publications.
- Hiroto, D. S., & Seligman, M. E. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31(2), 311–327. <https://doi.org/10.1037/h0076270>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical psychology review*, 25(1), 1–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>

- Hölzel, B. K., Carmody, J., Evans, K. C., Hoge, E. A., Dusek, J. A., Morgan, L., Pitman, R. K., & Lazar, S. W. (2010). Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5(1), 11–17. <https://doi.org/10.1093/scan/nsp034>
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (Ed.). (2004). *Psychiatrie*. Tigis.
- Howell, E. F. (2005). *The dissociative mind*. The Analytic Press.
- Cheung, S., Xie, X., & Huang, C. (2020). Mind Over Matter: Mindfulness, Income, Resilience, and Life Quality of Vocational High School Students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5701. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165701>
- Chödzin, S. (2017). *Život Buddhy*. Bílý deštník.
- Choi, E. P. H., Hui, B. P. H., & Wan, E. Y. F. (2020). Depression and Anxiety in Hong Kong during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10), 3740. <https://doi.org/10.3390/ijerph17103740>
- Ilardi, S. S., Craighead, W. E., & Evans, D. D. (1997). Modeling relapse in unipolar depression: The effects of dysfunctional cognitions and personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 381–391. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.381>
- Janet, P. (1890). *L'Automatisme Psychologique*. Felix Alcon.
- Janů, L., & Racková, S. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Medicina pro praxi*, 4(1), 24-27
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Kabat-Zinn, J. (2015). *Uvědomujte si přítomnost: meditace všímavosti v každodenním životě*. Anag.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Jan Melvil.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D., & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Intervention on Rates of Skin Clearing in Patients With Moderate to Severe Psoriasis Undergoing Photo Therapy (UVB) and Photochemotherapy (PUVA): *Psychosomatic Medicine*, 60(5), 625–632. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00020>
- Katz, E. (2014). Mindfulness and Psychotherapy, edited by C. K. Germer, R. D. Siegel, and P. R. Fulton: (2013). (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press, 382 pp., \$45.00. *Smith College Studies in Social Work*, 84(1), 132–136. <https://doi.org/10.1080/00377317.2014.861286>
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M. (1993). Radical behavioral psychotherapy: Two contemporary examples. *Clinical Psychology Review*, 13(6), 579–592. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(93\)90047-P](https://doi.org/10.1016/0272-7358(93)90047-P)
- Koons, C. R., Robins, C. J., Lindsey Tweed, J., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I., & Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371–390. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80009-5)
- Khýr, P. (2021). *Vliv všímavosti na stres v kontextu světové pandemie*. [Diplomová práce, Univerzita Palackého]. Informační systém Univerzity Palackého. <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- Koutný, J. (2010). *Všímavost v psychoterapii: Interpretativní fenomenologická analýza zkušenosti člověka v satiterapii*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. https://is.muni.cz/th/78780/fss_m/
- Kovařík, Š. (2002). *Deprese*. Fragment.

- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 357–363. <https://doi.org/10.1177/135910539900400305>
- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Interní medicína pro praxi*, 3(11), 4-8.
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie*. Česká lékařská společnost J.E. Purkyně.
- Křivohlavý, J. (2013). *Jak zvládat depresi*. Grada.
- Langmuir, J. I., Kirsh, S. G., & Classen, C. C. (2012). A pilot study of body-oriented group psychotherapy: Adapting sensorimotor psychotherapy for the group treatment of trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 214–220. <https://doi.org/10.1037/a0025588>
- Lanius, U. F., & Bergmann, U. (2014). Dissociation, EMDR, and adaptive information processing: The role of sensory stimulation and sensory awareness. In U. F. Lanius, S. L. Paulsen, & F. M. Corrigan (Eds.), *Neurobiology and treatment of traumatic dissociation: Toward an embodied self* (pp. 213–242). Springer Publishing Company.
- Lesný, V. (1996). *Buddhismus*. Votobia.
- Lester, E. G., & Murrell, A. R. (2019). Mindfulness Interventions for College Students with ADHD: A Multiple Single Case Research Design. *Journal of College Student Psychotherapy*, 33(3), 199–220. <https://doi.org/10.1080/87568225.2018.1450107>
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press
- Liu, S., He, L., Wei, M., Du, Y., & Cheng, D. (2021). Depression and anxiety from acculturative stress: Maladaptive perfectionism as a mediator and

