

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**KRÁTKÁ INTERVENCE ACT JAKO PROGRAM KE ZVÝŠENÍ KOGNITIVNÍ
FLEXIBILITY U ŽÁKŮ STŘEDNÍCH ŠKOL**

SHORT ACT INTERVENTION AS A PROGRAM TO INCREASE COGNITIVE FLEXIBILITY IN HIGH
SCHOOL STUDENTS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Štěpánka Suchardová**

Vedoucí práce: **PhDr. Martin Dolejš Ph.D.**

Olomouc

2023

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci s názvem *Krátká intervence ACT jako preventivní program ke zvýšení kognitivní flexibility u žáků středních škol* vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V

Dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému vedoucímu práce PhDr. Martinu Dolejšovi PhD. za odborné vedení a podporu při vytváření programu a psaní této práce.

Dále děkuji Gymnáziu Děčín za umožnění provedení celého projektu a jejich spolupráci. Velký dík patří všem participantům, kteří se zúčastnili programu a úspěšně ho dokončili, stejně tak jako studentům a studentkám z kontrolních skupin. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Další poděkování patří kolegovi Mgr. Jakubu Kurešovi za spolupráci na projektu ve formě lektorství a pomoc s přípravou některých hodin programu. Děkuji Ing. Jiřímu Suchardovi a Mgr. Bc. Radce Zatloukalové za pomoc s jazykovou stránkou práce. Zároveň chci poděkovat všem překladatelům, kteří se mnou spolupracovali při překladu zahraničních dotazníků použitých v této práci.

To největší poděkování patří rodině, přátelům a kolegům, kteří mě při realizaci projektu podporovali a věřili, že se mi podaří projekt úspěšně dokončit.

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. TERAPIE PŘIJETÍ A ODHODLÁNÍ (ACT)	10
1.1 TŘETÍ VLNA BEHAVIORÁLNÍCH TERAPIÍ	11
1.2 KONTEXTUÁLNÍ BEHAVIORÁLNÍ VĚDA JAKO FILOZOFICKÝ ZÁKLAD ACT	13
1.3 TEORIE VZTAHOVÝCH RÁMCŮ	15
1.4 ZDROJE PSYCHOPATOLOGIE V ACT/RFT	16
1.4.1 Kognitivní ztotožnění	16
1.4.2 Vyhýbání se prožitku	18
2. ZÁKLADNÍ TERAPEUTICKÉ PRINCIPY ACT	20
2.1 ŠEST HLAVNÍCH PILÍŘŮ ACT	20
3. ACT V PRAXI	25
3.1 EFEKTIVITA ACT PŘÍSTUPU	25
3.2 ACT PRO DĚTI A ADOLESCENTY	27
3.3 PREVENTIVNÍ PROGRAMY PRO DĚTI A ADOLESCENTY ZALOŽENÉ NA ACT	30
VÝZKUMNÁ ČÁST	34
4. VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE	34
4.1 CÍLE PRÁCE	35
5. DESIGN VÝZKUMU	37
5.1. PARTICIPANTI	39
5.2. PREVENTIVNÍ PROGRAM	40
6. METODY VÝZKUMU	42
6.1 DOTAZNÍK CAMM	42
6.2 DOTAZNÍK AFQ-Y	43
6.3 DOTAZNÍK CFI	44
6.4 PŘEVOD DOTAZNÍKŮ DO ČESKÉHO ZNĚNÍ	44
6.5 HYPOTÉZY KE STATISTICKÉMU TESTOVÁNÍ	45

6.6 FINÁLNÍ ZPĚTNÁ VAZBA	47
7. ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	49
8. PRÁCE S DATY A JEJÍ VÝSLEDKY	51
8.1 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	52
8.1.2 Výsledky experimentální a kontrolní skupiny	52
Experimentální skupina	52
Kontrolní skupina	53
Shrnutí výsledků	54
8.1.2 Porovnání experimentální a kontrolní skupiny	55
Dotazník CAMM	55
Dotazník CFI	56
Dotazník AFQ-Y	57
8.1.3 Korelační analýzy	58
8.2 VÝSLEDKY ANALÝZY ZPĚTNÉ VAZBY	60
8.2.1 Interpretace výsledků zpětné vazby	62
9. DISKUSE	64
10. ZÁVĚR	71
11. SOUHRN	72
LITERATURA	75
PŘÍLOHY	85

Úvod

O ACT jsem poprvé slyšela na přednášce klinického psychologa na Bangorské univerzitě ve Velké Británii. Již tenkrát mě princip terapie založené na přijetí reality a na odhodlaném jednání žít život podle svých osobních hodnot zaujal. Po několika letech jsem se setkala hned s několika doporučeními ACT technik v různých kontextech. Při dalším zkoumání jsem se dostala ke knihám Stephena Hayese (*A Liberated Mind: The Essential Guide to ACT*, 2019) a Russe Harrise (*The Happiness Trap*, 2022; *ACT jednoduše*, 2021) kteří se svou publikační činností zasloužili o popularizaci tohoto přístupu. Po přečtení několika knih od zmíněných autorů jsem byla překvapena, že ACT jako taková zatím není v českých terapeutických kruzích příliš známa a česky psané literatury na toto téma existuje ještě méně.

Ve světovém měřítku se ACT používá pro práci s dospělou populací, ale postupně se začínají objevovat výzkumy a programy zaměřené na práci s adolescenty a v některých případech i s mladšími dětmi. Vzhledem k vzrůstajícímu počtu psychických potíží u dětí a adolescentů, a kritickému nedostatku dostupné psychologické, terapeutické a další odborné péče pro tuto věkovou kategorii, jsem se rozhodla navrhnout a realizovat krátký preventivní program, jehož cílem bylo edukovat, zvyšovat povědomí o fungování lidské psychiky, zvyšovat pružnost myšlení a pokud možno předcházet rozvoji psychických potíží.

Jako teoretickou a praktickou základnu k projektu jsem si vybrala právě terapii přijetí a odhodlání (ACT), a to hned z několika důvodů. ACT je vědecky neustále zkoumaný a vylepšovaný přístup, který se dá velmi dobře přizpůsobit většině kontextů. ACT obsahuje velké množství technik a praktických cvičení, které se dají upravit do zábavné a hravé podoby, což je činí přístupné i pro mladší věkové kategorie. ACT v sobě snoubí výhody již klasického zlatého standartu kognitivně behaviorálního přístupu s přístupem existenciálním, metodami všímavosti, přístupy zaměřenými na člověka a další. Velkou výhodou ACT je i práce s pracovními listy, nácviky všímavosti, využití barvitých metafor a dalších aktivit, které se dají provozovat i hromadně ve školních třídách.

V první části této práce se věnujeme teoretickým východiskům ACT, základním principům a její efektivitě. Dále se zabýváme popisem využití ACT pro populaci adolescentů a dětí školního věku, zaměřujeme se na specifika práce s touto věkovou kategorií a jejich aktuálními potřebami.

V empirické části se soustředíme na popis vytváření preventivního programu a použitých metod měření. Součástí práce je překlad dotazníků z původních anglických verzí do češtiny. Realizace krátkého preventivního programu ACT probíhala během prvního pololetí školního roku 2022/2023. I když bylo díky častým absencím účastníků získáno méně kompletních dat, než bylo původně plánováno, podařilo se nám získat cenná data a zpětnou vazbu k evaluaci programu, jeho budoucímu vývoji a možnému využití.

Výzkumný projekt přinesl cenné informace o možnostech a omezeních tohoto a podobných preventivních programů. Zpětná vazba na program od žáků a žákyň samotných nám umožnila zhodnotit vhodnost jednotlivých technik a poskytla nám inspiraci k budoucí práci.

Teoretická část

Teoretická část práce je věnována představení Acceptance and Commitment Therapy (dále jen ACT), pro kterou existuje více českých překladů. Například Šlepecký et al. (2018) ACT překládá jako terapii pomocí přijetí a závazku, dále se objevují překlady terapie přijetí a odevzdání a terapie smíření a odhodlání. V této práci budeme používat název terapie přijetí a odhodlání, který nejvíce vystihuje podstatu tohoto přístupu. I když se ACT postupně dostává do českého prostředí, jmenovitě hlavně s překlady praktických ACT manuálů terapeuta Russe Harrise (ACT jednoduše 2021, ACT s láskou, 2023), a začínají se objevovat zážitkové kurzy a představení ACT jako terapeutického směru, stále jde o přístup v českém prostředí z velké části neznámý.

ACT a její využití spolu s její efektivitou je intenzivně empiricky zkoumáno a k roku 2023 bylo provedeno a publikováno přes 1000 randomizovaných kontrolovaných studií (randomized controlled trial, RTC), což je typ studií považovaný za zlatý standard výzkumu. ACT byla a je dále zkoumána v mnoha kontextech, například při léčbě a práci s rozmanitými typy psychických potíží a závislostí, výzkumy se zabývají i použitím ACT jako podpůrné metody při léčbě chronické bolesti, cukrovky, obezity, vysokého tlaku a mnoha dalších.

Dále se budeme věnovat použití ACT pro práci s dětskou a adolescentní populací. ACT se ukazuje jako vhodný typ terapie pro tuto věkovou kategorii, pokud je dostatečně upraven a jsou respektována specifika práce s touto věkovou skupinou. ACT je používána při léčbě úzkostných a depresivních stavů a poruch u dětí a adolescentů, a její využití se rozšiřuje na další potíže spojené například s agresivitou, šikanou, impulzivitou, studijním neúspěchem, neurovývojovými poruchami pozornosti a další. V zahraničí bylo realizováno již několik výzkumů preventivních a intervenčních programů pro školy založených na ACT, které jsou určeny pro převážně zdravou populaci a jejichž cílem je předcházení vzniku psychických potíží a patologických jevů například v kolektivu školních tříd.

1. Terapie přijetí a odhodlání (ACT)

Koncept terapie přijetí a odhodlání (ACT) byl vyvinut v USA v polovině 80 let 20. století psychologem Stephenem Hayesem a dále rozvinut ve spolupráci s jeho kolegy Kirkem Strosahlem a Kelly Wilson (Hayes et al., 1999). Stephen Hayes je vycvičeným KBT terapeutem. Vzniku ACT předcházela jeho několikaletá boj s panickými atakami, se kterými si nedokázal pouze za pomoci svých dosavadních znalostí z kognitivně behaviorální terapie a z psychologie sám poradit. Jeho vlastní zkušenosti s nedostatky KBT a dalších existujících terapií pak vedly k postupnému objevování nových možností práce s lidskou psychikou, a následnému vytváření nového terapeutického systému, který byl později nazván terapií přijetí a odhodlání (Hayes, 2019).

ACT je ve svém jádru behaviorální terapií navazující na tradice KBT, která zároveň klade důraz na životní hodnoty, soucit se sebou a s ostatními, odpuštění, přijetí skutečnosti i vnitřních prožitků, žítí v přítomnosti a propojení s transcendentním Já. Snoubí se v něm prvky tradiční kognitivně behaviorální terapie s humanistickým, existenciálním a spirituálním přístupem čerpajícím z tisíce let starých východních i západních duchovních tradic.

Z perspektivy ACT utrpení, ať už se jedná o sociální fobii, obsedantně-kompulzivní poruchu, deprese, nebo vztahové a existenciální problémy, není způsobeno přímo myšlenkami, emocemi nebo fyzickými projevy, které zažíváme, ale pramení z našich snah těmto prožitkům nějakým způsobem vzdorovat, reagovat na ně nebo je potlačit. Z dlouhodobého hlediska vedou tyto strategie k zvýšené frekvenci projevů symptomů a zvyšuje se i jejich intenzita. To vyvolává snahu o ještě větší získání kontroly nad našim prožíváním, zhoršuje se vyhýbavé chování a tím postupně i kvalita našeho života. Když jsme neustále vtahováni do našich osobních potíží a problémů takovým způsobem, že nemáme čas ani prostor věnovat se ničemu jinému, a život se pro nás stává jedním velkým bojem, prožívání smysluplnosti života se pak snadno začne vytrácet a náš pohled se zužuje jen na naše problémy a negativní zážitky.

Cílem ACT je pomoci lidem žít bohatý a smysluplný život a zároveň přijmout nevyhnutelnou bolest a utrpení, se kterými se všichni ve svém životě setkáváme a kterým se nelze vyhnout (Hayes, 2004). ACT podporuje jednotlivce k tomu, aby byli schopni na situace reagovat aktivně a konstruktivně, a aby souběžně přijímali své

myšlenky a pocity bez snahy je změnit, nahradit nebo s nimi bojovat. Klíčovým bodem v ACT je důraz na fakt, že chování a pocity mohou existovat zároveň a nezávisle na sobě, jejich existence se vzájemně nevylučuje (Lamar et al., 2014).

1.1 Třetí vlna behaviorálních terapií

Behaviorální terapie může být rozdělena do tří etap vývoje. První etapou je tak zvaná tradiční behaviorální terapie, jejímiž představiteli jsou například Joseph Wolpe a Isaac Marks, kteří se na rozdíl od soudobé praxe zaměřovali na analýzu a snahu o změnu zjevného chování svých klientů. Změna chování pak měla pozitivní sekundární efekt i na prožívání klientů a vymizení příznaků například úzkostných poruch. Jako druhá vlna behaviorální terapie je označována kognitivně behaviorální terapie (KBT), která vznikla integrací klasické behaviorální terapie první vlny s kognitivní terapií Alberta Ellise a Aarona Becka. K analýze zjevného chování se přidalo zkoumání vědomých mentálních procesů, automatických myšlenek, představ a navyklých způsobů uvažování. Mezi základní metody terapie se zařadilo dotazování, kognitivní restrukturalizace a behaviorální experimenty (Šlepecký et al., 2018). Nejnovější, tak zvaná třetí vlna behaviorálních terapií, začala vznikat v 80. letech 20. století a reflektovala potřebu rozšíření terapeutických metod a přístupů o kontext vznikajících nebo existujících potíží. Třetí vlně dominuje snaha o integraci dalších psychoterapeutických přístupů a snaha o práci s emocemi a tělem, traumatickým terénem, dětskými zkušenostmi a ranými vzpomínkami. Inspiraci tyto terapie čerpají z existenciálních a interpersonálních terapií, zaměřují se na vůli ke smyslu, na rozpoznání a řízení se životními hodnotami, na svobodu a přijetí života takového, jaký je. Promítá se do nich i gestalt psychoterapie, narativní přístupy, systemická psychoterapie a buddhistické a jógové přístupy.

Do třetí vlny behaviorálních terapií patří ACT spolu s terapií založenou na všímavosti (Mindfulness Based Cognitive Therapy, MBCT), která pracuje s využitím všímavosti, meditace a různých typů dechových cvičení, a byla původně vytvořena k léčbě a předcházení vzniku deprese (Segal et al., 2002). Tato terapie je částečně založena na technice MBCT (Mindfulness-based stress reduction), jejímž autorem je John Kabat-Zinn a původně byla určena pro zvládnání chronické bolesti, snižování míry prožívaného stresu a léčbě dalších psychosomatických onemocnění. V dalších letech došlo k výraznému rozšíření jejího využití na další psychické potíže (Kabat-Zinn, 2011).

Do třetí vlny také zařazujeme dialekticko-behaviorální terapii (Dialectical behavioral therapy, DBT), jejímž autorem je Marsha Linehan (1993). DBT byla původně zaměřena na práci s klienty s hraniční poruchou osobnosti. DBT kombinuje opět základní strategie behaviorální terapie s všímavostí, přijetím reality a následnou změnu toho, co se změnit dá. Důležitou součástí je práce s emocemi, schopnost je přijmout a tolerovat takové, jaké jsou a schopnost vidět je v kontextu jejich vzniku. Technologie změny v DBT vychází z teorie krize a z principů učení. Koncept bezpodmínečného přijetí reality čerpá z buddhistického zenového přístupu (Šlepecký et al., 2018).

Další terapií třetí vlny je na soucit zaměřená terapie (Compassion Focused Therapy, CFT), jejímž cílem je zlepšování mentálního zdraví a léčba emočních problémů na základě rozvoje soucitu se sebou samým a s ostatními (Gilbert, 2010). Soucit se sebou samým je konceptem převzatým z buddhistické tradice a jedním z jeho největších popularizátorů je například Kristin Neff (2011). Na soucit zaměřená terapie dále pracuje s poznatky kognitivně behaviorální terapie, neurovědy, vývojové, evoluční a sociální psychologie.

Hlavní směry třetí vlny KBT završuje schéma terapie (Young et al., 2003). Young a kolegové zjistili, podobně jako Hayes a Linehan, že pro některé klienty je tradiční KBT neúčinná a po dokončení léčby dojde v těchto případech k relapsu. Pro tyto klienty vytvořil typ terapie, který integruje gestalt terapii, psychodrama, teorii vztahové vazby, humanistické a psychoanalytické terapeutické postupy, teorii objektivních vztahů a konstruktivismus. Hlavní důraz je kladen na zážitky z raného dětství, v terapii se pracuje s hluboce zažitými ranými maladaptivními schémata chování, myšlení a emočními reakcemi. Rozpoznáním hluboce zažitých schémat myšlení a reagování je klient motivován k jejich změně a pracuje na ní ve spolupráci s terapeutem. Terapeutický vztah je pro schéma terapii jedním z nejdůležitějších prvků. Terapeut jedinci poskytuje jakýsi náhradní rodičovský vztah (limited parenting) a pomáhá mu s dodatečnou realizací potřeb, které nebyly dostatečně naplněny během dětství a dospívání (Šlepecký et al., 2018).

Všechny tyto terapie k tradičním behaviorálním intervencím přidávají další dimenze, jako je kontext, všímavost, soucit a bezpodmínečné přijetí. Spíše než na snahu o změnu psychologických dějů, jak je tomu v případě KBT, se přístupy třetí vlny zasazují o změnu funkce těchto dějů a vztah člověka k nim (Hayes et al., 2006). ACT si klade za cíl

zvyšovat pružnost myšlení a pomáhá svým klientům zaměřit se na funkci jejich myšlenek spíše než na jejich obsah (Hayes, 2004).

ACT je tedy zařazována mezi funkcionálně kontextuální behaviorální terapie, a její fungování je založeno na vědeckém přístupu kognitivně behaviorální vědy (CBS) (Hayes et al., 2013).

1.2 Kontextuální behaviorální věda jako filozofický základ ACT

Kontextuální behaviorální věda (Contextual Behavioral Science, dále CBS) je specifický vědecký přístup založený na funkcionálním kontextualismu a behaviorální analýze. CBS je základním výzkumným paradigmatem, na němž staví ACT a RFT (Relational Frame Theory – Teorie vztahových rámců, viz níže). Hlavním zaměřením přístupu je role kontextu v chápání a ovlivňování lidského chování, s důrazem na praktickou a vědeckou základnu teoretických předpokladů, s co největší možnou hloubkou a rozsahem (Hayes et al., 2012). Jakákoliv analýza chování musí vycházet z kontextu, ve kterém se dané chování objevuje. Z praktického hlediska není možné pojmout celý kontext, protože ten se neustále proměňuje a je komplexní, takže se musíme spokojit pouze s některými z jeho částí, které jsme schopni vyčlenit a objektivně pozorovat. Ty části, které je možné analyzovat, jsou vybrány za účelem správně předpovídat a ovlivňovat chování.

Pokud sledujeme nějakou činnost z pohledu kontextualismu, vždy se soustředíme nejen na činnost jako takovou, ale bereme v potaz její vznik, s čím ji máme spojenou, jak jsme se ji naučili, v jakém prostředí a za jakých okolností ji provádíme a s jakým úmyslem. Nezapomínáme ani na vlivy fyzického prostředí, nálad a pocitů, tělesného zdraví nebo nemoci, fyziologických potřeb a dalších faktorů. Například běžná aktivita sprchování není analyzována jako činnost sama o sobě, tedy jako souběh pohybů při zapínání proudu vody, používání mýdla a podobně, ale díváme se na ni jako na činnost, kterou děláme pravidelně na určitém místě, v určitou denní dobu, s určitým trváním, technikou a preferencemi. Účelem činnosti je umýt své tělo, abychom dodržovali základní hygienická pravidla a abychom se vyhnuli negativním reakcím okolí, pokud tak neučiníme. Smysl chování je tedy podmíněn sociálním, kulturním a historickým kontextem. V případě sprchování se stačí podívat do jiné historické epochy nebo jiného

kulturního a sociálního systému, abychom mohli pozorovat různé přístupy k praktikované hygieně a očištění těla.

Důraz na analýzu chování v kontextu má dopad na vědecký přístup, teorii a konkrétní klinické metody používané v ACT. Spíše než snahu o změnu specifických kognicí a emocí a jejich následků (například restrukturalizaci sebekritických myšlenek ke snížení depresivní nálady a zvýšení sociální aktivity), se ACT snaží změnit kontext, ve kterém se myšlenky a emoce objevují, čemuž se někdy říká efekt oddělení (decoupling) (Levin et al., 2015). ACT mění okolnosti vztahování k vnitřním prožitkům, takže mají méně vlivu na chování – sebekritické myšlenky jsou zaznamenány a vnímány jen jako myšlenky, tedy mentální fenomény probíhající na pozadí, zatímco se člověk soustředí na konkrétní aktivitu, kterou právě vykonává.

V praxi se musíme vždy dívat na chování v jeho kontextu, abychom mohli porozumět jeho funkci. Například pokud dospělý člověk udeří rukou do zdi, toto chování může mít jednu z následujících funkcí: snaha o uvolnění psychického napětí, snaha rozbít zeď, přesměrování agrese z živého člověka na neživý předmět, pokus zabít pavouka, pokus přivodit si úraz, dát okolí najevo své emoce atd. V ACT se pak na chování můžeme dívat z pohledu jeho užitečnosti k dosažení cíle, bez hodnocení nebo souzení. Pokud chování pomáhá člověku utvářet si život takový, jaký si přeje, pak je užitečné. Pokud je výsledek opačný, pak je chování neúčinné.

Ke každému chování se vztahují dva typy kontextuálních vlivů: antecedenty a důsledky. Antecedenty jsou faktory, které konkrétní chování spouští – bezprostředně mu předcházejí. V terapeutické praxi jde především o konkrétní situace, myšlenky a pocity. Každé chování pak vyvolá určité důsledky, které můžeme rozdělit na důsledky pozitivní (chování se nám nějakým způsobem vyplatilo, bylo odměněno) a důsledky negativní (chování se nevyplatilo, bylo nějakým způsobem potrestáno). Pokud se nám důsledky chování natolik vyplatí, že ho začneme dělat častěji nebo s větší intenzitou, pak se jedná o důsledky zpevňující. Součástí praxe v ACT je právě analýza antecedentů a důsledků chování, kterou nazýváme funkční analýza chování (Harris, 2021).

1.3 Teorie vztahových rámců

ACT je založena na teorii vztahových rámců (Relational Frame Theory, dále RFT) Stephena Hayese, který je zároveň jedním ze zakladatelů ACT. RFT tvrdí, že základem myšlení je vztahování, tedy schopnost lidského jazyka vytvářet oboustranné spoje mezi objekty. Tyto vazby bývají často zobecňovány i na jiné objekty nebo situace a přijímány jako absolutně pravdivé, i když se jedná o vazby arbitrární. Vytváření těchto vazeb je centrálním komponentem jazyka a kognice (Hayes, 2004).

V raném životě, když se děti učí používat jazyk, propojují podněty na základě nearbitrárních znaků (nonarbitrary features), konkrétně ty, které jsou součástí jejich zkušeností získaných přímo z pěti smyslů. Vztahování odkazuje na chování (vnitřní nebo vnější) jako odpověď na jeden podnět, založený na vztahu k jinému podnětu. Mezi takové vztahové vazby patří například: „toto je *podobné* tomuhle“ „tato věc je *větší* než tahle“ „*pokud* udělám tohle, *pak* se stane tohle“.

Lidé mají unikátní schopnost vyvozovat vztahy na základě předchozí zkušenosti, aniž by měli přímou zkušenost s podnětem. Například učení se, že koruna je menší než desetikoruna a desetikoruna je menší než padesátikoruna, a vyvození faktu, že koruna je menší než padesátikoruna. Schopnost vyvozovat vztahy vysvětluje generativitu při osvojování jazyka a také schopnost učit se věci při absenci přímé zkušenosti (Turrell & Bell, 2016). Patologickým projevem jinak užitečného a nezbytného procesu jazykového učení jsou například obsese. Mohou pak například vznikat následující myšlenkové pochody: „žloutenka se přenáší bakteriálně od lidí s nedostatečnou hygienou -> každý špinavý člověk může mít žloutenku -> lidé se štítí nemocných lidí -> nesmím sahat na nic, na co mohl sáhnout špinavý člověk, jinak také dostanu žloutenku, lidé se mě budou štítit a budu už navždy osamělý, vyloučený z kolektivu.“ Postupnou generalizací pak dochází například k obsesivnímu a rituálnímu mytí, nadměrnému strachu z nákazy a podobně.

Odvozené vztahové reagování se objevuje i v ryze sociálních kontextech, bez přítomnosti fyzických předmětů nebo přímých smyslových vjemů. Různé typy vztahování se přímo trénují a posilují. Jakmile je nearbitrární vztahování zažito skrze přímou zkušenost a posilování, děti získají schopnost používat rámcové vztahování. Rámcové vztahování je založeno na arbitrárních nebo sociálně podložených znacích různých projevů (Torneke, 2010).

Přílišná rigidita myšlení může vést k zafixování neefektivních vzorců myšlení a přehnanému zobecňování jednotlivých zkušeností (např. když se mi něco nepovedlo jednou, nepovede se mi to nikdy), které mohou vést až k rozvoji psychopatologie. RFT vysvětluje specificky lidskou a komplexní schopnost vytvářet a následovat pravidla, a vztahovat se k vlastnímu chování. Porozumění těmto procesům a jejich vzniku má potenciálně dalekosáhlé praktické využití v terapeutické praxi (Torneke et al., 2015). Pokud jsme schopni porozumět vzniku potíží, můžeme najít lepší cestu k jejich řešení. Podrobné vysvětlení RFT je nad rámec této práce, pro naše účely jsme se pokusili tedy jen o její stručné nastínění.

1.4 Zdroje psychopatologie v ACT/RFT

Platný model psychopatologie, se kterým ACT pracuje, postuluje, že každý člověk zažívá bolest, zranění a ztrátu, a tyto zkušenosti jsou neoddělitelnou součástí života. Utrpení nastává pouze v interakci jazykových procesů a vytváření verbálních pravidel a podmínek, kterými se snažíme zvládat nebo minimalizovat bolest, popřípadě se jí úplně vyhnout. Snaha vyhnout se utrpení a bolesti často ztěžuje nebo přímo vylučuje žít život založený na našich osobních hodnotách a vytrácí se z něj smysluplnost. Takový způsob myšlení se v ACT nazývá psychická strnulost a je pravděpodobně výsledkem neefektivní kontroly nad procesy asociativního myšlení. Proto je ACT model psychopatologie tak neodlučitelně svázán s procesy popisovanými v teorii vztahových rámců (Coyne et al., 2011). Mezi dva hlavní zdroje psychické strnulosti patří kognitivní ztotožnění a vyhýbání se zkušenosti.

1.4.1 Kognitivní ztotožnění

Kognitivní ztotožnění znamená, že našemu skrytému chování (myšlenky, pocity, vnitřní fenomény) i našemu zjevnému chování (na venek pozorovatelné chování) vládnu naše kognitivní procesy způsobem, který je pro nás ve výsledku škodlivý a problematický (Harris, 2021). Například na myšlenku „nezvládnou tu prezentaci přednést před plným sálem lidí“ zareagujeme tak, že se na plánovanou prezentaci raději nedostavíme. Naše uvědomování myšlenek nás natolik pohltní a přesvědčí, že jim naprosto uvěříme a budeme s nimi zacházet jako s realitou. Kognitivní ztotožnění je silně navázáno na teorii vztahových rámců, kterou je definováno jako excesivní nebo nevhodná regulace chování verbálními procesy (Hayes et al., 1999).

Pro ACT je důležité hodnocení užitečnosti nebo případné škodlivosti každého sledovaného fenoménu. Pokud dojde ke ztotožnění s myšlenkami a pocity, které jsou neutrální nebo pozitivní, a které nemají žádné nebo alespoň žádné dlouhodobé negativní následky, pak se nejedná o kognitivní ztotožnění.

Dle Harrise (2021) se ztotožnění dělí do šesti širokých kategorií, které se vzájemně do určité míry překrývají. Jedná se o:

1. **Ztotožnění s minulostí.** Zahrnuje všechny myšlenky o minulosti včetně litování, přemítání, obviňování sebe a ostatních, idealizace určitého období ze svého života, utápění se v pozitivních nebo negativních vzpomínkách a další.
2. **Ztotožnění s budoucností.** Zahrnuje všechny myšlenky o budoucnosti včetně obav, přemýšlení o nejistotách a plánech, očekávání neúspěchu nebo katastrofy, ztráty a beznaděje, nebo naopak očekávání velkého úspěchu či výhry, získání ideálního partnera/partnerky nebo dosažení vysněné změny.
3. **Ztotožnění se sebezpojetím.** Jde o všechny myšlenky, kterými se člověk hodnotí nebo popisuje, včetně negativního sebehodnocení (*Jsem k ničemu, všichni mnou pohrdají, nikdy ničeho nedosáhnou, jsem bezcenná, jsem špatný člověk*) i pozitivního sebehodnocení (*nikdo není lepší než já; já vím nejlépe, co je pro ostatní dobré a jedině já to dokážu zařídit; beze mě by se v práci neobešli*). Do této kategorie se řadí i nadměrná identifikace s nálepkami nebo diagnózami (*Jsem úzkostná. Jsem gambler. Mám těžké ADHD*).
4. **Ztotožnění se s pravidly.** Tato kategorie obsahuje všechna pravidla, která určují, jaký by měl být svět, my sami a všichni ostatní v našem okolí i na celém světě. Vyznačují se slovy musím, měla bych, dobrý/špatný, správný/nesprávný, dále obsahují podmínky dokud – pak, abych mohl – tak musím a další (*Nesmím selhat. Abych si mohla koupit nové oblečení, nejdřív musím zhubnout. Dokud mi ostatní nepřestanou křivdit, nemohu být nikdy spokojený.*).
5. **Ztotožnění se s důvody.** Jakékoliv zdůvodnění, proč není možné něco změnit nebo udělat. (*Jsem příliš zaneprázdňena na to, abych mohla odpočívat. Nemohu se rozvést, co by si o mě lidé pomysleli? Jsem tak nepřitažlivý, že nemá cenu ani se pokusit hledat si partnera/partnerku.*)

6. **Ztotožnění se s hodnocením.** Zahrnuje pozitivní i negativní typy hodnocení a posouzení sebe, svého těla nebo jeho částí, myšlenek nebo pocitů, druhých a další. (*Doma mi vždycky říkali, že nikdy ničeho nedosáhnu, a měli pravdu.*)

1.4.2 Vyhýbání se prožitku

Druhým zdrojem psychopatologie dle ACT je snaha o vyhnutí se nechtěnému prožitku. Zvířata a lidé jsou přirozeně motivováni k vyhýbání se bolestivým a nepříjemným prožitkům a zkušenostem, především bolesti a utrpení, ale i fyziologickým prožitkům jako je žízeň nebo hlad. V ACT se konceptem vyhýbání se prožitku převážně myslí snaha uniknout jakémukoliv osobnímu niternému prožitku, například myšlenkám, pocitům, vjemům, představám, vzpomínkám a podobně. V ACT se neomezujeme pouze na fyziologické fenomény. Na rozdíl od zvířat jsou lidé schopni nepříjemné prožitky a bolestivé vzpomínky vyvolávat a znovu zažít pomocí jazyka a jeho symbolické funkce v podstatě kdykoliv (Blackledge & Hayes, 2001). Například vybavení si a vyprávění o emočně bolestné události (rozchodu s partnerem, selhání, úmrtí blízkého člověka atp.) může vést k opakovanému prožití té stejné bolesti, v případě výrazně emočně nabitých vzpomínek může dojít i k opakované traumatizaci. Verbální myšlení tedy exponenciálně zvyšuje počet vodítek, které poukazují na možné nebezpečí. Každý člověk pak může být motivován vyhnout se nejen nebezpečí v reálném světě, ale i jeho symbolické reprezentaci v myšlenkách, vzpomínkách a představách (Chawla & Ostafin, 2007). Lidská mysl je nastavena tak, aby dokázala řešit problémy. Ve vnějším světě její taktiky fungují velmi dobře (když tě honí divoké prase, vylez na strom). Problém nastává, pokud se tímto způsobem snažíme vyhnout našim vnitřním prožitkům. Ve vnitřním světě se pak tyto strategie stávají zdrojem patologie.

Nejběžnějším příkladem snah vyhnout se vnitřním prožitkům jsou různé typy závislostí. Z velké části jde o snahu zahnat nudu, vyhnout se přemýšlení o nepříjemných tématech, zbavit se pocitů osamělosti a izolace, viny, hněvu a tak dále. Užívání návykových látek, patologické hráčství, nakupování nebo ponoření se do práce může z krátkodobého hlediska pomoci před těmito nepříjemnými prožitky uniknout. Potlačování emocí a myšlenek, snaha o rozptýlení se a další behaviorální strategie používané k vyhýbání se stresujícím situacím jsou spojeny s negativními psychologickými následky a výskytem psychopatologie (Chawla & Ostafin, 2007). Z

dlouhodobého hlediska se tak nejedná o efektivní řešení problémů, vyhýbání se řešení často jen potíže zvětšuje a vede tak ještě k většímu utrpení a bolesti. Výhodou konceptu vyhýbání se zkušenosti je analýza chování z hlediska jeho funkce v jeho kontextu, což má následně velkou využitelnost v terapeutické praxi (Hayes et al., 1996).

Dalším dobrým příkladem vyhýbání se prožitku jsou úzkostné poruchy. Úzkost je běžná součást lidského prožívání, ale v jádru všech úzkostných poruch leží nadměrná snaha o vyhnutí se jejímu prožitku. Tento proces příkladně ukazuje stále častěji se vyskytující sociální fobie; cítím úzkost v kontaktu s lidmi, takže se začnu vyhýbat sociálním kontaktům a čím dál tím méně chodím mezi lidi. Z krátkodobého hlediska úzkost poleví a náš problém je zdánlivě vyřešen, ovšem z dlouhodobého hlediska tato strategie vede k čím dál větší izolaci a pocitům samoty, úzkost a celková nespokojenost se prohlubují a začínají dominovat životu postiženého (Harris, 2021). Soustředěním se na snahu o ovládnutí nekontrolovatelných vnitřních procesů, v tomto případě například úzkosti, nás uzavírá před vnějšími zkušenostmi a znesnadňuje nebo dokonce znemožňuje nám žít život založený na našich hodnotách.

2. Základní terapeutické principy ACT

Zastřešujícím cílem ACT je podporovat rozvoj psychické pružnosti, která umožňuje lidem žít v souladu s jejich životními hodnotami a sledovat vlastní cíle ve smysluplných oblastech života. ACT se zaměřuje na kognitivní ztotožnění a vyhýbání se zkušenosti jako na škodlivé procesy, pomáhá s nimi pracovat, snižovat četnost jejich výskytu a zbavovat se tendencí k nim. Tak umožňuje lidem zapojit se do pro ně hodnotného chování. Zjednodušeně řečeno, hlavní otázka, kterou ACT pokládá, zní takto: Vzhledem k rozdílu mezi vámi a věcmi, se kterými se potýkáte a snažíte se je změnit, jste ochotni tyto věci zažít takové, jaké jsou, bez boje a odmítání?

2.1 Šest hlavních pilířů ACT

ACT pracuje se šesti jádrovými terapeutickými procesy, které se často zobrazují jako tzv. ACT hexaflex. Patří mezi ně odstup, přijetí, hodnoty, odhodlané jednání, propojení s přítomným okamžikem a já-jako-kontext. Jednotlivé procesy se v centru hexaflexu spojují do schopnosti psychické pružnosti (kognitivní flexibility). Model ACT je ze své podstaty nelineární. Použití jednotlivých procesů se může v terapii prolínat a různě na sebe navazovat podle konkrétních potřeb klienta a preferencí terapeuta. V této části práce se podíváme na jednotlivé jádrové procesy, jak je popisuje Harris (2021).

Odstup

Odstup je opakem splynutí s vlastními myšlenkami, vzpomínkami a pocity. Při splynutí operujeme s myšlenkami jako by se jednalo o fakta, a ne jen o mentální fenomény. V ACT se klienti učí zaujmout místo pozorovatele, vytvořit prostor mezi sebou a svými myšlenkami a pocity, odstoupit od nich nebo se od nich odpojit. Odstup je soustředěný primárně na verbální procesy těchto zážitků. Důraz je dáván na to, že myšlenky jsou jen myšlenkami, tedy mentálními fenomény, a nejedná se o pravdy, podle kterých musíme žít. S odstupem se můžeme vnitřních prožitků držet jen zlehka a dovolit jim, aby nás vedly, a přitom neovládaly náš život. Pro vytváření odstupu je důležitá všímavost a orientace na přítomný okamžik, bez které není možné odstup dosáhnout.

Přijetí

Přijetí, jinak také otevření se prožitku, znamená schopnost dovolit nechtěným skrytým dějům nebo projevům chování (myšlenkám, pocitům, fyzickým prožitkům, pudům, vzpomínkám a dalším), aby existovaly v přítomnosti, dokud přirozeně neodejdou

nebo nepřestanou působit. V kontrastu s přijetím je boj s vnitřními mentálními fenomény. Bojem myslíme jakoukoliv snahu je potlačit, popřít, vyvrátit nebo se vyhýbat činnostem, které je mohou vyvolat. Proces přijetí se soustředí především na afektivní stránku těchto zkušeností. ACT se soustředí na prozkoumávání těchto pocitů s otevřeností, zvědavostí a schopností soucitu sama se sebou.

Všímavost

Všímavost je termín, který může být mnohoznačný a vyvolávat velké množství konotací. V rámci ACT je proces všímavosti definován jako kontakt s přítomným okamžikem, schopnost být tady a teď, pružně věnovat pozornost tomu, co se právě teď děje a co zrovna prožíváme: schopnost přesunout, udržet, rozšířit nebo zúžit naši pozornost na to, co je v danou chvíli podstatné. Může se jednat jak o vnější, tak i vnitřní svět, popřípadě i obojí najednou. Hlavním cílem je se na zážitek napojit a plně jej prožít. Důležitou součástí všímavosti je vnímání okamžiku takového, jaký skutečně je, bez soudů o tom, jaký by okamžik měl nebo neměl být, bez hodnocení a projekcí našich představ do budoucnosti nebo zbarvení okamžiku našimi obsahy z minulosti.

Já-jako-kontext

Tento proces obsahuje vyvinutí si schopnosti zaujmout novou perspektivu, tak zvané „pozorující já“. Znamená to stát „mimo“ sebe a pozorovat „sebe v tuto chvíli“ s pochopením pro sebe a své jednání. Jde o proces, který umožňuje odstup a přijetí. Já-jako-kontext stojí v kontrastu k já-jako-obsah. Já-jako-obsah je vlastně konceptualizace já, osobního příběhu, což je propojení různých postřehů, hodnocení a popisů, na základě kterých si každý formuje představu o sobě a o svém chování.

Jinak řečeno, můžeme se na sebe dívat jako na část, která přemýšlí a na část, která si toho všímá. Když mluvíme o mysli, ve většině případů tím míníme tu část, která aktivně vytváří soudy, myšlenky a přesvědčení, plánuje budoucnost a další. Já-jako-kontext je ta část nás, která je schopná toto vše pozorovat, je si všech procesů vědoma (Harris, 2021).

Hodnoty

Z ACT pohledu jsou hodnoty vždy svobodně zvoleny, vyjádřeny verbálně (vnímáno skrze rámec RFT), a posilují vzorce chování, které jsou samy o sobě zapojeny do

oceňovaného vzorce chování (Rahal & Gon, 2020). Identifikace hodnot slouží jako vnitřní kompas, podle kterého můžeme nasměrovat své jednání mimo naše zautomatizované a pravidly řízené chování. Hodnoty popisují, jak se chceme trvale chovat, za čím si chceme stát, jak nakládat se sebou samým a se světem okolo. Jsou to žádoucí kvality psychického a tělesného jednání (Harris, 2021).

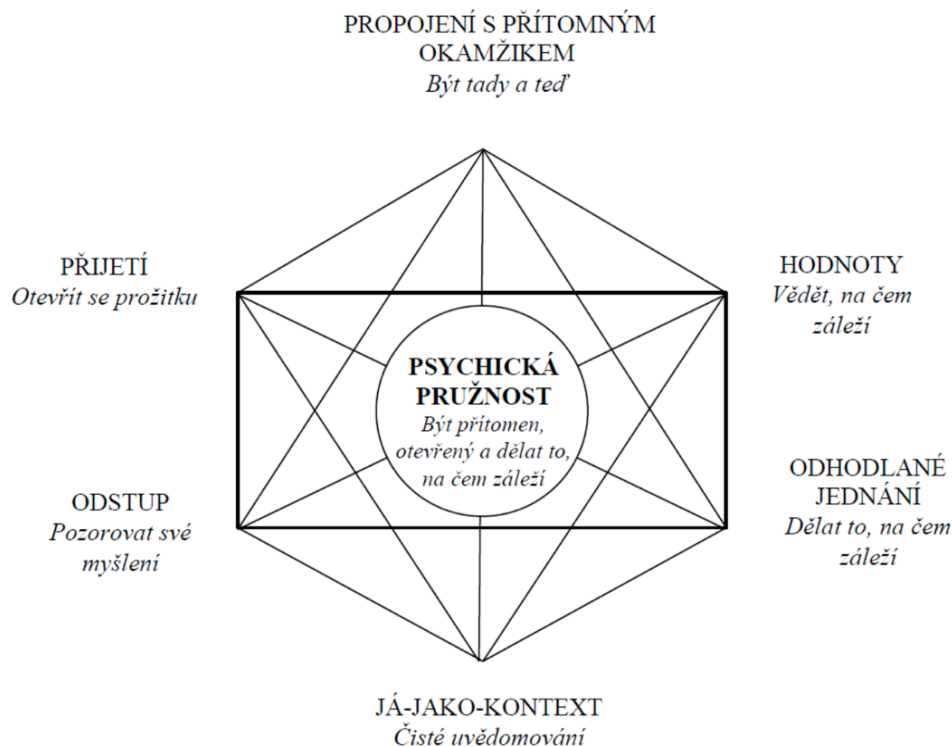
Klienti v terapii jsou podporováni v tom, aby se naučili rozeznat, na čem jim v životě skutečně záleží. Pak si mohou začít představovat, jak by takový život žitý podle jejich hodnot mohl vypadat. Hodnoty jsou hlavním motivujícím prvkem v ACT.