- mindfulness as a moderator. *Asian American Journal of Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/aap0000242>
- Low, T., Conduit, R., Varma, P., Meaklim, H., & Jackson, M. L. (2020). Treating subclinical and clinical symptoms of insomnia with a mindfulness-based smartphone application: A pilot study. *Internet Interventions*, *21*, 100335. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2020.100335>
- Lynn, S. J., & Ryje, J. W. (1994). *Dissociation - Clinical and Theoretical Perspectives*. Guilford Press.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Hintikka, J., Honkalampi, K., Haatainen, K., Koivumaa-Honkanen, H., & Viinamäki, H. (2008). The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Comprehensive psychiatry*, *49*(3), 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.04.010>
- Madore, C., Yin, Z., Leibowitz, J., & Butovsky, O. (2020). Microglia, Lifestyle Stress, and Neurodegeneration. *Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2019.12.003>
- Majeed, M., Irshad, M., Fatima, T., Khan, J., & Hassan, M. M. (2020). Relationship Between Problematic Social Media Usage and Employee Depression: A Moderated Mediation Model of Mindfulness and Fear of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, *11*, 557987. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.557987>
- Malina, J. a kol. (2009). *Antropologický slovník*. CERM.
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. (p. 67–84). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10327-004>
- Martin, A. C. (2018). An Introduction to Mindfulness through Yoga, Tai Chi, and Meditation. *The International Journal of Health, Wellness, and Society*, *8*(3), 11–20. <https://doi.org/10.18848/2156-8960/CGP/v08i03/11-20>
- Matiz, A., Fabbro, F., Paschetto, A., Cantone, D., Paolone, A. R., & Crescentini, C. (2020). Positive Impact of Mindfulness Meditation on Mental Health of

- Female Teachers during the COVID-19 Outbreak in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6450. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186450>
- McCanlies, E. C., Sarkisian, K., Andrew, M. E., Burchfiel, C. M., & Violanti, J. M. (2017). Association of peritraumatic dissociation with symptoms of depression and posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 479–484. <https://doi.org/10.1037/tra0000215>
- Miltner, V. (2002). *Malá encyklopedie buddhismu*. Libri.
- MKN-10. (2017). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Mulder, R. T., Beautrais, A. L., Joyce, P. R., & Fergusson, D. M. (1998). Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *The American journal of psychiatry*, 155(6), 806–811. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.6.806>
- Nerad, J. M., & Neradová, L. (2005). Příspěvek k diskusi o problematice disociativních stavů s přihlédnutím k dílu Pierra Janeta (1859 - 1947). *Česká a slovenská psychiatrie*, 101(2), 98–104.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O., & Steele, K. (2010). Trauma-related structural dissociation of the personality. *Activitas Nervosa Superior*, 52(1), 1–23.
- Nyanaponika, T. (1995). *Jádro buddhistické meditace*. Dharma Gaia.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Grada.
- Orel, M., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J., & Volková Palátová, L. (2016). *Psychopatologie. Nauka o nemocech duše*. Grada.
- Papenfuss, I., Lommen, M. J. J., Grillon, C., Balderston, N. L., & Ostafin, B. D. (2020). Responding to Uncertain Threat: A Potential Mediator for the Effect of Mindfulness on Anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 102332. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102332>.
- Pastucha, P., Praško, J., & Cinculová, A. (2011). Patologická disociace - je, či není? *Solen*, 12(4), 162-165.

- Paterson, R. W., Brown, R. L., Benjamin, L., Nortley, R., Wiethoff, S., Bharucha, T., Jayaseelan, D. L., Kumar, G., Raftopoulos, R. E., Zambreau, L., Vivekanandam, V., Khoo, A., Gerald, R., Chinthapalli, K., Boyd, E., Tuzlali, H., Price, G., Christofi, G., Morrow, J., ... Zandi, M. S. (2020). The emerging spectrum of COVID-19 neurology: Clinical, radiological and laboratory findings. *Brain*, *143*(10), 3104–3120. <https://doi.org/10.1093/brain/awaa240>
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M., Ductor-Recuerda, M. J., Benítez-Hernández, M. del M., Arias-Velarde, M. Á., Gómez-Gómez, M. T., & Pérez-Álvarez, M. (2014). Relationship Between Childhood Trauma, Mindfulness, and Dissociation in Subjects With and Without Hallucination Proneness. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(1), 35–51. <https://doi.org/10.1080/15299732.2013.821433>
- Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada.
- Petráčková, V. (1995). *Akademický slovník cizích slov*. Academia.
- Pidrman, V. (2003). *Deprese v interní medicíně*. Psychiatrické centrum.
- Pidrman, V. (2006). *Deprese z různých úhlů pohledu II*. Galén.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>
- Pitblado, C. B., & Sanders, B. (1991). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In B. G. Braun & E. B. Carlson (Eds.). *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States*. Rush.
- Praško, J., Buliková, B., & Sigmundová, Z. (2009). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Galén.
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (Eds.) (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.

- Praško, J., Prašková, H., & Prašková, J. (2015). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Portál.
- Preiss, M., & Vacíř, K. (1999). *Beckova sebeposuzovací škála depresivity pro dospělé. BDI-II. Příručka*. Psychodiagnostika Brno.
- Procházka, R. (2011). *Disociace, alexithymie a self u lidí závislých na alkoholu*. [Doktorská disertační práce, Univerzita Palackého]. Informační systém Univerzity Palackého. <https://stag.upol.cz/portal/studium/prohlizeni.html>
- Ptáček, R. (2006). *Obecně psychologické a osobnostní souvislosti disociace*. [Doktorská disertační práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/jqakj/>
- Ptáček, R., & Bob, P. (2009). Disociace v dějinách psychologického myšlení. *Československá psychologie*, 53(2), 184-192.
- Ptáček, R., Bob, P., & Paclt, I. (2006). Škála disociativních zkušeností - česká verze. *Československá psychologie*, 50(3), 262-272.
- Ptáček, R., Raboch, J., Vňuková, M., Hlinka, J., & Anders, M. (2016). Beckova škála deprese BDI-II - standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie*, 112(6), 270-274.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents. A Developmental Perspective*. Guilford.
- Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394–411. <https://doi.org/10.1037/str0000165>
- Raboch, J., & Červený, R. (2018). *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP.
- Raboch, J., Doubek, P., & Zrzavecká, I. (2002). *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Galén.

- Raboch, J., Ptáček, R., Vnuková, M., & Tkáčová, S. (2017). How does lifestyle affect depression? *European Psychiatry*, *41*, S539. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.745>
- Racey, D. N., Fox, J., Berry, V. L., Blockley, K. V., Longridge, R. A., Simmons, J. L., Janssens, A., Kuyken, W., & Ford, T. J. (2018). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Young People and Their Carers: A Mixed-Method Feasibility Study. *Mindfulness*, *9*(4), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0842-7>
- Raj, S., Sachdeva, S. A., Jha, R., Sharad, S., Singh, T., Arya, Y. K., & Verma, S. K. (2019). Effectiveness of mindfulness based cognitive behavior therapy on life satisfaction, and life orientation of adolescents with depression and suicidal ideation. *Asian Journal of Psychiatry*, *39*, 58–62. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.12.001>
- Rapgay, L., & Bystrisky, A. (2009). Classical Mindfulness: An Introduction to Its Theory and Practice for Clinical Application. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1172*(1), 148–162. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.04405.x>
- Rice, M. E., & Grant, T. H. (2005). Comparing Effect Sizes in Follow-Up Studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, *29*(5), 615–620. <https://doi.org/10.1007/s10979-005-6832-7>
- Reb, J., Allen, T., & Vogus, T. J. (2020). Mindfulness arrives at work: Deepening our understanding of mindfulness in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *159*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2020.04.001>
- Roeser, R. W., Mashburn, A. J., Skinner, E. A., Choles, J. R., Taylor, C., Rickert, N. P., Pinela, C., Robbeloth, J., Saxton, E., Weiss, E., Cullen, M., & Sorenson, J. (2021). Mindfulness training improves middle school teachers' occupational health, well-being, and interactions with students in their most stressful classrooms. *Journal of Educational Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/edu0000675>
- Ross, C. A. (1997). *Dissociative identity disorder*. Wiley.