Odhodlané jednání

Na základě hodnot si klienti určují, jaké kroky chtějí podniknout, aby žili v souladu se svými hodnotami. Účinné jednání zahrnuje jak psychické fenomény, tak i fyzické chování. Často se jedná o nepříjemné nebo nekomfortní jednání, většinou přinášející konfrontaci s negativními pocity nebo prožitky, kterým se klient snažil svým chováním vyhnout. Odhodlané jednání je tak hlavní behaviorální složkou ACT, která v sobě obsahuje expozici. Expozice v ACT je definována jako plánovaný kontakt s podněty, které omezují rozsah chování, s cílem rozšířit flexibilitu reakcí (Harris, 2021). Cíle, kterých chceme odhodlaným jednáním dosáhnout, jsou vždy postavené na osobních hodnotách.

Všechny výše popsané klíčové terapeutické procesy ACT se znázorňují v tzv. ACT hexaflexu (na obrázku č. 1). Hexaflex připomíná šestihranný diamant, kde je vidět propojení všech komponentů a v jeho centru je hlavní koncept psychické flexibility. Čím větší je psychická flexibilita, tedy schopnost jednat všímavě a v souladu se svými hodnotami, plně si uvědomovat a být otevřený svým prožitkům, tím větší je kvalita našeho života.

Obrázek č. 1 – Hexaflex, převzato z ACT Jednoduše (Harris, 2021):



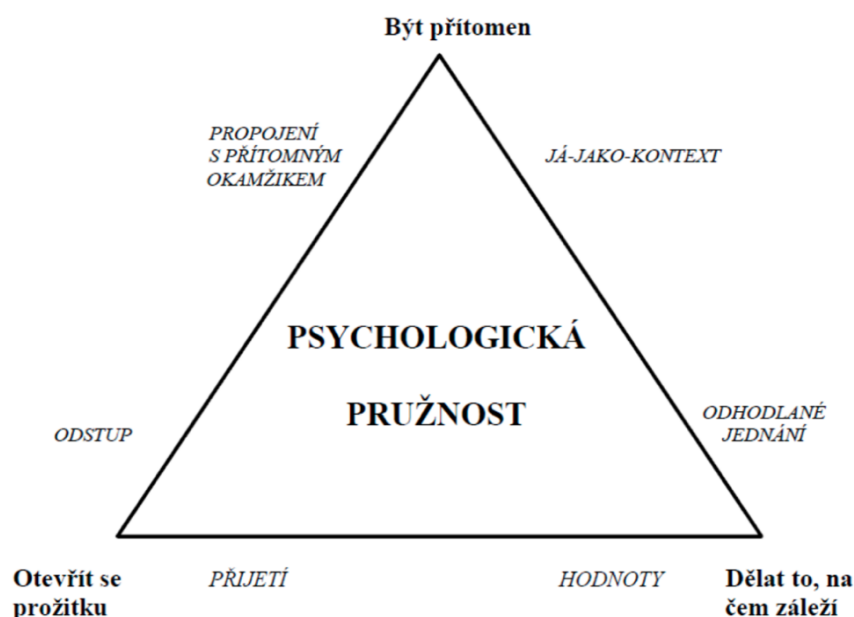
Naproti každému z jádrových procesů stojí zdroje patologie. Opakem přijetí je vyhýbání se prožitku, které je popsáno v předchozí kapitole spolu s kognitivním ztotožněním. Ztotožnění se může projevit jako opak odstupu, v případě ztotožnění se sebezpojetím stojí na druhém konci já-jako kontext. Opakem kontaktu s přítomným okamžikem je nepružná pozornost. Místo napojení a zaujetí přítomností, tím, co se právě děje, je člověk nepozorný, neschopný se soustředit, ztrácí zájem o to, co dělá, často dělá aktivity automaticky a bezmyšlenkovitě (Harris, 2021).

Dalším zdrojem patologie je odpojení. Ve stavu odpojení chybí dostatečné vědomí vnitřních procesů, emocí a myšlenek nebo vnímání pocitů vlastního těla. Pokud jsme odpojení, je pro nás těžší změnit své chování vhodným způsobem. Kvůli nedostatečnému vědomí máme sklony k emoční labilitě, impulzivitě a reaktivnímu chování. Pokud nežijeme našimi hodnotami a jsme od nich vzdáleni nebo si je ani neuvědomujeme, často bývá naše chování ovládáno ztotožněním a vyhýbáním se prožitkům. Bez kontaktu s hodnotami nemůžeme žít smysluplný a naplňující život.

Pokud je například naše chování inspirováno myšlenkou „musím“ nebo snahou vyhnout se selhání, nepřináší nám to dostatečný pocit vitality a smysluplnosti tak, jak tomu je u jednání motivovaného právě našimi hodnotami. Neužitečné jednání stojí v opozici k odhodlanému jednání. Je to každé jednání, které nás nějakým způsobem vzdaluje od našich hodnot a života na nich založeného, zvláště pak pokud je toto jednání motivováno snahou vyhnout se prožitku nebo jde o jednání automatické, impulzivní a bezmyšlenkovité (Harris, 2021).

Hexaflex je možné ještě zjednodušit na takzvaný ACT trojhran (obrázek č.2), kde spojujeme jádrové procesy ACT do celkem tří funkčních jednotek. Propojení s přítomným okamžikem a já-jako-kontext popisují schopnost pružně věnovat pozornost a plně vnímat a prožívat to, co se děje v naší přítomnosti – tedy schopnost být přítomen, tady a teď. Odstup a přijetí popisují schopnost oddělit sám sebe od pocitů, myšlenek a dalších niterních fenoménů. Díky nim je můžeme sledovat, ponechávat jim jejich prostor a dovolit jim volně existovat, aniž bychom se je snažili jakkoliv ovládat nebo měnit – jde o schopnost otevřít se prožitku. Hodnoty a odhodlané jednání souvisí se schopností zahájit aktivní jednání a vytrvat v něm. Aktivní jednání má za cíl náš život obohatit, tedy dělat, co je potřeba. Ve zkratce pak můžeme psychickou pružnost popsat jako schopnost být přítomen, být otevřený a dělat to, na čem záleží (Harris, 2021).

Obrázek č. 2 – ACT trojhran, převzato z ACT jednoduše (Harris, 2021):



3. ACT v praxi

ACT je díky flexibilitě svého modelu dobře adaptovatelná na různé typy psychoterapií, ať už se jedná o terapii párovou, skupinovou nebo individuální. Běžně uváděná délka terapie se pohybuje kolem 12 základních sezení, různí autoři uvádějí v rámci různých typů terapie 8 až 36 sezení. Vždy záleží na konkrétním programu, potížích klienta, provedení terapie, vnějším podmínkám, cílech klienta a možnostech terapeuta.

Například velmi krátká intervenční terapie v medicíně, nazývaná FACT (Focused Acceptance and Commitment Therapy - Zaměřená terapie přijetí a odhodlání), je protokol zaměřený na hlavní metody ACT, který trvá od dvou do čtyř skupinových sezení. FACT tak výrazně zkracuje běžný 12týdenní protokol a zároveň dosahuje podobných výsledků u pacientů, jako to je běžné u delších terapií. FACT se pak velmi hodí k využití například na somatických odděleních nemocnic a v další lékařské praxi, kde je dostupná péče časově omezená zejména délkou hospitalizace pacientů a je nutné je co nejrychleji seznámit se základními koncepty a naučit je pro ně nejdůležitějším dovednostem (Glover et al., 2016).

3.1 Efektivita ACT přístupu

Od jeho vzniku bylo provedeno široké spektrum empirických výzkumů zaměřených na zjištění efektivity ACT přístupu pro jednotlivé psychiatrické diagnózy a psychické potíže u dospělých. ACT byl opakovaně prokázán jako úspěšný model terapie pro deprese (Zhenggang et al., 2020). Po absolvování ACT terapie dochází ke snížení rizika výskytu sebevražedného chování, což bylo zkoumáno například u válečných veteránů trpících depresí (Walser et al., 2015). ACT navíc nevede jen ke zmírňování depresivních symptomů, ale zároveň zvyšuje celkovou kvalitu života u lidí s depresí (Bohlmeijer et al., 2015). Právě zvyšování kvality života a schopnosti psychické flexibility je hlavním cílem ACT. Snížení výskytu symptomů a nepříjemných psychických stavů je příjemným, ale z pohledu ACT pouze vedlejším, produktem. ACT se nezaměřuje na eliminaci projevů patologie jako takové (Harris, 2021). I když je v dalších odstavcích a výzkumech běžně používána lékařská terminologie, je nutné mít na paměti hlavní cíle ACT – úsilí o zlepšování prožívání a kvality života navzdory existenci negativních prožitků.

ACT je efektivní terapeutickou metodou při léčbě úzkostných poruch u dospělých, konkrétně byla nejvíce studována při terapii generalizované úzkostné poruchy, sociální fobie a smíšené úzkostné poruchy. Výsledky studií poukazují na ACT jako na vhodnou alternativu tradiční léčby KBT (Landy et al., 2015).

Ke stejným závěrům, tedy ekvivalence efektivity ACT s tradičními přístupy terapie došli i autoři metaanalýzy studující výsledky výzkumů ACT při práci s lidmi trpícími obsedantně kompulzivní poruchou (Bluett et al., 2014). ACT a tradiční KBT přístupy se při léčbě úzkostných poruch svou efektivitou příliš neliší, a je tak možné ACT považovat za plnohodnotnou alternativu KBT a dalších tradičních přístupů, která může být některým klientům přístupnější (Arch, et al., 2012).

ACT se celkově jeví jako účinnější než placebo a běžné léčebné postupy pro klinicky relevantní psychické i zdravotní problémy včetně somatických onemocnění (A.Tjak et al., 2015). Další metaanalýzy potvrdily pozitivní efekt skupinové intervence ACT na úzkostné a depresivní symptomy (Ferreira et al., 2022) a léčbu závislostí v porovnání s jinými terapeutickými postupy (Lee et al., 2015), a to jak samostatně nebo v součinnosti s jinými terapiemi ze třetí vlny KBT (Li et al., 2019).

Vhodně adaptované individuální a skupinové formy ACT se jeví jako efektivní a bezpečná léčba pro pacienty se schizofrenií (Jansen et al., 2020) a pacienty trpící psychotickým onemocněním (Butler et al., 2016). Cílem ACT je v těchto případech pomáhat klientům naučit se přijímat realitu svého onemocnění takovou, jaká je, a umožnit jim vytvořit si co nejlepší život vzhledem k jejich omezením a možnostem. Přijetím zdravotního stavu a nemožnosti ho změnit se uvolňuje energie jinak vynakládaná na neustálý a zbytečný boj s realitou. Klienti pak mohou tuto energii využít na vytváření života, který budou žít v souladu se svými hodnotami. Díky tomu byla ACT zkoumána i jako léčba chronické bolesti, kde se jeví jako efektivnější než MBSR a MBCT pro léčbu deprese a úzkosti a svým efektem se vyrovná tradičním kognitivně behaviorálním přístupům (Veehof et al., 2016). Výsledky ACT intervencí pro chronickou bolest se liší mezi různými populacemi v závislosti na osobní historii jednotlivých pacientů a dalších individuálních charakteristikách včetně historie psychických potíží (Lin et al., 2019). Online ACT intervence se také jeví jako mírně účinné pro potíže spojené s vnímáním chronické bolesti a přidružených psychických problémů (Trindade et al., 2021).

Další oblastí, ve které je terapie přijetí a odhodlání používána, je léčba poruch příjmu potravy, léčba obezity a nadváhy nebo negativního sebeobrazu ve vztahu k vlastnímu tělu. I když se ACT jeví jako poměrně účinná metoda pro léčbu anorexie, bulimie a záchvatovitého přejídání, zatím nebyl proveden dostatek výzkumů pro potvrzení její efektivity pro tento okruh poruch (Onnink et al., 2022). Ve výzkumech efektivity ACT jako terapeutické intervence pro nadváhu a obezitu se ACT programům dařilo zvyšovat pocit životní spokojenosti (well-being), v menší míře pak efektivně působit na vytváření a udržování zdravých návyků ve stravování a další zdraví podporující chování, jako je například přiměřená fyzická aktivita (Iturbe et al., 2021).

ACT se čím dál častěji objevuje nejen v klinické a terapeutické praxi, ale větší množství technik a informací bylo zpracováno různými autory i do svépomocných publikací a online kurzů. Vzhledem k časté nedostupnosti adekvátní odborné terapeutické péče, dlouhým čekacím lhůtám a částečné neochotě klientů „chodit k psychologovi“ nebo nedostatku finančních prostředků, je tato forma pomoci všeobecně dostupnější a bývá široce využívána. Program ACT pro úzkost ve formě pracovního sešitu, na kterém pracovali účastníci sami bez kontaktu s terapeutem, se ukázal jako účinný pro zlepšení kvality života a snížení úzkostného prožívání (Ritzer et al., 2016). Adaptace ACT modelu do smartphone a internetové aplikace vedla u lidí trpících generalizovanou úzkostnou poruchou a sociální fobií k redukci symptomů (Ivanova et al., 2016).

ACT našla své využití i v neklinických oborech. Díky zaměření na hodnoty, aktivní jednání, psychologickou flexibilitu a schopnost přizpůsobit se má ACT velký potenciál také v kariérním poradenství (Hoare et al., 2012) nebo v oblasti koučinku (Anstiss, 2020; Hill & Oliver, 2019).

3.2 ACT pro děti a adolescenty

ACT je velmi intenzivně zkoumána v terapeutické práci s dospělou populací, pro kterou je primárně určena. Postupně se ale zvyšuje i počet adaptací a následných výzkumů pro její využití při práci s dětmi a adolescenty. Adolescence je životní období, ve kterém dochází k velkým změnám v prožívání emocí, vlastního těla, vrstevnických a rodinných vztahů. Je to také období, ve kterém se objevují rozmanité problémy v emočním

prožívání a chování ve vztahu ke škole, v domácím prostředí a podobně. Stále vzrůstající počet adolescentů trpících úzkostnými poruchami, sebepoškozováním, depresivním prožíváním a s nimi spojenými problémy ukazuje na potřebu efektivních a podporujících intervencí, které by mohli být vedeny skupinově, a které budou schopné pokrýt velkou šíři existujících problémů této populace a předcházet vzniku psychických obtíží.

ACT může sloužit jako efektivní teoretický základ pro vytváření právě takových intervencí, především proto, že je založena na práci s psychickými procesy, a ne na práci s konkrétními symptomy, jako je tomu u jiných terapií.

U mladších klientů vzniká potřeba upravit techniky a metafory tak, aby odpovídaly věku klientů a stimulovaly jejich zájem o aktivity v programu. Důležité je i zapojení rodičů a vrstevníků. Intervence musí být aktivační a měla by dostatečně motivovat participanty k práci. Děti a teenageři se častěji uchylují ke copingovým strategiím, které fungují na principu vyhýbání se zkušenosti. Tyto strategie používané v dětství a adolescenci pak mohou vést ke zvyšování míry úzkosti a jsou spojovány s řadou nepříjemných následků, jako je například zneužívání návykových látek nebo zvýšený výskyt chronických zdravotních potíží v dospělosti. U adolescentů uchylujících se k těmto strategiím se častěji vyskytují i fenomény spojené s PTSD (Coyne et al., 2011).

ACT klade poměrně velké nároky na schopnost vhledu a abstraktního myšlení. Její použití se tak zdá vhodnější spíše pro kategorii starších dospívajících, například studentů středních škol. I přes toto patrné omezení se ACT v upravené podobě začíná používat i při práci s dětmi a adolescenty. Výzkumníci se zaměřili například na efektivitu ACT pro zvládnání symptomů u adolescentů s diabetem 1. typu, kde bylo zjištěno zlepšení glykemické kontroly a snížení míry úzkosti (Alho et al., 2022). Další výzkumná studie potvrdila efektivitu ACT při snižování vnímané hladiny stresu a zvýšení míry self-efficacy ve vztahu ke zdraví u dětí ve věku mezi 7 až 15 lety, taktéž diagnostikovanými s diabetem 1. typu (Moazzezi et al., 2015).

Větší míra přijetí byla spojována s nižší úrovní distresu a invalidity, i když ne s vnímáním intenzity bolesti u adolescentů se závažnou chronickou bolestí. Míra přijetí zároveň vysvětlovala výrazné rozdíly v prožívání psychologické nepohody, invalidity, či ve vývojovém a rodinném fungování (McCracken et al., 2010).

Swain et al. (2015) provedli celkový přehled ACT intervencí u dětské a adolescentní populace, publikovaných mezi lety 2000 až 2014, aniž by se omezovali diagnózou nebo závažností potíží. Autoři zahrnuli publikované i nepublikované studie, mezi které zařadili výzkumy pracující s velkým množstvím diagnóz, jako je obsedantně kompulzivní porucha, poruchy učení, potíže s emoční regulací, trichotilománie, tikové poruchy, chronická bolest, mentální anorexie, deprese, stress, impulzivita, poruchy pozornosti a hyperaktivity a posttraumatická stresová porucha. Jejich přehled zahrnoval celkem 21 studií různé kvality a velikosti výzkumného souboru. Na základě analýzy autoři zjistili, že ve většině výzkumů vedlo použití ACT ke zlepšení v oblasti měřených symptomů, vnímané kvality života a psychické pružnosti. Nadstandardních výsledků pak ACT v porovnání s běžnou léčbou dosahuje u zvládnání bolesti, u deprese a sexualizovaného chování. Překvapivě málo studií se věnovalo měření základních procesů v ACT, pouze 8 z 21 studií se věnovalo měření vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění, a jen dvě studie měřily vnímání a postoj k osobním hodnotám. Závěrem autorů analýzy byla nutnost zlepšení metodologické kvality studií. Mezi hlavní doporučení pro další výzkumy patřilo hlavně zvětšení výzkumných souborů a používání vhodných metod měření, včetně vývoje metod nových.

Oproti předchozímu přehledu literatury týkající se použití ACT u dětí a adolescentů (Murrell & Scherbarth, 2006) již došlo ke zlepšení metod měření ACT procesů a zvýšení průměrného výzkumného souboru z původního průměru 8 participantů na 48. Zároveň se zvedl počet randomizovaných kontrolovaných studií na více než polovinu ze všech analyzovaných. Dřívější přehledy pracovaly především s kazuistikami jednotlivců nebo se sériemi kazuistik.

Autorky Harris a Samuel (2020) provedly komplexní přehled dostupné literatury a výzkumů z let 2016-2018, zabývajících se zkoumáním ACT jako intervenčního nebo preventivního programu v oblasti duševního zdraví dětí a mladistvých. Z celkového počtu vědeckých studií identifikovaly 10 výzkumů splňujících stanovená kritéria. Vybrané studie se věnovaly výzkumu efektivity ACT v práci s klinickou populací dětí a adolescentů. Sedm z deseti studií zjistilo významnou redukci symptomů duševních onemocnění, osm z deseti studií, které využily metody měřící psychickou pružnost, zjistilo zlepšení v této oblasti.

Důležité zjištění ze studií, které porovnávaly efekt ACT a KBT intervencí, je, že v obou typech terapie došlo k signifikantnímu zvýšení kognitivní flexibility, schopnosti přijímat své myšlenky a vytvoření odstupů od myšlenek. I když nelze vyvozovat žádné příliš obecné závěry z těchto zjištění, dle autorek je možné předpokládat, že základní terapeutické procesy používané v ACT a KBT nejsou tak odlišné, jak se zpočátku předpokládalo (Harris & Samuel, 2020).

Ekvivalence ACT přístupu se zlatým standardem KBT naznačuje, že je možné využít ACT jako další variantu účinné léčby, a to například i u jedinců, pro které není KBT účinná. Například Kendall et al. (2012) tvrdí, že odhadem 35–40 procent mladých lidí s úzkostí nebo úzkostnou poruchou na intervenci KBT nereagují. Někteří autoři, jako například Coyne et al. (2011) předpokládají, že by ACT mohla být vhodnější alternativou ke KBT právě pro tento typ klientů.

Ke slibným závěrům efektivity ACT pro léčbu úzkosti v dětské a adolescentní populaci došel například výzkum Hancocka et al. (2018), kde autoři srovnávali efektivitu ACT s efektivitou KBT pro děti trpící úzkostnými poruchami. ACT i KBT varianty léčby byly nadřazené kontrolní skupině (čekací listina) ve všech sledovaných doménách a efekt intervence se udržel na stejné hladině i po 3 měsících od konce programu.

Hlavní procesy ACT se projevují nejen u klinické populace, ale i ve školní úspěšnosti a celkové životní spokojenosti dětí a adolescentů. Ve 12měsíční longitudinální studii zdravého souboru žáků a žákyň byla sledována míra schopnosti soustředit se na činnost, vnímání vlastních emocí a přijímání zkušenosti. Všechny tři proměnné byly spojeny s predikcí vnímané životní pohody a spokojenosti (Ciarrochi et al., 2011).

3. 3 Preventivní programy pro děti a adolescenty založené na ACT

Preventivní programy, které jsou určeny k předcházení vzniku psychických potíží, jako jsou v případě adolescentů především již zmíněné úzkostné a depresivní stavy nebo závislosti, jsou výrazně cenově výhodné pro již tak zatížený zdravotnický systém. Preventivní programy zároveň snižují zátěž na systém sociální péče. Nelze opomenout ani pozitivní efekt na rodinné fungování a z něj vyplývající celkovou kvalitu života dětí a adolescentů (O'Connell et al., 2009).

Právě práce se zdravou populací dětí a adolescentů založená na terapii přijetí a odhodlání zatím nebyla dostatečně zkoumána a výzkumy na ni se zaměřující existují nejčastěji ve formě jednotlivých pilotních studií. Při rešerši literatury jsme narazili jen na několik výzkumů efektivity preventivních programů a krátkých intervencí, jejichž cílem bylo předcházení vzniku psychických obtíží. Takové programy jsou realizovány primárně ve školách a dalších vzdělávacích zařízeních, která poskytují nejlepší a nejdostupnější základnu pro jejich provedení.

Zvláště pak ve školním prostředí je cílem programů zvyšování psychické pohody, předcházení psychickým problémům a problémům v kolektivu. Například v krátkém programu založeném na ACT (Theodore-Oklota et al., 2014), skládajícím se pouze ze 3 vyučovacích hodin realizovaných během 2 týdnů, s cílem snížit frekvenci projevů šikany a kyberšikany mezi 12letými a 13letými žáky a žákyněmi škol, výzkumníci zjistili signifikantní asociaci mezi sklony k vyhýbání se zkušenosti a projevy fyzické a verbální agrese ve vrstevnických vztazích. Participanti z experimentální skupiny se po absolvování programu dokázali lépe zaměřovat na aktivní řešení problémů, ale výzkumníkům se nepodařilo prokázat vliv programu na četnost projevů šikany jako v jiných studiích.

Pilotní studie provedené v Austrálii a ve Finsku zkoumaly efekt ACT programu ve škole na vnímanou míru stresu (australská studie, n=66) a depresivní symptomatiku (finská studie, n=32). Australská studie pracovala s porovnáním experimentální a kontrolní skupiny, participanti byli do skupin zařazeni náhodně a experimentální skupina absolvovala ACT intervenční strukturovaný program trvající celkem 8 hodin. Tato studie zjistila významnou redukci v depresivní symptomatologii s velkým efektem a významné snížení psychické nepružnosti se středním efektem v porovnání s výsledky kontrolní skupiny, která dostávala běžnou péči. Ve švédském výzkumu, který byl koncipován jako randomizovaná kontrolovaná studie, vykazovala experimentální skupina s ACT intervencí v porovnání s kontrolní skupinou výrazně nižší úroveň prožívaného stresu s velkým efektem, snížení míry úzkosti a zvýšení dovedností všímavosti. Celkově v obou studiích došlo k signifikantním zlepšením míry depresivity i snížení míry stresu a ke zvýšení kognitivní flexibility (Livheim et al., 2015).

Další výzkumný projekt založený na ACT jako skupinovém programu ve škole proběhl v Japonsku (Takahashi et al., 2020). Autoři zkoumali efekt pětihodinové

intervence na zdravé populaci adolescentů (14-15 let). I tato kratší intervence vedla u participantů k omezení projevů a tendencí k vyhubavému chování a k omezení projevů nepozornosti a hyperaktivity.

Možnost využití terapie přijetí a odhodlání k vytvoření preventivního programu určeného pro realizaci ve školách testovali i další výzkumníci v Austrálii. Burckhardt et al. (2017) vytvořili program, který trval půl roku a byl založen na krátkých přednáškách, výukových videích, metaforách a zážitkových cvičeních, které byly prováděny v rámci menších pracovních skupin vedených proškolenými pedagogy. Přednášky a pracovní skupiny trvaly vždy maximálně 25 minut, celková doba programu byla 4,6 hodiny, přičemž aktivity byly prováděny během jednoho pololetí školního roku. Výzkum byl proveden na 48 participantech ve věku od 14 do 16 let.

Hlavním cílem výzkumu bylo otestovat vhodnost ACT preventivního programu ve školním prostředí, což se na základě praktických zkušeností a získaných dat od účastníků potvrdilo. K evaluaci efektivity programu samotného by bylo nutné provést výzkum na výrazně větším výzkumném souboru (Burckhardt et al., 2017).

Důležitým problémem, kterým se začínají výzkumníci zabývat, je stres u adolescentů. Dlouhodobé vystavení neúměrné stresové zátěži hraje významnou roli při rozvoji a udržování psychických onemocnění. Například v Německu vznikl manuál použití ACT pro skupiny adolescentů určený pro lepší zvládnání a celkovou redukci prožívaného stresu (Binder et al., 2020). Zatím neexistuje výzkum vyhodnocující efektivitu takového programu.

Existující preventivní programy zaměřující se na předcházení vzniku duševních onemocnění jsou často vytvořeny na základech KBT, stejně tak jako tomu je u intervencí v klinickém prostředí. KBT bývá doporučována jako terapie první volby pro velký rozsah psychických obtíží pro klinické populace (Scott, 2009), jak jsme již zmínili výše. Preventivní programy pro zdravou populaci založené na KBT se nejčastěji soustředí na výuku schopnosti přehodnotit a změnit vnímání a kognitivní zpracování situace tak, aby se následně modifikovalo i emoční prožívání. Metaanalýza preventivních programů pro depresivitu nacházela většinou malé efekty KBT programů pro populaci adolescentů, jejichž potíže nedosahují míry pro stanovení klinické diagnózy. Významnější efekt programů byl nalezen u výzkumů rizikových

populací adolescentů a v programech pracujících s intenzivnější intervencí (Stice et al., 2009).

Jak jsme se již zmínili výše, v porovnání s KBT jsou ACT intervence stejně účinné, bez signifikantních rozdílů ve výsledcích, jak potvrdily například studie na dospělé populaci (A.tjak et al, 2015). Ke stejným závěrům pro dětskou a adolescentní populaci došel i výzkum Hancock et al. (2018), kde autoři srovnávali efektivitu ACT s efektivitou KBT pro děti s úzkostnými poruchami. ACT i KBT varianty léčby byly nadřazené kontrolní skupině (čekací listina) ve všech sledovaných doménách a efekt intervence se udržel na stejné hladině i po 3 měsících od konce programu.

Všechny existující preventivní a intervenční programy ACT pracovaly s poměrně malými rozsahy výzkumných souborů. Výsledky výzkumných studií jsou slibné, ale pro ověření efektivity ACT jako preventivního programu pro děti a adolescenty je nutné provedení dalších studií na větších výzkumných souborech.

I z tohoto důvodu jsme se rozhodli vytvořit krátký preventivní program ACT určený pro žáky a žákyně středních škol v rámci uplatnění ACT v českém prostředí a přidat tak naše poznatky ke stále rostoucímu počtu odborných studií na toto téma. Zároveň bylo naším cílem rozšířit možnosti práce s dětmi a adolescenty v oblasti mentálního zdraví v českém prostředí.

Výzkumná část

Ve výzkumné části práce se věnujeme stanovení výzkumného problému a jednotlivých cílů naší práce. V návaznosti na cíle práce si stanovujeme výzkumné hypotézy. Představujeme a popisujeme výzkumný soubor. Dále se věnujeme popisu přípravy výzkumu, výběru testových metod a jejich překladu, sestavování preventivního programu a jeho průběhu. V neposlední řadě se věnujeme etickým otázkám výzkumu. Ve finální části představujeme výsledky našeho výzkumu, diskutujeme o nich v návaznosti na poznatky jiných autorů, soustředíme se na rozpoznání slabých stránek projektu a nastiňujeme možnosti dalšího výzkumu vycházejícího z našich poznatků.

4. Výzkumný problém a cíle práce

V teoretické části práce jsme se věnovali představení ACT, principům terapie a její efektivitě při práci s různými psychickými obtížemi a psychiatrickými diagnózami. I když je efektivita ACT přístupu prokázána velkým množstvím kvalitních vědeckých studií, zatím bylo jen málo pozornosti směřováno ke studiím efektivity a využití ACT pro mladší věkové kategorie. Ještě méně výzkumů pak bylo věnováno aplikaci preventivních programů pro děti a adolescenty využívajících principy ACT.

Ve světovém měřítku jedno ze sedmi dětí či adolescentů ve věku 10 až 19 let trpí potížemi spojenými s psychickou poruchou. Nejčastějším důvodem jejich nemoci, invalidity či neschopnosti zapojit se do běžného života jsou afektivní poruchy, úzkostné poruchy a poruchy chování. Neléčené psychické potíže v adolescenci mají dalekosáhlé důsledky pro další život. Omezují zapojení do studia a zájmových aktivit, izolují od ostatních a limitují další možnosti růstu ve všech oblastech života, včetně zapojení do pracovního procesu v dospělosti (WHO, 2021).

Po prožité pandemii COVID-19, která zapříčinila izolaci mnoha dívek a chlapců v jejich domovech a před obrazovkami počítačů díky realizaci distanční výuky a zrušení zájmových kroužků, se potíže psychického rázu u dětí a adolescentů začaly ještě více prohlubovat. Staly se častějším problémem ve školách a na odborných pracovištích pracujících s dětmi a adolescenty, kde se zvýšil počet klientů trpících psychickými potížemi. Ve větší míře se začaly objevovat případy dívek a chlapců s panickými

atakami a úzkostnými stavy, začal se zvyšovat počet žáků a žákyň odmítajících chodit do školy, objevilo se mnoho nových případů dětí a adolescentů trpících sociální fobií. I když každé dítě nebo adolescent na distanční výuku a s ní spojené výzvy reagoval jinak a dovedl se lépe či hůře adaptovat, je nepopiratelným faktem, že pandemie měla významné dopady do vzdělávání a na celkový vývoj dětí a mladistvých, jejichž plný rozsah zjistíme až za delší dobu.

Díky zkušenostem z praxe a zpětné vazbě ze škol z ústeckého regionu jsme se rozhodli realizovat preventivní projekt, který by mohl dětem a mladistvým pomoci lépe se naučit rozumět svým myšlenkám a pocitům, neztrácet se v bludných kruzích myšlení a v zažívaném úspěchu či neúspěchu ve škole, a pomohl jim vyznat se lépe ve svých cílech a životních hodnotách. Při sestavování programu jsme pevně věřili, že si v něm každý participant dokáže najít nějaké téma, cvičení nebo informaci, která ho zaujme, a která se mu bude hodit v dalším životě. Jak už napovídá název naší práce, hlavním úkolem, který jsme si stanovili, bylo realizovat pilotní verzi takového programu, který bude možné dále zlepšovat a provádět na dalších středních a popřípadě i základních školách v České republice.

Jako stavební kámen programu jsme si vybrali terapii přijetí a odhodlání ACT především kvůli její aktuálnosti, solidní teoretické základně a množství empirických dat, která potvrzují její efektivitu pro námi zvolenou populaci.

4.1 Cíle práce

Cíle této práce a celého projektu můžeme shrnout do několika bodů. **Prvním cílem** bylo přivést ACT do českého prostředí, a to konkrétně k práci s dětmi a adolescenty. I když se již ACT v České republice začíná rozšiřovat, a to zejména při práci s jednotlivci v terapeutických praxích, neexistuje u nás zatím žádný výzkum zaměřený na použití ACT s adolescenty ve formátu preventivního programu zaměřeného na předcházení vzniku psychických potíží.

Pro potřeby této práce je vhodné rozlišit skupinovou terapii od preventivního programu. Běžně používaná ACT terapeutická skupina čítá v průměru 6–8 klientů, kteří se setkávají za účelem terapeutické práce. Pracují spolu na různých aktivitách, diskutují o tématech jednotlivých hodin, odkrývají své vlastní potíže a pracují s nimi.

Součástí je i dynamická zpětná vazba a podpora od ostatních členů skupiny. V preventivních programech se na rozdíl od terapeutických skupin jedná o práci s větším počtem členů, z praktických důvodů jsou tyto programy určeny například pro celé školní třídy, kde se počet žáků pohybuje od 15 až po 30. Práce probíhá spíše ve formátu psychoedukace. Součástí bývá samostatná práce na pracovních listech, účast na skupinových cvičeních, po kterých následuje prostor pro diskusi a možnost pokládat otázky k jednotlivým tématům. Od participantů se neočekává sebeodhalení ani práce s jejich osobními tématy před celou skupinou.

Druhým cílem práce bylo vytvořit právě takový preventivní program, který by byl vhodný pro populaci adolescentů a jeho provedení by bylo určené primárně pro střední školy, popřípadě pro vyšší ročníky základních škol. Program by měl být sestaven tak, aby kopíroval hlavní principy ACT v takové podobě, ve které ho může využít i člověk, který aktuálně neprožívá výraznou psychickou nepohodu.

Třetím cílem bylo zjistit, jestli bude mít tento program u participantů efekt na schopnosti všímavosti, na míru jejich psychické pružnosti a na případné snižování frekvence používání neefektivních a patologických způsobů řešení problémů, jak je definuje ACT – tedy vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a myšlenkovými obsahy. Výzkumné hypotézy ke statistickému testování jsou popsány v kapitole 6.5 Hypotézy ke statistickému testování.

Čtvrtým cílem práce bylo přeložit dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI, které zatím neexistují v české verzi. Předklad dotazníků je pro nás důležitý nejen k měření efektivity programu, ale i pro další výzkumné účely a využití dotazníků v praxi při posouzení aktuální úrovně schopnosti všímavosti, vyhýbavého chování a kognitivní pružnosti. Průběh překladu je dále popsán v kapitole 6. Metody výzkumu.

5. Design výzkumu

Abychom mohli ověřit efektivitu preventivního programu založeného na ACT, bylo nutné nejdříve zvolit vhodný design výzkumu. S ohledem na komplexnost studovaného fenoménu jsme se rozhodli realizovat výzkum s využitím experimentální a kontrolní skupiny. Náš výzkum lze popsat jako kvaziexperiment se smíšeným designem (Ferjenčík, 2000). Obě skupiny podstoupily úvodní měření a finální dotazníkové šetření. Experimentální skupina absolvovala preventivní program, zatímco kontrolní skupina byla bez jakékoliv intervence.

Preventivní program ACT byl vytvářen s myšlenkou na jeho využití ve školním prostředí, konkrétně v prostředí jednotlivých tříd. K realizaci programu bylo nutné vybrat vhodnou školu a vhodnou věkovou skupinu žáků, kterým bude program administrován.

Výběr školy se řídil několika podmínkami, které jsme si stanovili následovně:

1. Škola zapojená do projektu musela být střední školou. Terapie přijetí a odhodlání vyžaduje po klientech poměrně pokročilou schopnost abstrakce a metakognice (schopnost přemýšlet o tom, jak přemýšlíme). Proto jsme uznali za vhodné vybrat si k realizaci programu žáky a žákyně střední školy, u kterých lze předpokládat dostatečnou míru těchto schopností.
2. Druhou podmínku výběru školy byla její lokalita a dojezdová vzdálenost. Vzhledem k nutnosti dojíždět do školy pravidelně v odpoledních hodinách bylo nutné vybrat takovou školu, kterou budou lektori moci snadno navštěvovat. V úvahu proto připadaly celkem 3 střední školy lokalizované v centru Děčína.
3. Třetí podmínkou bylo poměrné zastoupení chlapců a dívek v projektu. Pro výzkumné účely jsme chtěli mít možnost program provádět ve třídách s vyrovnaným zastoupením obou pohlaví, aby se daly výsledky projektu lépe vztahovat na širší populaci.
4. Poslední podmínkou byla ochota vedení školy a jejich žáků ke spolupráci s námi a naklonění k realizaci preventivního projektu.

Na základě těchto požadavků jsme s naší nabídkou preventivního programu ACT oslovili Gymnázium Děčín. Předběžné představení projektu proběhlo v březnu roku

2022. Vedení školy bylo seznámeno s designem projektu, jeho cíli a specifiky jeho realizace ve školním prostředí. Byla prodiskutována časová náročnost programu, vhodný výběr konkrétních tříd, kterým bude nabídnuto zapojení do projektu a výběr tříd kontrolních. Vedení školy bylo seznámeno s předběžným průběhem jednotlivých hodin, obsahem a hlavními tématy, která budou v hodinách probírána. I přes poměrnou časovou náročnost projektu vedení školy souhlasilo s jeho realizací a stanovilo jako možný termín jeho uskutečnění následující školní rok. Realizace preventivního projektu byla proto naplánována na podzim školního roku 2022/2023.

Následná konzultace se školou určená k vyřešení posledních detailů provedení projektu proběhla na začátku září roku 2022, těsně po začátku školního roku. V rámci konzultace proběhla také selekce vhodných tříd k realizaci projektu.

Vzhledem k vytíženosti jednotlivých ročníků studia a jejich konkrétním potřebám byly pro výzkum vybrány dvě třídy jako experimentální skupina a dvě třídy jako skupina kontrolní. Jednalo se o žáky druhých ročníků, ve věku mezi 16–17 lety. Druhé ročníky byly vybrány především kvůli ustálenému kolektivu, relativně menšímu zatížení objemem výuky než u vyšších ročníků a relativně stabilnímu rozvrhu hodin. Rozdělení jednotlivých tříd na třídy kontrolní a experimentální nebylo možné provést náhodně, jejich zařazení proběhlo na základě konzultace s vedením školy a aktuální skladbě rozvrhů jednotlivých tříd. Z organizačních důvodů bylo možné program provádět pouze po skončení oficiálního vyučování. I když by pro výzkumné účely bylo preferováno zařazení programu do běžné vyučovací hodiny, která by probíhala dopoledne, tato varianta nebyla pro školu přijatelná z důvodu délky programu, která odpovídala celkem 9 vyučovacím hodinám pro jednu třídu, celkem tedy 18 hodin pro obě třídy zařazené do experimentální skupiny. Po dohodě se školou byly hodiny programu naplánovány pro jednu třídu ve čtvrtek a pro druhou třídu v pátek, a to od 13:30 do 14:15 hodin. Tento časový slot odpovídá sedmé vyučovací hodině.

Dle konzultace s vedením školy a s výchovnou poradkyní neměli žáci a žákyně z těchto tříd žádné známé psychické obtíže, nejednalo se o třídy s výskytem problémového chování ani jiné známé patologie.

Realizace programu byla na základě všech těchto parametrů naplánována od posledního týdne v září až do prvního týdne v prosinci roku 2022. Setkávání probíhalo

pro každou třídu jednou týdně, s vynecháním státních svátků a podzimních prázdnin. Celý preventivní program měl trvání 9. vyučovacích hodin. Všem třídám byly na začátku a na konci programu administrovány dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI, které budou podrobně popsány níže. Dotazníkové šetření proběhlo v rámci první (1.) a poslední (9.) hodiny programu.

Program byl veden v obou třídách kvalifikovanými pracovníky z řad zaměstnanců PPP Děčín, kteří mají zkušenosti s přednáškovou činností, terapií a prací se skupinou. Lektoři měli za sebou minimálně 2 roky psychoterapeutického výcviku, byli seznámeni s ACT terapií a aktivně praktikují její principy na sobě i ve své vlastní terapeutické a poradenské praxi.

5.1. Participanti

Rodičům žáků a žákyň experimentálních tříd byl vedením školy rozeslán informační leták o cílech programu, jeho koncepci a další důležité informace vztahující se k organizaci a průběhu programu. Dále byly zákonní zástupci požádáni o udělení informovaného souhlasu s účastí svého dítěte v programu.

Jak je zmíněno výše, experimentální skupina se skládala z dívek a chlapců studujících v druhém ročníku střední školy. Program byl nabídnut celkem 57 žákům, z toho se programu rozhodlo zúčastnit na začátku 38 žáků. V průběhu programu se objevovali vysoké absence u některých žáků, jejichž data byla z programu vyřazena. Vysokou absencí je myšlena nepřítomnost na 3 a více vyučovacích hodinách. Díky vysoké nemocnosti a následné velké absenci, pozdní odpolední hodině a dalším faktorům program úspěšně dokončilo a kompletní data se podařilo získat od celkem 12 participantů, z toho bylo 7 chlapců a 5 dívek.

V kontrolní skupině se taktéž díky vysokým absencím podařilo získat kompletní data (z prvního i druhého měření) celkem od 36 participantů, z toho bylo 17 chlapců a 19 dívek.

5.2. Preventivní program

ACT preventivní program byl sestaven tak, aby se v něm objevily všechny základní stavební pilíře ACT. Jednotlivé hodiny byly vždy naplánovány tak, aby obsahovaly výklad ke konkrétnímu tématu, praktická cvičení na dané téma, krátká imaginační cvičení nebo cvičení všímavosti a podněty k diskusi. Součástí programu byla práce s pracovními listy, které si účastníci mohli vyplnit na místě a posléze odnést domů jako podnět pro další možnou práci a individuální reflexi.

Program jednotlivých hodin byl sestaven na základě manuálu ACT pro adolescenty (Turrell & Bell, 2016) a terapeutického manuálu ACT jednoduše (Harris, 2021). Další podnětové materiály použité při hodinách byly získány z odborných knih a vlastních zdrojů lektorů. Stručný program jednotlivých hodin, včetně témat a použitých technik, je popsán v tabulce číslo 1.