- Ross, C. A., Rigway, J., & George, N. (2020). Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2, 53-61. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20190050>
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. Basic Books.
- Santonastaso, O., Zaccari, V., Crescentini, C., Fabbro, F., Capurso, V., Vicari, S., & Menghini, D. (2020). Clinical Application of Mindfulness-Oriented Meditation: A Preliminary Study in Children with ADHD. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6916. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186916>
- Sawyer, K. B., Thoroughgood, C. N., Stillwell, E. E., Duffy, M. K., Scott, K. L., & Adair, E. A. (2021). Being present and thankful: A multi-study investigation of mindfulness, gratitude, and employee helping behavior. *Journal of Applied Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/apl0000903>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339–348. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830040075012>
- Siegel, R. D. (2016). *Velká kniha meditačních technik: jednoduchá cvičení pro každodenní problémy*. Grada.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (s. 17–35). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Simonsson, O., Bazin, O., Fisher, S. D., & Goldberg, S. B. (2021). Effects of an eight-week, online mindfulness program on anxiety and depression in university students during COVID-19: A randomized controlled trial.

- Psychiatry Research*, 305, 114222.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114222>
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the Assessment of Dissociation: A Clinical Guide*. American Psychiatric Press.
- Stephens, A. N., O'Hern, S., Young, K. L., Chambers, R., Hased, C., & Koppel, S. (2020). Self-reported mindfulness, cyclist anger and aggression. *Accident Analysis & Prevention*, 144, 105625.
<https://doi.org/10.1016/j.aap.2020.105625>
- Sujiva (2006). *Základy meditace vhledu*. DharmaGaia.
- Sujiva (2012). *Strom moudrosti, řeka bez návratu: praxe a rozvoj meditace vhledu*. Autorské vydání vlastním nákladem.
- Sweeny, K., Rankin, K., Cheng, X., Hou, L., Long, F., Meng, Y., Azer, L., Zhou, R., & Zhang, W. (2020). Flow in the time of COVID-19: Findings from China. *PLOS ONE*, 15(11), e0242043.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242043>
- Tan, C. M., & Goleman, D. (2014). *Search Inside Yourself: The Unexpected Path to Achieving Success, Happiness (and World Peace)*. HarperOne.
- Taren, A. A., Creswell, J. D., & Gianaros, P. J. (2013). Dispositional Mindfulness Co-Varies with Smaller Amygdala and Caudate Volumes in Community Adults. *PLoS ONE*, 8(5), e64574.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0064574>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623.
<https://doi.org/10.1037/0022006X.68.4.615>
- Teo, A. R., Choi, H., & Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: ten-year follow-up from a nationally representative study. *PloS one*, 8(4).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062396>
- Thera, N. M. (1998). *Buddha a jeho učení*. Votobia.

- Uhrová, T., Roth, J., & Anders, M. (2005). *Depresivní porucha v neurologické praxi*. Galén.
- Vermetten, E., Dorahy, M., & Spiegel, D. (Eds.). (2007). *Traumatic dissociation: Neurobiology and treatment*. American Psychiatric Publishing.
- Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, *13*(1), 1–264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L., & Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychological medicine*, *48*(15), 2467–2476. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>
- Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Portál.
- Walach, H., Buchheld, N., Büttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness—The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, *40*(8), 1543–1555. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Waller, N., Putnam, F., & Carlson, E. (1996). Types of dissociation and dissociative types: a taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, *1*(3), 300–321. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.3.300>
- Walsh, R., & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology: A mutually enriching dialogue. *American Psychologist*, *61*(3), 227–239. <https://doi.org/10.1037/0003066X.61.3.227>
- Wang, Y. P., & Gorenstein, C. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, *35*(4), 416–431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Werner, K. (2002). *Náboženské tradice Asie, Od Indie po Japonsko*. Masarykova univerzita.