Tabulka č. 1. – Témata a stručný obsah jednotlivých hodin:

PROGRAM JEDNOTLIVÝCH HODIN		
1. HODINA	TÉMA HODINY:	ADMINISTRACE DOTAZNÍKŮ SEZNÁMENÍ S PROJEKTEM ACT, S LEKTOREM A ČASOVÝM PLÁNEM PROGRAMU
	OBSAH HODINY:	Edukační část – úvod do ACT Cvičení na trénink všímavosti Reflexe a rozbor cvičení
2. HODINA	TÉMA HODINY:	MYŠLENKY, EMOCE, VZPOMÍNKY
	OBSAH HODINY:	Úvodní cvičení všímavosti zaměřené na rozpoznávání a identifikaci emocí Edukační část: představení bludného kruhu myšlenek, behaviorální analýza, chycení na háček myšlenek a pocitů Techniky: ovládání myšlenek a pocitů, ruce jako myšlenky a pocity Cvičení všímavosti: spouštění kotvy Reflexe a rozbor technik
3. HODINA	TÉMA HODINY:	VŠÍMAVOST, VNÍMÁNÍ PŘÍTOMNÉHO OKAMŽIKU, ANALÝZA PROBLÉMU
	OBSAH HODINY:	Edukační část: Co je to všímavost Cvičení všímavosti Technika: Trefa do černého (analýza problému), Rozčlenění problému Reflexe a rozbor technik

4. HODINA	TÉMA HODINY:	NAŠE MYSL
	OBSAH HODINY:	Cvičení všímavosti zaměřené na zvuky Edukační část: Jak funguje naše mysl Technika: vizualizace potlačování myšlenek Technika: DOTS Reflexe a rozbor technik
5. HODINA	TÉMA HODINY:	ODSTUP OD MYŠLENEK A EMOCÍ, EMOCE
	OBSAH HODINY:	Cvičení všímavosti Edukační část: Odstup od myšlenek Technika všímavého psaní, defúze od myšlenek a pocitů Edukační část: Emoce Techniky práce s emocemi Reflexe a rozbor technik
6. HODINA	TÉMA HODINY:	HODNOTY
	OBSAH HODINY:	Cvičení všímavosti Edukační část: Hodnoty, rozdíl mezi cílem a hodnotou Techniky zaměřené na zjišťování a objasňování hodnot Reflexe a rozbor cvičení Pracovní listy k práci s hodnotami: seznam hodnot, hodnotový formulář Reflexe a rozbor technik
7. HODINA	TÉMA HODINY:	CÍLE, ODHODLANÉ JEDNÁNÍ
	OBSAH HODINY:	Cvičení všímavosti Edukační část: Odhodlané jednání, stanovování cílů Techniky imaginace Pracovní list: vytváření SMART cílů Reflexe a rozbor technik
8. HODINA	TÉMA HODINY:	SOUCIT SE SEBOU
	OBSAH HODINY:	Cvičení všímavosti Edukační část: Soucit se sebou, sebekritika, práce s emocemi Diskuse a reflexe na téma soucit se sebou
9. HODINA	TÉMA A OBSAH HODINY:	ZÁVĚR PROGRAMU, ZPĚTNÁ VAZBA ADMINISTRACE DOTAZNÍKŮ

6. Metody výzkumu

Měření výsledků programu proběhlo dotazníkovým šetřením. Všem participantům byly administrovány dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI, které budou podrobně popsány níže.

U experimentální skupiny byly dotazníky zadány na začátku první (úvodní) hodiny programu a týden po ukončení programu. Kontrolní skupině byly dotazníky administrovány ve stejný den jako u skupiny experimentální v rámci jedné z běžných vyučovacích hodin. Participantů experimentální skupiny byli požádáni i o vyplnění strukturované zpětné vazby k průběhu programu a k jednotlivým tématům a cvičením zařazeným do programu.

6.1 Dotazník CAMM

Dotazník Child and Adolescent Mindfulness Measure (dále jen CAMM) byl vytvořen k měření dovedností všímavosti u dětí a adolescentů (Baer et al., 2011). Všímavost, techniky zaměřené na její trénink a její využití v různých terapeutických směrech zaznamenaly v posledních desetiletích výrazný nárůst obliby. Kromě využití v ACT jsou významnou součástí ostatních terapeutických směrů třetí vlny KBT a dalších intervencí.

Výzkum všímavosti se dosud primárně soustředil na výzkum u klinické populace dospělých, ale v posledních letech se začaly objevovat i programy adaptované pro dětskou a adolescentní populaci. Metaanalýza celkem 11 přístupů pracujících s konceptem všímavosti (ACT, MBSR a další) u adolescentů zjistila, že dochází k efektivnímu snižování prožívané úzkosti a subjektivní hladiny stresu (Kallapiran et al., 2015).

Míra všímavosti u dětí je významně spojená se schopností inhibice chování, pracovní paměti a přepínání (Geronimi et al., 2019), což jsou exekutivní schopnosti s velkým dopadem na školní úspěšnost. Trénink všímavosti se pak může promítat nejen do zlepšení psychického zdraví, ale může mít i pozitivní efekt na studijní výsledky.

Dotazník CAMM se skládá z celkem 10 položek. Všechny položky jsou reverzně skórované. Výsledky analýz reliability a validity dotazníku naznačují, že je CAMM

vhodnou a vývojově odpovídající metodou k měření míry všímavosti u dětské a adolescentní populace. Vyšší skóry pozitivně korelují s vyšší kvalitou života, akademickými kompetencemi a sociálními dovednostmi, a zároveň negativně korelují se somatickými obtížemi, internalizací symptomů a na venek projevovanými problémy s chováním (Baer et al., 2011).

6.2 Dotazník AFQ-Y

Dotazník Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (dále jen AFQ-Y) byl vytvořen za účelem měření celkové psychické nepružnosti u dětí a adolescentů (Greco et al., 2008). Psychická nepružnost je opakem psychické flexibility, což je hlavní koncept psychického zdraví v ACT. Pod psychickou nepružnost spadají dva hlavní patologické procesy v ACT: vyhýbání se zkušenosti a kognitivní ztotožnění, které jsme podrobně popsali v teoretické části práce. Dotazník AFQ-Y vznikl v reakci na potřebu měření efektivity hlavních ACT procesů pro děti a mladistvé a jeho položky byly modelovány podle dotazníku AAQ pro dospělé Acceptance and Action Questionnaire (Hayes et al., 2004). Nyní již existuje nová verze dotazníku pro dospělé AAQ-II (Fledderus et al., 2012).

I když použití dotazníkových metod u mladších dětí není běžně doporučováno, výzkumy ukazují, že starší děti a adolescenti jsou schopni dostatečně popsat své vnitřní procesy (Loeber et al., 1990). Dotazníkové metody mohou zachytit i vnitřní procesy a informace o prožívání dítěte, které jsou pozorovatelům z venku nedostupné. Jedná se zejména o schopnosti emoční a kognitivní regulace, relaxace, představivost a další procesy používané v reakci na negativní zážitky nebo zkušenosti (Rorhbeck et al., 1991).

Dotazník AFQ-Y má celkem 17 položek. Vyšší skóry v dotazníku odpovídají větší míře psychické nepružnosti. Dle provedených analýz autorů se AFQ-Y jeví jako psychometricky stabilní metoda měřící koncept vyhýbání se zkušenosti a kognitivního ztotožnění, a to i při kontrolování výsledků pro příbuzné konstrukty všímavosti, přijetí a potlačování myšlenek (Greco et al., 2008). Vyšší skóry v dotazníku AFQ-Y jsou dle výzkumu Muris et al. (2017) negativně korelovány s koncepty sebezpřijetí, soucitu se sebou, sebevědomím a vědomím vlastní účinnosti, což potvrzuje tezi, že splnutí

s myšlenkami a pocity a vyhýbání se zkušenosti narušuje integrativní schopnosti Já (Self).

6.3 Dotazník CFI

Dotazník Cognitive Flexibility Inventory (dále jen CFI), který se skládá z 20 položek, byl vytvořen jako krátká metoda k posouzení vlastní kognitivní pružnosti, která je nutná k úspěšnému zvládnání a následnému nahrazení maladaptivních myšlenek myšlenkami adaptivnějšího rázu. Kognitivní pružnost je zároveň hlavním indikátorem psychického zdraví v ACT. Dotazník CFI byl navržen tak, aby měřil celkem tři aspekty kognitivní flexibility: (a) tendenci vnímat náročné situace jako kontrolovatelné, (b) schopnost vnímat větší množství různých alternativ vysvětlujících situace v životě nebo více příčin lidského chování, a jako poslední (c) schopnost vygenerovat více možných variant řešení různých náročných situací. CFI má dle výzkumů dvoufaktorovou strukturu a výsledky dotazníku se tak dělí na dvě subškály: Kontrola - měřící aspekt (a) a Alternativy - měřící aspekt (b),(c). Psychometrické parametry dosahují dostatečné validity i reliability metody pro měření kognitivní flexibility (Dennis & Vandel Wal, 2010). Vyšší skóry v dotazníku poukazují na vyšší míru kognitivní pružnosti. Pro potřeby našeho výzkumu jsme se rozhodli pracovat pouze s finálním skórem dotazníku CFI.

CFI není primárně určen pro testování populace adolescentů, nicméně jeho standardizace probíhala na studentech bakalářského studia vysokých škol, kteří jsou věkově velmi blízcí našemu výzkumnému souboru. Díky tomu jsme se rozhodli využít CFI pro náš výzkum.

6.4 Převod dotazníků do českého znění

Dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI jsou metodami, které byly vyvinuty pro sledování konkrétních terapeutických procesů v ACT. Jedná se tedy o poměrně nové metody, které zatím nebyly přeloženy do českého jazyka ani standardizovány na českou populaci. Pro potřeby této práce bylo nutné všechny tři dotazníky přeložit do češtiny.

Plná standardizace jednotlivých metod na českou populaci byla již nad rámec této práce.

Překlad dotazníků probíhal v následujících krocích:

1. Originální znění všech položek v dotaznících bylo přeloženo nezávisle na sobě celkem 7 odborníky (1 terapeut, 2 překladatelé, 3 psychologové, 1 učitel anglického jazyka)
2. Jednotlivé překlady byly následně vyhodnoceny, a ve spolupráci s jednotlivými odborníky vybrány ty nejvhodnější varianty překladů (na základě obsahové analýzy).
3. Vybrané překlady do českého jazyka byly přeloženy překladatelem zpět do anglického jazyka a následně porovnány s původním zněním.
4. Nejasné položky, které byly celkem 3, prošly opětovným překladem, následnou úpravou a finálním zpětným překladem do angličtiny, dokud se zpětný překlad dostatečně neshodoval s původním zněním položek.
5. Přeložené položky byly následně uspořádány do dotazníků tak, aby jejich vzhled přesně odpovídal vzhledu původních dotazníků.
6. Hotové dotazníky byly zkontrolovány dvěma nezávislými hodnotiteli k finální kontrole. Finální verze dotazníků jsou součástí příloh.

6.5 Hypotézy ke statistickému testování

Na základě stanovených cílů práce, teoretických předpokladů a výzkumů zabývajících se preventivními programy na bázi ACT jsme si pro náš výzkum stanovili následující výzkumné hypotézy, které řadíme pro přehlednost do následujících kategorií.

Hypotézy vztahující se k efektivitě programu:

- **H1:** Vlivem absolvování programu došlo ke zvýšení míry všímavosti.
- **H2:** Vlivem absolvování programu došlo ke snížení tendence používat vyhýbavé chování a tendence ke ztotožnění s myšlenkami a pocity.
- **H3:** Vlivem absolvování programu došlo ke zvýšení míry psychické pružnosti.

I když je náš výzkumný záměr poměrně ambiciózní vzhledem k předchozím výzkumům zabývajících se efektivitou preventivních programů, ať už se jednalo o preventivní programy založené na ACT nebo na jiné teoretické bázi, přece jsme se rozhodli alternativní hypotézy H1 až H3 testovat, i když získání dostatečných důkazů pro jejich přijetí je nepravděpodobné.

Hypotézy týkající se zjištěných rozdílů mezi experimentální a kontrolní skupinou před a po absolvování programu ACT:

- **H4:** Absolventi programu budou po jeho dokončení dosahovat vyšší míry všímavosti než ti, kteří programem neprošli.
- **H5:** Absolventi programu budou mít po jeho dokončení menší tendenci k vyhýbavému chování a ztotožnění s myšlenkami a pocity než ti, kteří programem neprošli.
- **H6:** Absolventi programu budou po jeho dokončení dosahovat vyšší míry psychické pružnosti než ti, kteří programem neprošli.

Hypotézy vztahující se k dotazníkům:

Námi zvolené výzkumné metody se rozcházejí v měřených konceptech. Zatímco dotazník CAMM měří míru dovednosti všímavosti u dětí a adolescentů (Baer et al., 2011), dotazník AFQ-Y je určen k měření celkové psychické nepružnosti u dětí a adolescentů, tedy jejich tendenci k používání dvou hlavních patologických procesů ACT: vyhýbání se zkušenosti a kognitivní ztotožnění (Greco et al., 2008). Ze základní koncepce ACT, která řadí všímavost mezi žádoucí procesy vedoucí ke zvýšení psychické flexibility, můžeme předpokládat, že spolu budou skóry obou dotazníků negativně korelovat, tedy že vyšší skóry v dotazníku CAMM budou korelovat s nižšími skóry v dotazníku AFQ-Y. Můžeme tedy pro výzkum stanovit následující hypotézy:

- **H7:** Existuje negativní souvislost mezi mírou všímavosti a mezi mírou tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity v prvním měření.
- **H8:** Existuje negativní souvislost mezi mírou všímavosti a mezi mírou tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity v druhém měření.

Stejný proces můžeme použít i v porovnání skóre získaných v dotazníku CFI a dotazníku AFQ-Y. Dotazník CFI je určen k měření psychické pružnosti, kde vyšší skóre poukazují na vyšší míru této dovednosti. Můžeme tak předpokládat, že spolu budou skóre obou dotazníků negativně korelovat, tedy že vyšší skóre v dotazníku CFI budou souviset s nižšími skóre v dotazníku AFQ-Y. Na základě této úvahy si stanovujeme následující hypotézy:

- **H9:** Existuje negativní souvislost mezi mírou psychické pružnosti a mírou tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity v prvním měření.
- **H10:** Existuje negativní souvislost mezi mírou psychické pružnosti a mírou tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity ve druhém měření.

Všímavost je z teoretického hlediska ACT jednou ze složek psychické pružnosti. Pro dotazníky CAMM a CFI můžeme tak předpokládat pozitivní korelaci, tedy že vysoké skóre v jednom z dotazníků budou souviset s vysokými skóre ve druhém dotazníku. Ve výzkumu tedy budeme ověřovat tyto hypotézy:

- **H11:** Míra všímavosti, měřená dotazníkem CAMM, souvisí s mírou psychické pružnosti měřenou dotazníkem CFI v prvním měření.
- **H12:** Míra všímavosti, měřená dotazníkem CAMM, souvisí s mírou psychické pružnosti, měřenou dotazníkem CFI v druhém měření.

Testování výzkumných hypotéz je součástí kapitoly 8. Práce s daty a její výsledky.

6.6 Finální zpětná vazba

Součástí hodnocení programu bylo vyžádání zpětné vazby od souboru respondentů z experimentální skupiny. Zpětná vazba se skládala z otevřených otázek, na které měli respondenti odpovídat po vyplnění dotazníků v rámci poslední hodiny programu. Otázky zpětné vazby je možné rozdělit do tří kategorií:

1. Otázky spojené s celkovou spokojeností s programem: *Jak se vám líbila organizace jednotlivých hodin? Myslíte si, že pro vás byl program něčím užitečný? Dozvěděli jste se něco, co můžete použít v budoucnosti? Co si z programu nejvíce pamatujete? Naučili jste se něco praktického? Máte pocit, že jste se naučili něco nového? Máte nějaké nápady, jak bychom mohli program vylepšit?*
2. Otázky zaměřené na hodnocení obsahu programu: *Které téma pro vás bylo nejvíce zajímavé, čím a proč? Které téma vás zaujalo nejméně nebo vám přišlo nejméně užitečné? Bylo vám nějaké téma nepříjemné?*
3. Otázky zaměřené na hodnocení jednotlivých technik: *Která technika nebo cvičení pro vás byla nejzajímavější? Hodnotíte nějakou techniku jako pro vás osobně užitečnou a proč? Která technika nebo cvičení vás naopak vůbec nezaujala a proč? Doporučili byste nějakou techniku přátelům nebo rodině?*

Zpětná vazba od participantů je pro nás cenná nejen pro vyhodnocení efektivity programu jako takového, ale i pro zhodnocení osobních dojmů participantů vzniklých díky absolvování programu a jako reflexe jeho průběhu a organizace. Naším cílem bylo poskytnout žákům a žákyním možnost vyjádřit se k jednotlivým aspektům programu a sdílet své osobní postřehy a doporučení. Výsledky dotazníkového šetření a vyhodnocení finální zpětné vazby jsou podrobně popsány v kapitole výsledků šetření.

7. Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl realizován v souladu s etickými zásadami a normami stanovenými Evropskou federací psychologických asociací (EFPA, 2005) a etických standardů vyplývajících z Etických principů při výzkumu prováděného s lidmi stanovených Americkou psychologickou asociací (APA, 2008), a dále Etického kodexu stanoveného Českomoravskou psychologickou společností. Zároveň byly dodržovány zákonné normy pro práci s respondenty, spolupracujícími institucemi a nakládání s daty v souladu s platnou legislativou GDPR dle zákona č. 101/2000 sbírky.

Před zařazením jednotlivých participantů do výzkumu byl zákonným zástupcům ve spolupráci se školou skrze elektronický systém Bakaláři zaslán informovaný souhlas k podpisu. Informovaný souhlas obsahoval základní informace k výzkumu a podmínky účasti. Podepsaný formulář účastníci výzkumu dodali v rámci prvních dvou hodin programu.

Účast ve výzkumu byla dobrovolná, s možností odstoupení od výzkumu nebo ukončení účasti na programu kdykoliv v jeho průběhu. Účast v programu nebyla nijak odměňována. Při dotazníkovém šetření v rámci získávání zpětné vazby k programu byla všechna data anonymizována. Účastníci používali při označení dotazníků předem připravený postup k vytvoření unikátního kódu, který byl použit k následnému párování dotazníků z měření na začátku a na konci programu. Unikátní kód znal vždy jen konkrétní participant, všechna získaná data tak byla plně anonymní.

V průběhu programu byla účastníkům výzkumu zachována úcta k jejich osobě, názorům, preferencím a potřebám. Účastníci nebyli nuceni do žádných aktivit, kterých si nepřáli se zúčastnit, nebylo po nich vyžadováno sdílení intimních nebo jakýchkoliv jiných informací před kolektivem třídy ani s lektory. Před prováděním programu byli všichni účastníci informováni o možnosti využití konzultace nebo následné péče lektora, pokud by se jich dotklo jakékoliv téma nebo technika probíraná v programu nebo by cítili potřebu následné psychologické péče. Tuto možnost nikdo z účastníků během programu nevyužil. Zároveň byli účastníci informováni o možnosti kontaktovat lektory s dalšími otázkami k programu samotnému.

Žákům a žákyním v kontrolní skupině, kteří se zúčastnili pouze dotazníkového šetření, a nebyla jim poskytována žádná intervence, byla k dalšímu školnímu roku nabídnuta možnost absolvovat celý preventivní program ve formě, v jaké ho absolvovala experimentální skupina.

Všechny informace získané během výzkumu, názory a podněty z řad účastníků a další informace byly považovány za důvěrné a nebyly sdíleny s žádnými dalšími osobami mimo třídu, ve které program probíhal. Participanti výzkumu byli informováni o možnosti přístupu k výsledkům výzkumu, který jim bude umožněn ve formě odborných textů. Vzhledem k plné anonymizaci dat není možné poskytnout konkrétní výsledky jednotlivým participantům.

Při zpracování všech dotazníků, dokumentů zpětné vazby a jejich převodu do elektronické podoby bylo dbáno na ochranu získaných údajů a všechny materiály byly pečlivě uloženy tak, aby k nim neměly přístup žádné třetí osoby. Po ukončení výzkumu a po uplynutí doby určené k uchování materiálů budou všechny testové materiály skartovány.

8. Práce s daty a její výsledky

Pro provedení programu byla data z papírových dotazníkových formulářů převedena do elektronické podoby manuálním přepisem. Celkově byla převedena kompletní data z obou měření celkem 12 respondentů z experimentální skupiny a 36 respondentů ze skupiny kontrolní. Finální datová matice byla podrobena statistickým analýzám v programu SPSS 28.

Na začátku procesu jsme využili Shapiro-Wilkův test pro ověření normálního rozložení dat. Data z experimentální skupiny u měření pretestu a posttestu ve všech dotaznících splnila kritérium normality. U dat kontrolní skupiny byla splněna kritéria normality pro pretest a posttest u všech dotazníků s výjimkou posttestu dotazníku CFI. V tomto testu zjistil Shapiro-Wilkův test signifikantní porušení normality $W(36)=0,881$; $p=0,001$.

Pro analýzy dat splňujících podmínky normality jsme použili párový t-test. Pro analýzy dat nesplňujících podmínky normality jsme využili Wilcoxonův párový test a Mann-Whitney U test.

Pro posouzení souvislosti mezi měřenými teoretickými konstrukty v dotaznících jsme použili Pearsonův korelační koeficient, který je interpretován následovně (Dancey & Reidy, 2007):

- Zanedbatelný vztah $|r| < 0,1$
- Slabý vztah $|r| < 0,3$
- Středně silný vztah $|r| < 0,6$
- Silný vztah $|r| \geq 0,6$

Pro výpočet míry účinku jsme použili Cohenovo d . Výsledky výpočtů Cohenova d jsou interpretovány dle Soukupa (2013) takto:

- Zanedbatelný efekt $< 0,2$
- Malý efekt $< 0,5$
- Střední efekt $< 0,8$
- Velký efekt $\geq 0,8$

8.1 Výsledky dotazníkového šetření

Základní statistiky, včetně průměrných skóre a směrodatných odchylek pro experimentální a kontrolní skupinu, jsou popsány v tabulce číslo 2.

Tabulka č. 2. Základní statistiky výzkumného souboru:

Metoda	Skupina	N	Pretest		Posttest	
			Mean	SD	Mean	SD
CAMM	Experimentální	12	23,3	± 9,9	26,9	± 8,6
	Kontrolní	36	23,4	± 8,3	24,6	± 7,6
AFQ-Y	Experimentální	12	30,6	± 8,5	31,2	± 12,1
	Kontrolní	36	41,9	± 17,1	42,9	± 17,6
CFI	Experimentální	12	94,9	± 16,1	98,9	± 21,01
	Kontrolní	36	98,6	± 11,6	95,4	± 15,4

Poznámka k tabulce: N je počet participantů ve skupině, Mean je průměrný skóre v daném testu, SD je směrodatná odchylka.

8.1.2 Výsledky experimentální a kontrolní skupiny

Experimentální skupina

Pro zjištění efektivity programu, tedy rozdílů mezi pretestem (1. měření) a posttestem (2. měření) u experimentální skupiny, jsme testovali výzkumné hypotézy **H1**, **H2** a **H3**.

Pro testování efektivity programu jsme použili párový t-test, kde jsme srovnávali rozdíly ve skórech před začátkem preventivního programu a po jeho skončení u experimentální skupiny. V dotazníku CAMM nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $t(11)=1,11$; $p=0,293$, s malým efektem účinku $d=0,32$. V průměru dosahovala experimentální skupina o 3,58 bodů více po absolvování programu než před ním. Na základě výsledků analýzy nemáme dostatek důkazů pro přijetí hypotézy **H1**, která říká, že se absolvování programu projeví ve zvýšených skórech všímavosti.

V dotazníku AFQ-Y nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $t(11)=0,25$, $p=0,805$, se zanedbatelnou mírou účinku $d=0,07$. V průměru dosahovala experimentální skupina o 0,67 bodu více po absolvování programu než před ním. Hypotézu **H2**, která říká, že vlivem programu dojde ke snížení tendence k vyhýbavému chování a ztotožnění s myšlenkami a pocity na základě našich výsledků nepřijímáme.

V dotazníku CFI nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $t(11)=0,92$, $p=0,377$, ovšem byl zjištěn malý efekt účinku $d=0,27$. V průměru dosahovala experimentální skupina o 4 body více po absolvování programu než před ním. Hypotézu **H3**, která říká, že po absolvování programu dojde ke zvýšení psychické flexibility na základě našich výsledků nepřijímáme. Naše výsledky ale poukazují na patrný stoupající trend ve výsledcích psychické flexibility po absolvování programu.

Ze shrnutí výsledků experimentální skupiny a měření efektivity programu z našich výsledků vyplývá, že se program projevil na mírně zvýšených skórech ve všímavosti v míře malého účinku $d=0,32$ (dotazník CAMM), i když statistické analýzy nebyly signifikantní. Nenalezli jsme důkazy pro efekt programu vztahující se ke snížení tendence používat strategie vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami (dotazník AFQ-Y). Dále jsme nezískali dostatek důkazů pro potvrzení našeho předpokladu, že absolvování programu má vliv na zvýšení psychické pružnosti, i když je z našich výsledků patrný stoupající trend $d=0,27$.

Kontrolní skupina

Pro porovnání výsledků mezi pretestem a posttestem u kontrolní skupiny jsme pro výsledky dotazníků CAMM a AFQ-Y použili opět párový t-test. V dotazníku CAMM nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $t(35)=1,10$; $p=0,280$, $d=0,18$. V průměru dosahovala kontrolní skupina o 1,22 bodů více ve druhém měření než v prvním měření. Stejně jako v experimentální skupině jsme v kontrolní skupině zjistili malý nárůst v míře všímavosti. Oproti experimentální skupině byl nárůst skóreů kontrolní skupiny menší o 2,36 bodů.

V dotazníku AFQ-Y nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $t(35)=0,66$; $p=0,517$. V průměru dosahovala kontrolní skupina o 0,97 bodu více ve druhém měření než v prvním měření. V měření tendence k vyhýbavému chování

a ztotožnění se s myšlenkami a pocity dosahují obě skupiny podobných rozdílů mezi pretestem a posttestem, aniž by kterýkoliv z nich nabýval statistické významnosti.

Pro analýzu pretestu a posttestu dotazníku CFI u kontrolní skupiny jsme použili kvůli porušení kritéria normality dat u druhého měření Wilcoxonův test. V dotazníku CFI nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi pretestem a posttestem $W = 259$, $Z = 0,659$, $p = 0,510$.

V průměru dosahovala kontrolní skupina o 3,19 bodů více ve druhém měření než v prvním měření. Ve srovnání s experimentální skupinou byl výsledek kontrolní skupiny u druhého měření psychické pružnosti v průměru o 0,81 bodů menší.

Shrnutí výsledků

Předpokládali jsme, že absolvování preventivní programu ACT se projeví na významném rozdílu mezi průměrnými skóry před a po jeho absolvování. Na základě výsledků statistických analýz nemůžeme přijmout hypotézu **H1**. Statistické testy nepotvrdily signifikantní rozdíl ve výsledcích dotazníku všímavosti CAMM, kdy po absolvování ACT programu vnímaná schopnost všímavosti stoupla pouze mírně.

Dále jsme testovali hypotézu **H2**, která tvrdí, že po absolvování programu dojde ke snížení tendence k vyhýbavému chování a ztotožnění s myšlenkami a pocity. Očekávali jsme tedy, že budou v posttestu hodnoty dotazníku AFQ-Y nižší než v pretestu. Tato hypotéza nebyla statistickými testy potvrzena, nemůžeme tedy hypotézu **H2** pro náš soubor přijmout.

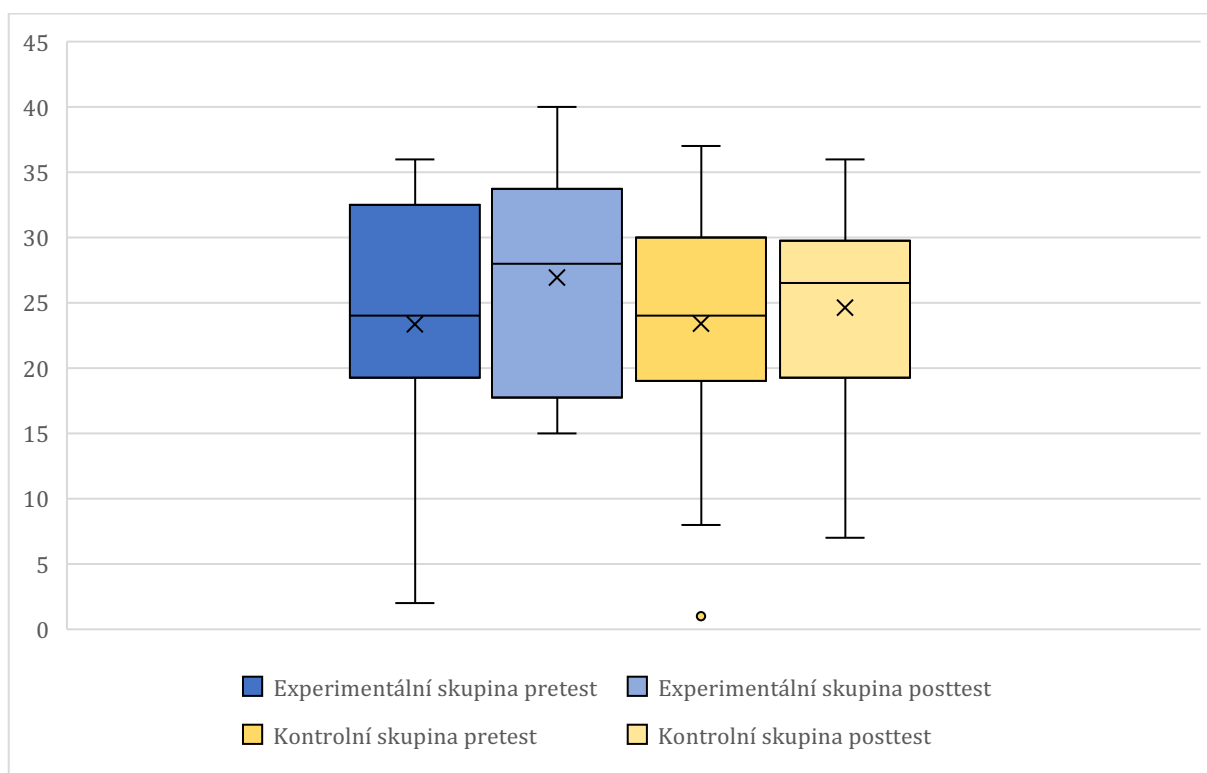
Očekávali jsme, že vlivem programu dojde u jeho absolventů ke zvýšení kognitivní flexibility, což by se projevilo na vyšších skórech dotazníku CFI oproti prvnímu měření před intervencí. Ani tato hypotéza se nepotvrdila, skóry experimentální skupiny mají tendenci mírně stoupat, i když bez statistické významnosti. Hypotézu **H3** tedy také nemůžeme přijmout.

8.1.2 Porovnání experimentální a kontrolní skupiny

Dotazník CAMM

Pro porovnání dat celkových výsledků obou skupin jsme použili párový t-test pro nezávislé výběry, dle kterého nebyly nalezeny žádné statisticky signifikantní rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v dotazníku CAMM. Výsledky pretestu $F(46)=0,15$; $p=0,701$; rozdíl mezi skupinami byl v prvním měření zanedbatelný $d=0,01$. Výsledky analýzy u posttestu $F(46)=0,88$; $p=0,352$, mezi skupinami byla zjištěna malá míra účinku $d=0,30$. Výsledky jednotlivých měření a porovnání skupin jsou znázorněny na obrázku č. 3.

Obrázek č. 3: Výsledky dotazníku CAMM pro pretest a posttest v experimentální a kontrolní skupině:



Poznámka k obrázku: křížek v grafu označuje průměr, vodorovná čára v boxu označuje medián, box označuje rozpětí mezi kvartily a úsečky rozmezí neodlehých hodnot, kroužek označuje odlehlou hodnotu.

Z grafu je patrný stoupající trend, tedy zvyšování skóre v druhém měření všímavosti oproti druhému měření. Tento trend je patrný v obou skupinách, tedy nezávisle na tom, zda skupina prošla preventivním programem nebo ne. Tomu odpovídají i výsledky

párového t-testu pro zjištění efektu programu. Obě skupiny, experimentální i kontrolní, dosahovaly mírně vyšších skóre v dotazníku všímavosti ve druhém měření než v měření prvním, ani v jednom případě se nejednalo o výsledky statisticky významné.

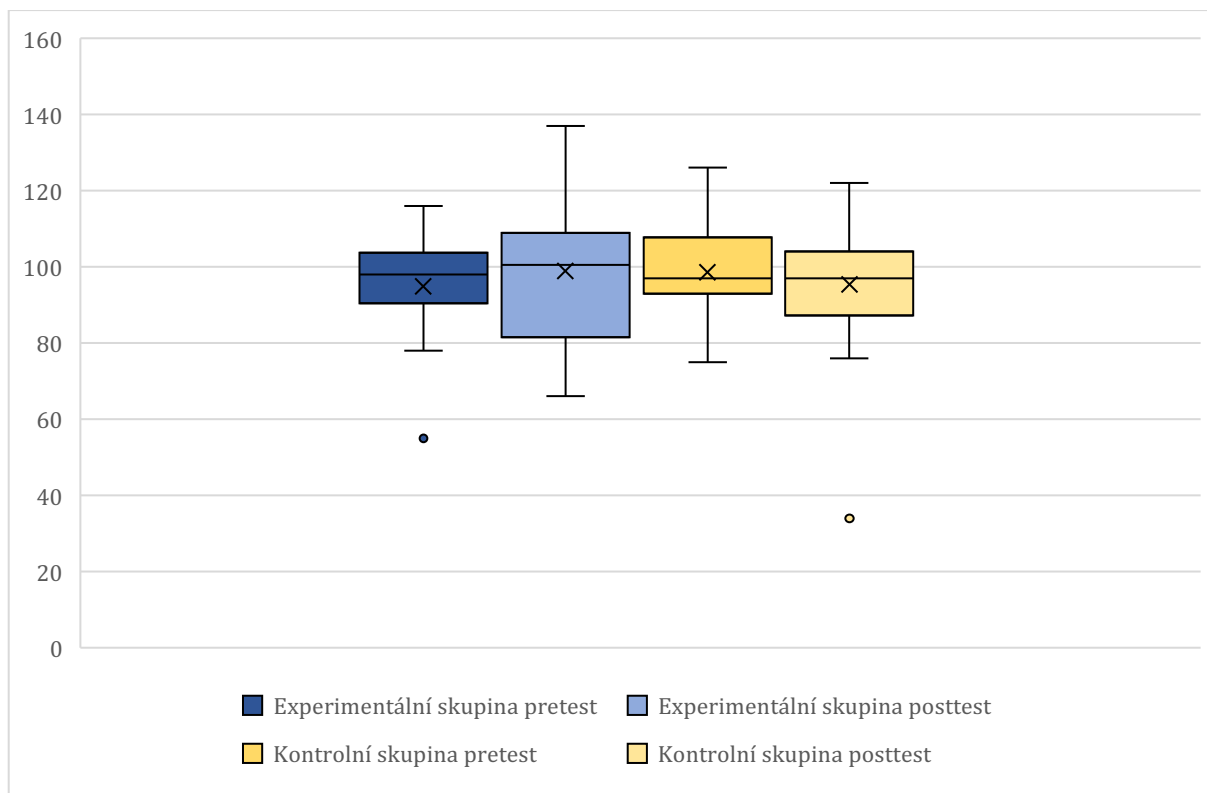
Na základě analýz tedy můžeme konstatovat, že jsme nenalezli signifikantní rozdíly mezi skupinami v závislosti na absolvování programu v míře všímavosti. Hypotézu **H4** tedy nemůžeme přijmout.

Dotazník CFI

Vzhledem k porušení normality u posttestu měření kontrolní skupiny jsme pro tuto analýzu zvolili neparametrický Mann-Whitney U test. Dle testu nebyly nalezeny žádné signifikantní rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou v dotazníku CFI ani v prvním, ani ve druhém měření. Výsledky pretestu $Z=-0,25$; $p=0,802$; $d=0,30$ (malý efekt); výsledky posttestu $Z=0,655$; $p=0,512$; $d=0,21$ (malý efekt).

Opět je z výsledků patrný mírně stoupající trend, který poukazuje na zvyšování míry psychické pružnosti u absolventů programu ACT. Výsledky jednotlivých měření a porovnání skupin jsou znázorněny na obrázku č. 4.

Obrázek č. 4.: Výsledky dotazníku CFI pro pretest a posttest v experimentální a kontrolní skupině:



Poznámka ke grafu: křížek v grafu označuje průměr, vodorovná čára v boxu označuje medián, box označuje rozpětí mezi kvartily a úsečky rozmezí neodlehých hodnot, kroužek označuje odlehlou hodnotu.

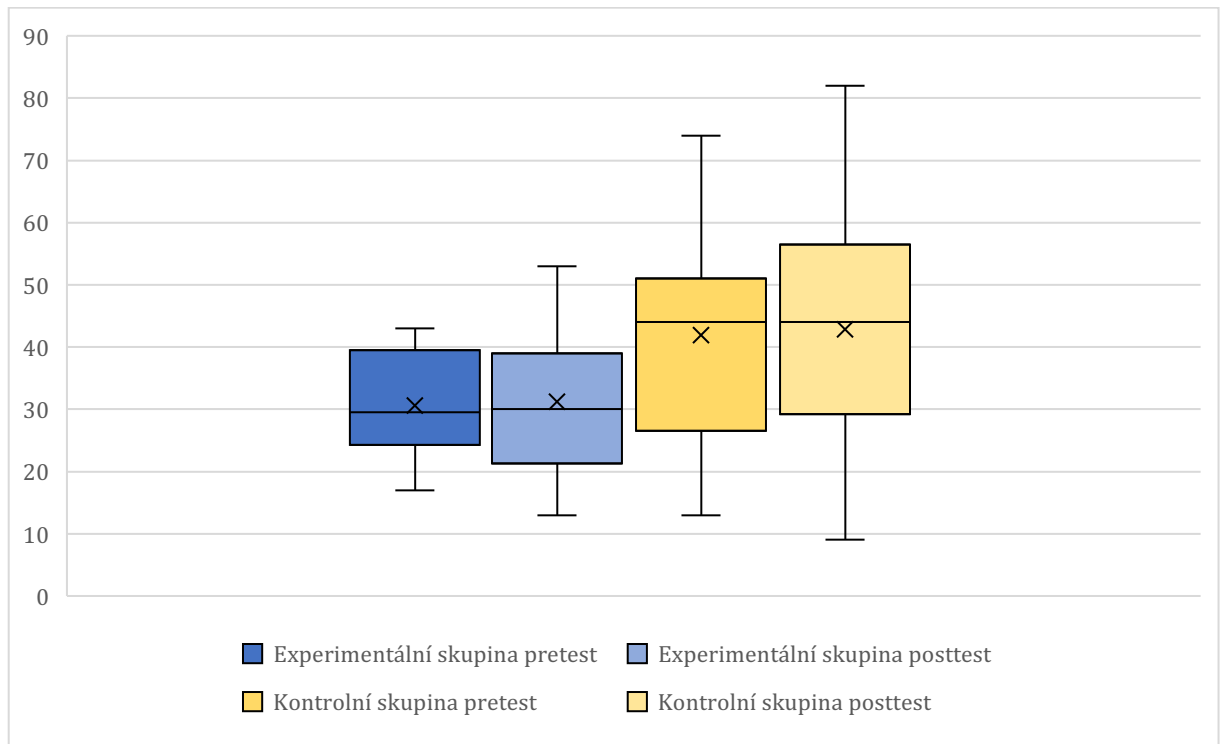
Dotazník AFQ-Y

Pro porovnání výsledků skupin v dotazníku AFQ-Y jsme opět použili párový t-test. Mezi skupinami byly nalezeny signifikantní rozdíly. V prvním měření byl rozdíl u skupin významný $F(46)=5,20$, $p=0,027$, $d=-0,73$ (velký efekt). U druhého měření již nebyl rozdíl mezi skupinami statisticky významný $F(46)=1,84$, $p=0,181$, $d=-0,71$ (velký efekt).

Skupiny se lišily v úrovni, jakou se jejich členové angažují v chování konzistentním s konceptem vyhýbání se zkušenosti. Záporný výsledek d poukazuje na výrazně vyšší hodnoty v dotazníku u kontrolní skupiny než u skupiny experimentální. Nižší skóre v dotazníku indikují menší tendenci k používání copingových strategií vyhýbání se

zkušenosti a ztotožňování se s myšlenkami a pocity, které jsou spojeny s nižší mírou psychické pružnosti. Výsledky analýz jsou znázorněny v grafu č.3.

Obrázek č.5: Výsledky dotazníku AFQ-Y pro pretest a posttest v experimentální a kontrolní skupině:



Poznámka ke grafu: křížek v grafu označuje průměr, vodorovná čára v boxu označuje medián, box označuje rozpětí mezi kvartily a úsečky rozmezí neodlehých hodnot.

Dále jsme provedli analýzu ANCOVA pro zjištění rozdílu mezi experimentální a kontrolní skupinou. Chtěli jsme zjistit, zda existuje signifikantní rozdíl mezi skupinami ve výsledcích druhého měření dotazníku AFQ-Y, pokud budeme v analýze kontrolovat pro data prvního měření dotazníku AFQ-Y. Nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami v dosažených skórech, pokud byly výsledky kontrolovány pro skóry pretestu $F(1, 46)=0,22, p=0,640$.

8.1.3 Korelační analýzy

Pro kontrolu konceptů jednotlivých dotazníků a pro ověření hypotéz **H7** až **H12** jsme provedli výpočet korelačních koeficientů. I přes porušení normality v případě jednoho z dotazníků jsme se rozhodli použít Pearsonův korelační koeficient. Pro kontrolu

výpočtů jsme použili i Spearmanův korelační koeficient, při porovnání výsledků nebyly nalezeny rozdíly mezi použitými metodami. Korelační vztahy vypočítané dle Pearsonova korelačního koeficientu jsou znázorněny v následující tabulce č. 3:

Tabulka č. 3: Korelační vztahy mezi výsledky jednotlivých testů a měření

	<i>CAMM 1</i>	<i>CAMM 2</i>	<i>AFQ-Y 1</i>	<i>AFQ-Y 2</i>	<i>CFI 1</i>	<i>CFI 2</i>
<i>CAMM 1</i>						
<i>CAMM 2</i>	0,53**					
<i>AFQ-Y 1</i>	-0,54**	-0,59**				
<i>AFQ-Y 2</i>	-0,53**	-0,68**	0,86**			
<i>CFI 1</i>	0,30*	-0,04	-0,10	-0,09		
<i>CFI 2</i>	0,32*	0,33*	-0,26	-0,46**	0,41**	

Poznámka k tabulce: Korelační vztahy signifikantní na hladině významnosti 0,05 jsou označeny modře*, vztahy signifikantní na hladině významnosti $p < 0,001$ jsou označeny modře**, 1 v názvu dotazníku značí pretest, 2 v názvu dotazníku posttest.

V souboru obou skupin spolu na hladině významnosti $p < 0,001$ korelovaly skóry v prvním a druhém měření. Pro dotazník CAMM byl zjištěn středně silný signifikantní vztah: $r=0,53$. Pro dotazník AFQ-Y byl zjištěn silný statisticky signifikantní vztah $r=0,86$. Pro dotazník CFI byl zjištěn středně silný signifikantní vztah $r=0,41$. Tento výsledek naznačuje dobrou stabilitu při opakovaném měření stejného atributu, a tedy i stabilitu dotazníků CAMM AFQ-Y a CFI.