- Williams, J. M. G., & Penman, D. (2014). *Všímavost: jak najít klid v uspěchaném světě*. Anag.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Kabat-Zinn, J., & Těšnovská, L. (2018). *Duchovní léčba deprese pomocí všímavosti: Jak se osvobodit od chronických pocitů neštěstí*. Fontána.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wolever, R. Q., & Best, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Didonna, F. (Ed.). *Clinical handbook of mindfulness*. (s.259-287). Springer.
- Wolkowitz, O. M., Reus, V. I., & Mellon, S. H. (2011). Of sound mind and body: depression, disease, and accelerated aging. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(1), 25–39. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.1/owolkowitz>
- Wright, B., Tindall, L., Littlewood, E., Allgar, V., Abeles, P., Trépel, D., & Ali, S. (2017). Computerised cognitive-behavioural therapy for depression in adolescents: Feasibility results and 4-month outcomes of a UK randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012834>
- XTV. (2020, June 9). „Za 80% zdravotních obtíží si můžeme sami. Nejdůležitější je omezovat stres.“ – Radek Ptáček. [Video]. *Youtube*. <https://www.youtube.com/watch?v=DPmWwdDIXsA>
- Yook, K., Lee, S.-H., Ryu, M., Kim, K.-H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, Y.-W., Kim, B., Kim, M. Y., & Kim, M.-J. (2008). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treating Insomnia in Patients With Anxiety Disorders: A Pilot Study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 196(6), 501–503. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817762ac>
- Zedelius, C. M., Protzko, J., Broadway, J. M., & Schooler, J. W. (2020). What Types of Daydreaming Predict Creativity? Laboratory and Experience

Sampling Evidence. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*.
Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/aca0000342>

- Zenner, C., Herrleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 5*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00603>
- Zerubavel, N., & Messman-Moore, T. L. (2015). Staying present: Incorporating mindfulness into therapy for dissociation. *Mindfulness, 6*(2), 303–314. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0261-3>
- Zhang, W., Zhou, Y., Li, Q., Xu, J., Yan, S., Cai, J., Jiaerken, Y., & Lou, M. (2019). Brain Iron Deposits in Thalamus Is an Independent Factor for Depressive Symptoms Based on Quantitative Susceptibility Mapping in an Older Adults Community Population. *Frontiers in Psychiatry, 10* (734). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00734>
- Zhu, J. L., Schülke, R., Vatansever, D., Xi, D., Yan, J., Zhao, H., Xie, X., Feng, J., Chen, M. Y., Sahakian, B. J., & Wang, S. (2021). Mindfulness practice for protecting mental health during the COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry, 11*(1), 329. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01459-8>
- Zlotnick, C., Begin, A., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., & Costello, E. (1994). The relationship between characteristics of sexual abuse and dissociative experiences. *Comprehensive Psychiatry, 35*(6), 465–470. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(94\)90230-5](https://doi.org/10.1016/0010-440X(94)90230-5)
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & Yartz, A. R. (2005). Exploring Basic Processes Underlying Acceptance and Mindfulness. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Ed.). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety* (s. 325–357). Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-25989-9_13
- Žitník, J. (2010). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100286>

Žvelc, G., & Žvelc, M. (2020). *Integrative Psychotherapy: A Mindfulness- and
Compassion-Oriented Approach*. Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780429290480>

Seznam grafů

- Graf 1 Experimentální skupina – str. 77
- Graf 2 Finální Experimentální skupina – str. 78
- Graf 3 Krabicový graf dat BDI-II v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní – str. 85
- Graf 4 Krabicový graf dat DES v pretestu u skupiny experimentální a kontrolní – str. 86
- Graf 5 Krabicový graf hodnot deprese kontrolní a experimentální skupiny v pretestu i posttestu – str. 89
- Graf 6 Krabicový graf hodnot disociace metody DES u kontrolní a experimentální skupiny v pretestu i posttestu – str. 90