Dále jsme provedli výpočet korelačního koeficientu pro zjištění vztahu mezi jednotlivými dotazníky. Zjistili jsme středně silný negativní vztah mezi dosaženými skóry v prvním měření v dotazníku CAMM a AFQ-Y: $r=-0,54$, $p < 0,001$. Ještě silnější negativní vztah pak existoval mezi skóry druhého měření stejných dotazníků: $r=-0,68$, $p < 0,001$. Na základě těchto výsledků přijímáme hypotézu **H7** a **H8**, které říkají, že existuje negativní souvislost mezi mírou všímavosti a mezi mírou tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity v prvním měření (**H7**) a ve druhém měření (**H8**).

Mezi skóry dotazníku AFQ-Y a CFI nebyl při prvním měření nalezen žádný statisticky signifikantní vztah: $r=-0,07$, $p=0,640$. V druhém měření byl nalezen středně silný

statisticky signifikantní negativní vztah: $r = -0,42$, $p = 0,003$. Na rozdíl od poměrně stabilního negativního vztahu mezi všímavostí a tendencí vyhýbat se zkušenosti a ztotožněním se s myšlenkami v obou měřeních, jsme dle našich očekávání odhalili negativní vztah mezi psychickou flexibilitou (CFI) a tendencí vyhýbat se zkušenosti a ztotožněním se s myšlenkami (AFQ-Y) pouze při druhém měření. Můžeme tedy přijmout hypotézu **H10**, hypotézu **H9** nepřijímáme.

Oproti našemu očekávání byl nalezen pouze slabý statisticky signifikantní vztah mezi skóry v dotazníku CAMM a CFI v prvním měření: $r = 0,30$; $p = 0,040$. V druhém měření byl taktéž nalezen slabý statisticky signifikantní vztah: $r = 0,34$, $p = 0,028$. I když je nalezený vztah slabší, než jsme původně očekávali, můžeme přijmout hypotézu **H11** a **H12**, které říkají, že míra všímavosti, měřená dotazníkem CAMM, souvisí s mírou kognitivní flexibility, měřenou dotazníkem CFI v prvním měření (**H11**) a v druhém měření (**H12**).

8.2 Výsledky analýzy zpětné vazby

V rámci podávání zpětné vazby odpovídali účastníci experimentální skupiny na otázky spojené s celkovou spokojeností s programem, na otázky vztahující se k celkovému hodnocení obsahu programu a na otázky zaměřené na hodnocení jednotlivých technik (otázky jsou podrobněji popsány v kapitole 6.5). Při zpracování dat byly vypsány jednotlivé odpovědi na základě obsahové analýzy. Odpovědi, které se lišily pouze formulací, ale shodovaly se obsahem, byly sloučeny do jednoho výroku a byla vyjádřena jejich četnost.

Jednotlivé výroky jsme rozdělili do dvou hlavních kategorií: výroky vyjadřující se ke konkrétním technikám a tématům jednotlivých hodin, výroky vyjadřující se k celému programu, jeho organizaci a hodnocení. Analýza výroků je zobrazena v následující tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Výsledky obsahové analýzy zpětné vazby účastníků programu:

	POZITIVNÍ	NEGATIVNÍ
OBSAH PROGRAMU TÉMAT A TECHNIKY	<u>TÉMATATA, KTERÁ NEJVÍCE ZAUJALA:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stanovování cílů, možnost ujasnit si budoucnost (7) ▪ Ujasnění si osobních hodnot (7) ▪ Soucit se sebou (2) ▪ Všímavost (2) ▪ Odstup od myšlenek (1) 	<u>TÉMATATA, KTERÁ NEJMÉNĚ ZAUJALA:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Odstup od myšlenek (4) ▪ Všímavost (3) ▪ Vnímání emocí (1) („<i>Nemá smysl se nímrat v sobě, měli jsme se radši naučit číst jiné lidi a toho pak využívat.</i>“) ▪ Emoce – obecně (1) ▪ Soucit se sebou (2) ▪ Hodnoty (2) („<i>Viděl jsem, kde nedosahuji toho, co bych chtěl, a to bolelo.</i>“ „<i>Mám v nich bordel, nejsem se sebou spokojená.</i>“)
	<u>TECHNIKY, KTERÉ NEJVÍCE ZAUJALY:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Technika uzemnění – Strom v bouři (4) ▪ Techniky na uklidnění (1) ▪ Vyjmenování věcí v okolí (1) ▪ Psaná cvičení s terčem (1) ▪ Stanovování cílů (1) ▪ Meditace, myšlenek (2) ▪ Meditace, soustředěnost, vnitřní klid (1) ▪ Představení si pocitu (1) ▪ Techniky odstupu (1) ▪ Pracovní list - hodnoty (1) 	<u>TECHNIKY, KTERÉ ZAUJALY NEJMÉNĚ:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kreativní beznaděj (2) ▪ Techniky odstupu od myšlenek (2) ▪ Vizualizace – monstra na člunu (2) ▪ Cvičení všímavosti – různé varianty (3)
HODNOCENÍ PROGRAMU	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organizace a průběh hodin byl OK (3) ▪ Ano, něco bude užitečné do budoucna (7) ▪ Možná se mi změnil pohled na některé problémy (1) ▪ Určitě to bylo zajímavé (1) ▪ Trochu jsem si v hlavě srovnal priority (1) ▪ Program byl užitečný, některé techniky jsem vyzkoušela i mimo hodiny, naučila jsem se něco nového (1) ▪ V něčem byl určitě užitečný, naučil jsem se něco praktického (1) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nenaučila jsem se nic praktického (2) ▪ Dobré, ale nic nového jsem se nenaučil, vše jsem již znal (1) ▪ Dobrá myšlenka, ale provedení selhalo díky škole (<i>nevhodná doba hodin, bylo to na konci dne, těžké se soustředit</i>) (4) ▪ Nevím, nedokážu posoudit (3)

8.2.1 Interpretace výsledků zpětné vazby

Při analýze zpětné vazby jsme se setkali s poměrně rozporuplným hodnocením jednotlivých témat i technik, jak je z tabulky patrné. Některým účastníkům se líbily například techniky všímavosti, imaginační cvičení a metafory, jiní účastníci je považovali za nezajímavé a neužitečné. Stejně poznatky zjišťujeme i u cvičení na odstup od myšlenek nebo celkové téma soucitu se sebou.

Téma všímavosti bylo přijato rozporuplně, názory se výrazně lišily mezi jednotlivými účastníky. Jedna skupina účastníků vnímala schopnost zastavení se, zaměření se na smyslové vjemy z okolí a vnímání vlastního těla (zvuky, vnímání barev, chuť, čich, kontakt se židlí a se zemí) jako celkově zklidňující, uzemňující. Druhá skupina v nich neviděla žádný přínos, objevovaly se pocity nudy nebo hodnocení neužitečnosti cvičení. Obě varianty reakcí na cvičení všímavosti jsou poměrně běžné a vnímání přínosu cvičení je do velké míry individuální. Stejně jako u ostatních témat našeho programu se jednalo spíše o celkové seznámení, naučení základních technik a psychoedukaci k tématu všímavosti.

Podobná hodnocení se objevovala i ve vztahu k používaným názorným příkladům a metaforám. Pro některé účastníky šlo o užitečné a vysvětlující metafory, jiní měli potíže je pochopit a měli pocit, že jim nic nového nepřináší. Stejně jako v případě cvičení všímavosti, i zde se jedná o značně individuální záležitost, ovlivněnou preferencemi a očekávanými jednotlivých účastníků.

Téma soucitu se sebou se setkalo s nejmenším pochopením nebo zaujetím ze strany účastníků. Bohužel se nejedná o překvapivé zjištění. Soucit se sebou je v naší společnosti poměrně neznámým a do velké míry kontraintuitivním konceptem, který se do povědomí odborné psychologické veřejnosti začal dostávat a intenzivně zkoumat až v posledních dekáдах. Soucit se sebou a laskavé přijetí sebe sama jsou nedílnou součástí východní buddhistické tradice, jógy a meditace všímavosti, a díky nim se postupně začal více a více dostávat i k nám. Hlavní průkopníci výzkumu v této oblasti a popularizace konceptu soucitu se sebou je například Kristin Neff (Self-Compassion: The proven power of being kind to yourself, 2011).

V západní společnosti s naší kulturní a průmyslovou historií jsme spíše vedeni ke zvýšené sebekritice, trestání a kárání se za omyly a jakékoliv chyby, snaze být silní,

neukázat slabost před ostatními a ani sami před sebou. Místo přijetí vlastních negativních pocitů, a snahy postarat se a pečovat o sebe, se spíše uchylujeme k sebekritice nebo přemítání o tom, co je s námi špatně a proč to tak je (Harris, 2021). Naučená tendence přísně soudit všechny své chyby a nedostatky mnohem intenzivněji, než bychom je soudili u ostatních, je bohužel velmi častá, a do velké míry přispívá ke vzniku a udržování psychických potíží, jakými jsou úzkosti, deprese, stres, poruchy příjmu potravy a mnoho dalších. Soucit se sebou má velké využití v klinické praxi, pomáhá s emoční regulací a jeho míra dle dosavadních výzkumů pozitivně souvisí s mírou psychické pohody (Inwood & Ferrari, 2018). I přes poměrně ambivalentní přístup participantů ke konceptu soucitu se sebou cítíme, že je toto téma extrémně důležité a zařazení do programu je dle našeho názoru přínosné, i kdyby se mělo jednat pouze o první seznámení s ním.

Poměrně jasná shoda v hodnocení užitečnosti a přínosu techniky panovala u témat i cvičení zaměřených na rozpoznávání vlastních hodnot a stanovování cílů. Vzhledem k demografickým údajům o žácích a žačkách experimentální skupiny (věk, studium na gymnáziu) se jedná o téma, které má z jejich pohledu nejjasnější praktické využití pro současnost i budoucnost. Při vytváření programu jsme s touto zjevnou užitečností počítali, a i z toho důvodu jsme tématu cílů a hodnot věnovali nejvíce času.

V celkovém hodnocení průběhu programu a jeho organizace se většina participantů shodovala v nespokojenosti s časovým zařazením programu na konec vyučovacího dne. Negativně byla hodnocena 7. vyučovací hodina z důvodu zvýšené únavy a upadající pozornosti. Samotný obsah hodin byl vnímán pozitivně nebo neutrálně v závislosti na jednotlivých tématech nebo technikách.

Zároveň si většina žáků a žákyň našla témata nebo techniky, které je zaujaly a které pro ně byly nebo nadále budou užitečné.

9. Diskuse

V této části práce se věnujeme celkové reflexi dosažení cílů práce, interpretaci jejich výsledků, analýze silných a slabých stránek práce a doporučením k dalšímu výzkumu.

Hlavním cílem naší práce bylo vytvořit a provést preventivní program ACT určený pro děti a adolescenty, a tím rozšířit povědomí o terapii přijetí a odhodlání mezi českou odbornou veřejností. Preventivní program jsme vytvořili tak, aby odpovídal zahraničnímu použití ACT v rámci preventivních programů určených pro žáky a žákyně středních škol. Náš program jsme modelovali dle dostupných modifikací ACT přístupu pro populaci adolescentů, jak je ve své publikaci „ACT for Adolescents“ uvádí Turrell a Bell (2016). Dále jsme použili některé pracovní listy, metafory a názvy dle českého překladu knihy Russe Harrise (2021). V programu jsme využívaly techniky cvičení všímavosti, práce s emocemi a další doplňkové nástroje z vlastní praxe a dalších volně dostupných zdrojů.

Ze zpětné vazby poskytnuté od absolventů programu můžeme soudit, že je program obohatil o nové znalosti a dovednosti, a že si z něj odnesli praktické dovednosti, které mohou v budoucnu využít. Důležitým bodem zpětné vazby byly i velké rozdíly mezi jednotlivými absolventy. Obliba konkrétních technik a témat se měnila v závislosti na individuálních potřebách každého z nich. Nejpozitivněji hodnocenou součástí programu bylo stanovování cílů a prozkoumávání životních hodnot. Stanovování realistických cílů, ujasnění si dalšího směřování ve studiu a plánování budoucnosti je důležitým bodem pro většinu adolescentů vzhledem ke změnám, které je v tomto vývojovém období čekají. Životní hodnoty tvoří kvalitní a poměrně stabilní základ pro jejich rozhodování o směru jejich budoucího snažení.

Co se týče obsahu programu a jednotlivých technik, jistě existuje velký prostor pro zlepšování, zvláště co se týče zaujetí a interaktivnosti v rámci jednotlivých cvičení. Jistá ambivalence ze strany účastníků ve vnímání tématu soucitu se sebou a cvičení všímavosti je pochopitelná, z pohledu ACT i lektorů se ovšem jedná o nedílnou součást programu. Do budoucna bychom se rádi zaměřili na vylepšení výběru a forem jednotlivých cvičení, vysvětlení jejich důležitosti a užitečnosti jednotlivých konceptů.

Dále jsme se na základě dat získaných z dotazníků Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) a Cognitive

flexibility Inventory (CFI) pokoušeli zjistit účinnost našeho programu na zvyšování všímavosti, snižování tendence k vyhýbavému chování a ztotožnění s myšlenkami a pocity, a zvyšování celkové úrovně psychické pružnosti, která je ústředním tématem v ACT (Hayes et al., 2004).

Z našich dat se nám nepodařilo prokázat statisticky významný vztah mezi absolvováním programu a zvyšováním všímavosti. I když naše výsledky nejsou statisticky průkazné, ze získaných skóre je patrná stoupající tendence. Experimentální skupina dosahovala vyššího nárůstu bodů v dotaznících než skupina kontrolní. Náš výsledek je v souladu se švédským pilotním výzkumem, který taktéž testoval efektivitu preventivního ACT programu na všímavost a který zvyšování míry všímavosti zaznamenal (Livheim et al., 2015).

V našem výzkumu jsme zaznamenali malý efekt účinku ve zvýšené míře všímavosti a dále ve zvýšení psychické flexibility. Tyto výsledky sdílíme například s výzkumem Burckhardta a jeho kolegů (2017), kteří také zjistili malý účinek svého programu na zvyšování psychické pružnosti. Pilotní studie v Austrálii, kde byl proveden 8hodinový strukturovaný program, zjistila významné snížení psychické nepružnosti se středním efektem (Livheim et al., 2015), což je zatím nejsilnější zjištěný efekt mezi dosavadními výzkumy ACT programů. Náš výzkum potvrzuje i časté výsledky jiných preventivních programů, které většinou zjišťují malý efekt účinku preventivních intervencí pro neklinické populace (Hancock et al., 2018).

Nepodařilo se nám potvrdit ani snížení tendence k vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity vlivem programu, i když například v japonském výzkumu se spojitost mezi snížením těchto tendencí a absolvováním preventivního ACT programu prokázat povedlo (Takahashi et al., 2020).

Nenalezení signifikantního rozdílu může být zapříčiněno hned několika faktory. Prvním z nich je malý soubor respondentů z experimentální skupiny. Díky vysoké absenci některých participantů a vysoké míře drop-out rate se podařilo získat kompletní data jen od 12 participantů. Toto číslo je velmi malé pro zjištění statisticky významných údajů i z hlediska reprezentativnosti souboru a následného zobecňování výsledků na běžnou populaci. Jak píše Burckhardt a kolegové (2017), kteří se potýkali se stejným problémem, je měření účinnosti preventivních programů náročné i z toho

důvodu, že jsou tyto programy primárně určeny pro neklinické populace, kde jsou změny hlavně v patologických procesech méně markantní. Stejně jako u jejich výzkumu bylo i našim cílem především zjistit, zda je terapie přijetí a odhodlání vhodná jako teoretický základ pro vytvoření takového programu. Na základě průběhu programu samotného a zpětných vazeb získaných od jeho účastníků jsme toho názoru, že je ACT vhodnou teoretickou základnou pro vytvoření preventivního programu a může svými tématy zaujmout a oslovit i zdravou populaci adolescentů.

Jedním z dalších cílů práce bylo přeložit dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI do české verze. Naše verze je zatím určena pouze pro výzkumné účely, k použití v klinické nebo další praxi bude nutná další standardizace, která již byla nad rámec naší práce.

Při analýzách dotazníků se potvrdila naše hypotéza, že vyšší skóry dotazníku všímavosti (CAMM) souvisí s nižšími skóry v dotazníku měřícím tendenci k vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění s myšlenkami a pocity (AFQ-Y). Naše výsledky potvrzují předchozí výzkumy, kde byla zjištěna negativní korelace mezi skóry CAMM a AFQ-Y (Greco et al., 2008; Muris et al., 2017).

Překvapivě jsme nezjistili nejprve žádnou a ve druhém měření pouze malou souvislost mezi kognitivní flexibilitou (CFI) a všímavostí (CAMM). Všímavost je dle ACT důležitou součástí kognitivní flexibility, absence vztahu mezi těmito koncepty může být způsobena malým výzkumným souborem, ale možné vysvětlení je i to, že spolu koncept všímavosti a psychické flexibility tak úzce nesouvisí. Psychická flexibilita se v ACT skládá kromě všímavosti z dalších pěti hlavních stavebních kamenů, které mohou být ve své komplexnosti důležitější než jen všímavost sama o sobě. Ta může mít spíše zastřešující roli a zároveň být nedílnou součástí ostatních procesů, a zároveň je nijak nenahrazovat.

Při prvním měření jsme nezjistili žádný vztah mezi dotazníkem CFI a AFQ-Y, který měří patologické procesy v ACT (Muris et al., 2017), středně silný negativní vztah byl zjištěn až při měření druhém. Ve druhém měření se potvrdilo naše očekávání, že vyšší skóry psychické pružnosti CFI souvisí s nižšími skóry v AFQ-Y. Vztah mezi skóry v dotaznících by měl být silně negativní vzhledem k tomu, že dotazníky měří k sobě navzájem opačné procesy – psychickou pružnost na straně dotazníku CFI a patologické procesy související s psychickou nepružností v dotazníku AFQ-Y.

Důvod, proč se tento vztah projevilo pouze u druhého měření, v tuto chvíli neznáme. Do výsledků se mohlo projevit více faktorů, jednou z nich může být malý výzkumný soubor, možná nestabilita konceptu kognitivní flexibility v dotazníku CFI nebo potíže s překladem této metody. Nepodařilo se nám dohledat jiné výzkumy snažící se o porovnání výsledků dotazníku CFI s dotazníky CAMM a AFQ-Y. Pro další použití dotazníku CFI v českém překladu je nutná podrobnější analýza jeho konstruktové validity. Vhodné je i jeho srovnání s jinými dotazníky měřícími psychickou flexibilitu.

Silnou stránkou této práce je především komplexita a náročnost celého projektu. Součástí práce byl systematický překlad 3 cizojazyčných dotazníků, vytvoření celého osmi hodinového programu a realizace programu samotného v experimentální skupině, která byla bezesporu tou nejnáročnější částí.

Za hlavní přínos práce považujeme rozšíření povědomí o terapii přijetí a odhodlání v českém prostředí, zvláště pak v práci s dětmi a adolescenty. ACT se dle robustní teoretické základny, která se neustále rozrůstá, jeví jako efektivní a vhodná terapie pro velké množství psychických poruch a potíží, a její rozšíření v České republice nám dává další nástroj pro práci s klienty. Předcházení vzniku problémům se sice v naší práci plně nepotvrdilo, ale trendy práce naznačují vhodnost využití ACT v práci se zdravou populací dětí a adolescentů. Jak je patrné ze získané zpětné vazby, absolventi si z programu odnesli teoretické nebo praktické poznatky do dalšího života dle své preference a aktuálních potřeb.

Program kombinoval přednáškovou a zážitkovou formu předávání informací ve školních třídách s počtem asi 20 žáků, jiné výzkumy se orientovaly na přednáškovou formu pro výrazně větší počet žáků (Burckhardt et al., 2017). Dle našeho názoru je menší počet žáků ve třídě výhodný pro rozvoj interakce mezi lektorem a žáky, přednášková forma je naopak vhodnější pro oslovení většího počtu studentů najednou a tím pádem i snížení nákladů na provedení programu. Obě varianty se v tuto chvíli jeví jako vhodné, jejich srovnání je možným tématem pro další výzkumy v této oblasti.

Měření efektivity terapeutických intervencí je velmi náročné, a toto pravidlo ještě více platí pro měření efektivity preventivních programů, kde se jedná o práci s neklinickou populací. Zvláště to pak platí pro programy zaměřené na získávání dovedností jako je všímavost, trénink technik psychické pružnosti a jakékoliv změny ve stylu přístupu

k sobě samému, své mysli a emocím, kde je těžší detekovat změny běžnými dotazníkovými metodami, které jsou zatíženy jistým zkreslením.

Existující výzkumy preventivních programů ACT v některých případech pracovaly s menší časovou dotací, než jak tomu bylo u našeho programu. Proběhly například tříhodinové intervence (Theodore-Okłota et al., 2014) nebo pětihodinové preventivní programy (Takahashi et al., 2020; Burckhardt et al., 2017), nejdelší programy trvaly 8 hodin (Livheim et al., 2015).

Pro naše potřeby se jako minimální délka komplexního programu, kde by bylo možné představit základní témata, provést požadovaná cvičení a naučit participanty základním technikám, jevila délka 8 vyučovací hodiny. Vzhledem k dalšímu časovému nároku na administraci dotazníků a získání závěrečné zpětné vazby byla délka programu prodloužena o jednu vyučovací hodinu na celkem 9 hodin. Z pohledu organizace programu a nároků na školu i žáky samotné se jednalo o náročný projekt, který nebylo možné snadno zakomponovat do průběhu běžného vyučování.

Časová náročnost projektu se ovšem výrazně projevila na možnosti program provádět, promítla se jak do nenáhodného výběru výzkumného souboru, tak do doby prováděné intervence, a nakonec byl vliv nejvíce patrný v počtu participantů, kteří program ukončili a od kterých bylo možné získat úplná testová data.