Seznam tabulek

- Tabulka 1 Cut-off skóry Beckova inventáře deprese – str. 63
- Tabulka 2 Ukázková položka Beckova inventáře deprese – str. 64
- Tabulka 3 Ukázková položka Škály disociativních zkušeností – str. 66
- Tabulka 4 Věkové rozložení experimentální skupiny – str. 76
- Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání experimentální skupiny – str. 77
- Tabulka 6 Věkové rozložení kontrolní skupiny – str. 79
- Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání kontrolní skupiny – str. 79
- Tabulka 8 Test normálního rozdělení dat u experimentální skupiny – str. 83
- Tabulka 9 Test normálního rozdělení dat u kontrolní skupiny – str. 84
- Tabulka 10 Deskriptivní statistiky dat metody BDI-II u experimentální skupiny v pretestu – str. 85
- Tabulka 11 Deskriptivní statistiky dat metody BDI-II u kontrolní skupiny v pretestu – str. 85
- Tabulka 12 Deskriptivní statistiky dat metody DES u experimentální skupiny v pretestu – str. 86
- Tabulka 13 Deskriptivní statistiky dat metody DES u kontrolní skupiny v pretestu – str. 86
- Tabulka 14 Wilcoxonův test hodnot deprese u pretestu a posttestu – str. 91
- Tabulka 15 Wilcoxonův test hodnot disociace u pretestu a posttestu – str. 92

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Vybrané výpovědi účastníků programu rozvoje všímavosti

Příloha č. 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT RIGORÓZNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vliv rozvoje všímavosti na depresi a disociaci v kontextu světové pandemie

Autor práce: Mgr. Přemysl Khýr

Počet stran a znaků: 137; 280 697

Počet příloh: 3

Počet titulů a použité literatury: 212

Abstrakt:

Tato rigorózní práce se zaměřila na prokázání vlivu rozvoje všímavosti prostřednictvím osmitýdenního mindfulness programu na depresi a disociaci v období první vlny globální pandemie způsobené virovým onemocněním COVID-19. Dále se zaměřuje na prokázání skutečné účinnosti mindfulness programu ve srovnání s obdržnými daty u skupiny komparativní. Vzhledem k výzkumným cílům a zkoumaným proměnným rigorózní práce uplatňuje kvantitativní metodologii. Potřebná data byla od respondentů získána skrze metodu Beckův inventář deprese a Škálu disociativních zkušeností jak v pretestu, tak posttestu. Výzkumný soubor se skládá ze skupiny komparativní o celkovém počtu 39 respondentů a skupiny experimentální rovněž o celkovém počtu 39 jedinců. Participanti byli do výzkumného souboru vybráni na základě nepravděpodobnostní metody výběru. Obdržená data u obou skupin v pretestu i posttestu prošla podrobnou statistickou analýzou. Statistické testy předkládají výsledky, jež nám dovolují přijmout tvrzení, že je program rozvoje všímavosti účinnou metodou v ovlivnění sledovaných proměnných, neboť k očekávanému snížení deprese a disociace dochází pouze u skupiny experimentální a nikoliv komparativní. Rovněž nám výsledky statistického ověření hypotéz dovolují tvrdit, že je dvouměsíční mindfulness program účinným nástrojem u našich participantů, pocházejících z neklinické populace, v redukování míry depresivních a disociativních symptomů, a to i za pandemických podmínek.

Klíčová slova: mindfulness, deprese, všímavost, meditace, disociace, covid-19, světová pandemie

Příloha č. 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF RIGOROUS THESIS

Title: The impact of mindfulness development on depression and dissociation in context of a global pandemic

Author: Mgr. Přemysl Khýr

Number of pages and characters: 137; 280 697

Number of appendices: 3

Number of references: 212

Abstract:

This rigorous thesis aims to prove the influence of mindfulness development throughout the eight-week program on depression and dissociation during the first wave of the global pandemic of COVID-19. Furthermore, it focuses on proving the actual benefits of the mindfulness program, evaluated by comparison with the data from the control group. Considering the research goals and variables investigated, the thesis uses the quantitative methodology. The data from the respondents was obtained by using the Beck Depression Inventory method and Dissociative Experiences Scale, in the pre-test and in the post-test. The sample file therefore consists of the test group with a total of 39 respondents and a control group of the same number of respondents. The choice of respondents in both groups was made using the improbability method of selection. The resulting data from both groups (pre-test and post-test) were evaluated using statistical analysis. The results of the statistical analysis allow us to trust the effectiveness of the mindfulness development program, with the expected mind-change in depression and dissociation occurring only in the experimental group and not the control group. Furthermore, the analysis of the statistics proof of the hypothesis allows us to affirm the effectiveness of the mindfulness program applied on the non-clinical population in reducing the effect of depression and dissociation symptoms, even throughout the global pandemic.

Key words: mindfulness, depression, meditation, dissociation, covid-19, global pandemic

Příloha č. 3: Vybrané výpovědi účastníků programu rozvoje všímavosti

Do této přílohy přidáváme některé ze získaných anonymizovaných výpovědí participantů našeho mindfulness programu s jejich svolením. V opětovném vyplňování baterie dotazníků v posttestu jsme naše participanty požádali, aby se vyjádřili k celému absolvovanému programu. Zajímá nás subjektivní pohled účastníků na přínosnost celého programu, ale i informace, jestli hodlají v mindfulness meditaci dále pokračovat. Níže uvádíme některé z těchto anonymizovaných výpovědí:

- „Líbilo se mi to. Budu ráda pokračovat. Přijde mi ale pořád těžké, být tady a teď. Chce to asi víc cvičit. Aspoň si teď ale víc uvědomuji, kolik času nejsem přítomná.“
- „Bylo to bezva. Musím říct, že mi to dost pomohlo. Hlavně se umět dívat na to, co se ve mě děje jako nezaujatý pozorovatel. Jak jsme se o tom už společně bavili, tím, že umím od mých stavů bezmoci, stresu a úzkosti poodstoupit a jen to pozorovat, tak se cítím daleko líp, a hlavně mi to najednou vůbec neublíží. Určitě bych ráda pokračovala a knihu už mám objednanou. Nakonec tu Život samá pohroma, tak se těším.“
- „Začala jsem si uvědomovat sílu přítomnosti. Techniky se mi nedařilo cvičit každý den, často jsem se ale zpřítomňovala v průběhu dne. Techniky mi pomohly zklidnit stresové situace a lépe jsem se s nimi srovnávala. Rozhodně ve zpřítomňování a dalších technikách budu pokračovat.“
- „Zajímavá zkušenost. Aktivně pokračovat asi nebudu, ale určitě v neformální praxi pokračovat chci. Minimálně si u několika činností denně uvědomím, jestli jsem tady a teď. Ale celkově, procházky, vjemy, slunce, vítr, vůně, zvuky. Na to všechno se teď soustředím daleko víc.“
- „Moc se mi to líbilo a hodlám pokračovat. Přijde mi úžasné, jak člověk dokáže vše kolem sebe vidět úplně v jiné perspektivě. Jsou to věci, které má člověk celý život před očima, ale v důsledku shonu a aktivit je přehlížel. Je úžasné dovolit si na chvíli jen sednout a nic nedělat. Jen pozorovat. Velmi uklidňující. Hodlám pokračovat.“
- „Děkuji oběma za super dva měsíce. Na dost věcí se teď dívám jinak. Pomohlo mi to zvládnout covid situaci. Doufám, že mi meditování vydrží.“
- „Líbil se mi jiný pohled na svět, ve kterém celý život žiju. Techniky byly hodně zajímavé a uklidňující, budu pokračovat v bodyscanu a dechových praxích. Začala jsem víc chodit do přírody. Dřív jsem si brala aspoň mobil a s někým volala nebo poslouchala hudbu, teď si dovolím jen tak být a užívat si přítomnost.“