Vzhledem k využití celkem 9 vyučovací hodiny bylo složité získat preferovaný časový slot pro provedení programu. V ideálních podmínkách bychom program prováděli dopoledne, v rámci vyučování jednoho z předmětů. Tím by odpadla zvýšená absence žáků a poměrně vysoký drop-out participantů. Mezi žáky by nedošlo k markantnímu snižování motivace k práci v programu a pravděpodobně by se neobjevovaly projevy nespokojenosti s organizací programu, jak je participanti popisovali ve zpětné vazbě. 7. vyučovací hodina, ve kterou program nakonec probíhal, s sebou nese řadu nevýhod. Kromě nespokojenosti žáků a žákyň s časovým zařazením programu byla nejdůležitějším negativním faktorem únava žáků a snížené soustředění na zadávané činnosti.

Z pohledu školy je srozumitelná snaha o zachování kontinuity vyučování a dodržování studijního plánu v jednotlivých předmětech. 9 vyučovací hodiny by bylo ze strany školy nemožné zařadit do kurikula jednoho z předmětů, protože by byl díky délce

trvání programu ovlivněn celkový objem přednášené látky. Střídání časových slotů a zařazení preventivního programu do více než jednoho předmětu by bylo organizačně komplikované nejen pro školu, ale i pro lektory a celkovou stabilitu programu samotného. Po důkladné diskusi se školou bylo nakonec přistoupeno k zařazení programu nad rámec běžného vyučování.

Pokud by byl tento program prováděn opakovaně, jednou z variant by bylo nárazové využití jednoho či dvou celých dnů pro průběh programu, s odstupem například 2 až 3 týdnů. Došlo by tak k výraznému zjednodušení organizace, zmenšil by se faktor únavy žáků a zároveň by nedošlo k ovlivnění výuky na úkor jednoho předmětu. Nevýhodou by bylo možné přesycení technikami a informacemi, upadající zájem a nedostatečná kontinuita programu. Pro některé žáky by mohlo jít i o značné psychické přetížení díky náročnosti některých témat. Program založený na ACT v podobně intenzivní formě, o délce trvání jen 3 nebo 5 sezení zkoumaly jiné výzkumy (Theodore-Oklova et al., 2014; Takahashi et al., 2020), které se ale soustředily na konkrétní témata a intervence, a nejednalo se o komplexní preventivní programy jako v našem případě.

Další variantou by byla výuka programu v rámci nulté hodiny, tedy od 7:00, před začátkem běžného vyučování. Tato varianta by se pravděpodobně potýkala se stejnými problémy jako varianta vyučování v sedmé vyučovací hodině, tedy zvýšenou únavou, nespokojeností žáků a sníženým zájmem o program. Poslední variantou, kterou v našem programu nebylo možné díky náročnosti programu provést, by bylo provedení programu například ve 3 až 5 dvouhodinových sezeních. Byla by zachována kontinuita programu, vyhnuli bychom se zvýšenému přetížení účastníků tématy a pravděpodobně by se snížil efekt únavy. Mezi negativa této varianty by se zařadila neochota zúčastnit se programu po škole, pokud by byl koncipován jako odpolední vyučování po polední pauze a zvýšená únava. Pokud by tyto dvouhodinovky probíhaly v rámci vyučování, opět by došlo k omezení vyučování některých předmětů na úkor programu, i když by se zátěž na jeden předmět snížila.

Po zvážení všech variant a konzultací se školou byla námi provedená organizace programu zvolena jako jediná možná, a jako taková byla provedena, i když se nejednalo o variantu ideální ani preferovanou.

Naše práce se potýkala s větším množstvím metodologických problémů, z nichž některé by bylo vhodné vzít v potaz při realizaci dalších výzkumů. Mezi ně patřila nemožnost náhodného výběru výzkumného souboru, již zmíněná malá velikost výzkumného souboru a časová náročnost na provedení programu pro všechny zúčastněné. Pro další studie by bylo zajímavé kontrolovat interferující faktory, jako je například předchozí zkušenost s psychologickou intervencí, meditací, jógou, koučingovými programy a podobně. Dále by bylo vhodné přidat k porovnání další metodologické nástroje, jako jsou dotazníky měřící míru úzkosti a depresivity, dotazník zaměřený na soucit se sebou, měření hodnot, kvality života a podobné.

Nevýhodou použití dotazníkového šetření je spoléhání se na názor a sebereprezentaci adolescenta samotného, které nemusí odpovídat skutečnosti. Získání reportů od rodičů nebo učitelů by v našem případě nebylo příliš nápomocné. Témata studovaná v rámci programu včetně všímavosti, odstupu od myšlenek, přijetí, hodnoty a cíle jsou z velké míry niternými procesy, které nejsou okolím běžně detekovatelné.

Velkým problémem a součástí drop-outu byla i velká nemocnost participantů, zařazení do školních projektů, které vedly k vysoké absenci žáků a podobně. Podrobnější plánování a zařazení žáků, kteří nebudou tak časově vytíženi, a tím pádem budou mít větší chuť do programu, by jistě bylo velkou výhodou pro budoucí studie. Dalším důležitým faktorem po organizační stránce je lepší komunikace se školou, žáky a žákyněmi a jejich rodiči, plánování a oznámení programu ideálně s výrazně větším předstihem, než jak tomu bylo u našeho výzkumu. Samozřejmě v ideálních podmínkách by budoucí studie proběhly na signifikantně větším výzkumném souboru a na více školách s různým studijním zaměřením zároveň. Pro další výzkum by bylo vhodné zařazení následného měření po 3 až 5 měsících a zjištění stability intervence v čase.

10. Závěr

V této práci jsme se věnovali vytvoření a realizaci preventivního programu určeného pro střední školy, který si kladl za cíl zvýšit psychickou flexibilitu a jeho účinnost ověřit. I když se nám nepodařilo prokázat výrazné změny ve všímavosti a psychické flexibilitě nebo v omezení patologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity, i přesto je z našich výsledků patrný malý účinek programu u zkoumaných domén všímavosti a psychické flexibility. Ke snížení využívání patologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity v našem programu nedošlo.

Kromě sestavení a provedení programu v podmínkách střední školy jsme přeložili dotazníky měřící všímavost (CMM), patologické procesy ztotožnění s myšlenkami a pocity a vyhýbání se zkušenosti v ACT (AFQ-Y), a dotazník kognitivní flexibility (CFI).

Dále se nám podařilo potvrdit vztah mezi mírou všímavosti a procesy vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity, kde vyšší míra všímavosti souvisí s nižší mírou používání patologických procesů tak, jak je definuje ACT. Nepodařilo se nám prokázat významný vztah mezi všímavostí a psychickou flexibilitou v prvním měření, ve druhém měření jsme zjistili malý vztah.

Naše poznatky získané v průběhu sestavování a provedení programu, včetně získání zpětné vazby od absolventů, nás utvrzují v přesvědčení, že ACT je vhodnou teoretickou základnou pro práci s dětmi a adolescenty a má velký potenciál pro využití v rámci preventivních programů na školách. Taková prevence pak může pomoci předcházet vzniku psychických potíží u této věkové kategorie. Další navazující výzkumy s většími výzkumnými soubory jsou nutné pro ověření efektivity takových programů.

11. Souhrn

V naší práci jsme se věnovali představení terapie přijetí a odhodlání (ACT) jako vhodného teoretického základu pro práci s dětmi a adolescenty. ACT je součástí třetí vlny kognitivně behaviorálních terapií, a jako taková obsahuje kromě kognitivní a behaviorální složky i práci s koncepty všímavosti, soucitu se sebou, a životními hodnotami (Hayes, 2004).

Součástí práce bylo seznámení se s ACT a jejími hlavními teoretickými stavebními kameny, konceptu vzniku psychopatologie v ACT a terapeutických procesů používaných v ACT. Věnovali jsme se robustní empirické základně kontextuálně behaviorální vědy (CBS), na které je ACT založena a která se každým rokem rozšiřuje. Představili jsme koncept funkcionálního kontextualismu a jazykové teorie vztahových rámců (RFT), tedy teoretickou a filozofickou základnu ACT.

Dále jsme popsali aktuální výzkumy vztahující se k efektivitě ACT, a věnovali jsme se podrobně výzkumům praktické aplikace ACT u populace dětí a adolescentů. Popsali jsme vědecké studie, které zkoumaly preventivní programy založené na ACT, a které vznikly jako nástroje určené k předcházení vzniku psychických potíží u zdravé populace dětí a adolescentů.

Na základě teoretických poznatků, existujících manuálů a předchozích výzkumů jsme sestavili 8hodinový preventivní program založený na ACT určený pro žáky a žákyně středních škol. Při jeho tvorbě jsme čerpali z modifikací ACT přístupu pro populaci adolescentů, jak je ve své publikaci „ACT for Adolescents“ uvádí Turrell a Bell (2016). Dále jsme čerpali informace o jednotlivých technikách z českého překladu knihy Russe Harrise „ACT jednoduše“ (2021), využili jsme hotových pracovních listů a dalších volně dostupných materiálů z internetových stránek doplňujících tuto knihu.

Naším cílem bylo vytvořit a realizovat preventivní program založený na ACT a v rámci této práce ověřit jeho vliv na zvyšování míry všímavosti, psychické flexibility a na omezení patologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity. Efekt programu jsme měřili za pomoci dotazníků Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) a dotazníku kognitivní flexibility Cognitive Flexibility Inventory (CFI).

V rámci empirické části práce jsme pro naše výzkumné potřeby systematicky z angličtiny do češtiny přeložili dotazníky měřící všímavost Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), dotazník měřící patologické procesy ztotožnění s myšlenkami a pocity a vyhýbání se zkušenosti Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y), a dotazník psychické pružnosti Cognitive Flexibility Inventory (CFI).

V rámci ověřování efektivity jsme provedli kvaziexperiment se smíšeným výzkumným designem. Náš preventivní program jsme realizovali na střední škole u studentů 2. ročníku všeobecného gymnázia. Nenáhodným výběrem, ovlivněným možnostmi školy, jsme určili 2 třídy jako experimentální a 2 třídy jako kontrolní skupinu. Experimentální skupina absolvovala 8 hodin preventivního ACT programu, kontrolní skupina pokračovala v běžném režimu školy. Všem třídám zařazeným do výzkumu jsme na začátku a na konci programu administrovali dotazníky CAMM, AFQ-Y a CFI. Experimentální skupina na konci programu vyplňovala krátký formulář zpětné vazby k programu.

Povedlo se nám získat kompletní data od celkem 12 participantů z experimentální skupiny, která absolvovala preventivní program ACT. Z kontrolní skupiny se nám podařilo získat kompletní data od celkem 36 participantů.

Získaná data jsme převedli do elektronické podoby a analyzovali v programu SPSS 28. Ke zjištění možných účinků programu na psychickou pružnost, všímavost a tendenci vyhýbat se zkušenostem a ztotožnění se s myšlenkami a pocity jsme použili parametrické i neparametrické statistické testy.

I když se nám nepodařilo prokázat významné změny ve všímavosti a psychické pružnosti nebo v omezení patologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity, je z našich výsledků patrný malý účinek programu na zvýšení skóre zkoumaných domén všímavosti a psychické pružnosti. Ke snížení využívání patologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity v našem programu nedošlo.

Dále se nám analýzou dat podařilo potvrdit vztah mezi mírou všímavosti a procesy vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity, kde vyšší míra všímavosti souvisela s nižší mírou používání patologických procesů tak, jak je definuje

ACT. Nepodařilo se nám prokázat významný vztah mezi všímavostí a psychickou flexibilitou v prvním měření, ve druhém měření jsme zjistili pouze malý vztah.

Kromě statistické analýzy dat jsme pracovali i se zpětnou vazbou k programu od participantů z experimentální skupiny. Za nejužitečnější téma bylo považováno určování cílů a hledání a ujasňování životních hodnot. Techniky meditace všímavosti, techniky uzemnění/ukotvení, vnímání emocí a pracovní listy zaměřené na jednotlivá témata byly hodnoceny na základě preferencí každého z participantů různě. Žáci a žákyně uváděli, že vnímají program jako užitečný, a že si z něj odnesli konkrétní poznatky a techniky, které budou moci použít ve svém dalším životě.

Náš výzkum potvrdil vhodnost použití ACT jako teoretického základu pro vytvoření preventivního programu určeného pro děti a adolescenty ve školním prostředí. I když jsme nezjistili statisticky významný vliv programu na sledované procesy, zaznamenali jsme trend ve zvyšování psychické pružnosti a všímavosti u absolventů programu. Náš program neměl žádný patrný vliv na snižování tendence vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity. Pro budoucí výzkumy v této oblasti je nutné opakování a evaluace programu na větším výzkumném souboru a zakomponování programu do běžné výuky tak, aby nedocházelo k vysokému drop-outu.

Literatura

- A.tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *84*(1), 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Alho, I., Lappalainen, P., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2022). Acceptance and commitment therapy group intervention for adolescents with type 1 diabetes: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.002>
- American Psychological Association (APA) (2008). *Human Research Protections*. <https://www.apa.org/research/responsible/human?tab=1>
- Anstiss, T. (2020). Acceptance and commitment coaching. V *The Coaches' Handbook*, 301-313. Routledge.
- Arch, J., Wolitzky-Taylor, K., Eifert, G., & Craske, M. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *50* (7-8), 469-478.
- Baer, R., Greco, L., & Smith, G. (2011). Assessing Mindfulness in Children and Adolescents: Development and Validation of the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM). *Psychological Assessment*, *23*(3), 606-614.
- Bai, Z., Luo S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *260*, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>
- Binder, F., Werner, A., Fulop, R., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2020). Indicated stress prevention for adolescents in the group setting - A manual based on Acceptance and Commitment Therapy. *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, *69*(3), 183-202.
- Blackledge, J. T., & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, *57*(2), 243-255.

[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<243::AID-JCLP9>3.0.CO;2-X)

- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(6), 612-624.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bohlmeijer, E. T., Lamers, S. M., & Fledderus, M. (February 2015). Flourishing in people with depressive symptomatology increases with acceptance and commitment therapy. Post-hoc analyses of a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *65*, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.014>
- Burckhardt, R., Manicavasagar, V., Batterham, P., Hadzi-Pavlovic, D., & Shand, F. (2017). Acceptance and commitment therapy universal prevention program for adolescents: a feasibility study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *11*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13034-017-0164-5>
- Butler, L., Johns, L. C., Byrne, M., Joseph, C., O'Donoghue, E., Jolley, S., . . . Oliver Joseph, E. (2016). Running acceptance and commitment therapy groups for psychosis in community settings. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*(1), 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.12.001>
- Ciarrochi, J., Kashdan, T., Leeson, P., Heaven, P., & Jordan, C. (2011). On being aware and accepting: a one-year longitudinal study into adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, *34*(4), 695-703.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.09.003>
- Coyne, L., McHugh, L., & Martinez, E. (2011). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Advances and Applications with Children, Adolescents and Families. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics*, *20*(2), 379-399.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.010>
- Dancey, C., & Reidy, J. (2007). *Statistics Without Maths for Psychology*. Pearson Education Limited.

- Dennis, J. P., & Vandel Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive Therapy Research, 34*, 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>
- EFPA. (2005). *Etický metakodex*. <https://europsy-bg.com/wp-content/uploads/2022/02/EFPA-Meta-Code-of-Ethics-original.pdf>
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Portál.
- Ferreira, M. G., Mariano, L. I., de Rezende, J. V., Caramelli, P., & Kishita, N. (2022). Effects of group Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety and depressive symptoms in adults: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 297-308*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.134>
- Fledderus, M., Oude Voshaar, M. A., Ten Klooster, P. M., & Bohlmeier, E. T. (2012). Further evaluation of the psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II. *Psychological Assessment, 24*(4), 925-936. <https://doi.org/10.1037/a0028200>
- Geronimi, E. M., Arellano, B., & Woodruff-Borden, J. (2020). Relating mindfulness and executive function in children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 25*(2), 435-445. <https://doi.org/10.1177/1359104519833737>
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy*. Routledge.
- Glover, N. G., Sylvers, P. D., Shearer, E. M., Kane, M. C., Clasen, P. C., Epler, A. J., . . . Jakupcak, M. (2016). The efficacy of Focused Acceptance and Commitment Therapy in VA Primary Care. *Psychological Services, 13*(2), 156-161. <https://doi.org/10.1037/ser0000062>
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological inflexibility in childhood and adolescence: Development and evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment, 20*(2), 93-102. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.2.93>
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and Commitment Therapy versus cognitive behavior therapy for

children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 296-311.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110822>

Harris, E., & Samuel, V. (2020). Acceptance and Commitment Therapy: A systematic literature review of prevention and intervention programs for mental health difficulties in children and young people. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 380-405.

Harris, R. (2021). *ACT jednoduše: terapie přijetí a odhodlání*. Triton.

Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavioral Therapy*, 44(2), 180-198.
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>

Hayes, S. C., Strossahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavioral Therapy*, 35(4), 639-665.

Hayes, S. C. (2019). *A Liberated Mind: The essential guide to ACT*. Random House.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science: Creating a science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1(1-2), 1-16.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2012.09.004>

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>

Hayes, S. C., Strossahl, K., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D.,...McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary

test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
<https://doi.org/10.1007/BF03395492>

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hill, J., & Oliver, J. (2019). *Acceptance and Commitment Coaching: Distinctive Features*. Routledge.
- Hoare, P. N., McIlveen, P., & Hamilton, N. (2012). Acceptance and commitment therapy (ACT) as a career counselling strategy. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 12, 171-187. <https://doi.org/10.1007/s10775-012-9224-9>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Ii, T., Sato, H., Watanabe, N., Kondo, M., Masuda, A., Hayes, S. C., & Akechi, T. (2019). Psychological flexibility-based interventions versus first-line psychosocial interventions for substance use disorders: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 109-120. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.07.003>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
<https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Iturbe, I., Echeburúa, E., & Maiz, E. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy upon weight management and psychological well-being of adults with overweight or obesity: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(3), 837-856. <https://doi.org/10.1002/cpp.2695>

- Ivanova, E., Linder, P., Ly, K. H., Dahlin, M., Vernmark, K., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Guided and unguided Acceptance and Commitment Therapy for social anxiety disorder and/or panic disorder provided via the Internet and a smartphone application: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders, 44*, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.012>
- Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research, 215*, 25-37. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.11.016>
- Kabat-Zinn, J.,(2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary buddhism, 12*(1), 281-306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kallapiran, K., Koo, S., Kirubakaran, R., & Hancock, K. (2015). Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health, 20*(4), 182-194. <https://doi.org/10.1111/camh.12113>
- Kendall, P. C., Settapani, C. A., & Cummings, C. M. (2012). No need to worry: the promising future of child anxiety research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 41*(1), 103-115. <https://doi.org/10.1080/15374416.2012.632352>
- Lamar, S., Wiatrowski, S., & Lewis-Driver, S. (2014). Acceptance & Commitment Therapy: An overview of techniques and applications. *Journal of Service Science and Management, 7*(3), 216-221. DOI:10.4236/jssm.2014.73019
- Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology, 2*, 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.004>
- Lee, E. B., An, W., Levin, M. E., & Twohig, M. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 155*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>

- Levin, M. E., Luoma, J. B., & Haeger, J. A. (2015). Decoupling as a mechanism of change in mindfulness and acceptance: A literature review. *Behavioral Modification, 39*(6), 870-911. <https://doi.org/10.1177/01454455156037>
- Lin, J., Scott, W., Carpenter, L., Norton, S., Domhardt, M., Baumeister, H., & McCracken, L. M. (2019). Acceptance and commitment therapy for chronic pain: protocol of a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Systematic Reviews, 8*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1044-2>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press.
- Loeber, R., Green, S. M., & Lahey, B. B. (1990). Mental health professionals' perception of the utility of children, mothers, and teachers as informants on childhood psychopathology. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*(2), 136-143.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J., & Eccleston, C. (2010). Acceptance of pain in adolescents with chronic pain: Validation of an adapted assessment instrument and preliminary correlation analyses. *European Journal of Pain, 14*(3), 316-320. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.05.002>
- Moazzezi, M., Moghanloo, V., Modhanloo, R. A., & Pishvaei, M. (2015). Impact of acceptance and commitment therapy on perceived stress and special health self-efficacy in seven to fifteen-year-old children with diabeted melitus. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 9*(2), 956. <https://doi.org/10.17795/ijpbs956>
- Muris, P., Meesters, C., Herings, A., Jansen, M., Vossen, C., & Kersten, P. (2017). Inflexible youngsters: Psychological and psychopathological correlates of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youths in nonclinical dutch adolescents. *Mindfulness, 8*, 1381-1392. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0714-1>
- Murrel, A. R., & Scherbarth, A. J. (2006). State of research & literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 2*(4), 531-543. <https://doi.org/10.1037/h0101005>

- O'Connell M. E., Boat T., Warner K. E., (2009). Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. The National Academies Press; 2009.
- Neff, K. (2011). *Self-Compassion: The proven power of being kind to yourself*. Harper Collins Publishers.
- Onnink, C. M., Konstantinidou, Y., Moskovich, A. A., Karekla, M. K., & Merwin, R. M. (2022). Acceptance and commitment therapy (ACT) for eating disorders: A systematic review of intervention studies and call to action. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 26, 11-28.
<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.08.005>
- Pielech, M., Vowles, K. E., & Wicksell, R. (2017). Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain: theory and application. *Children*, 4(2), 1-12.
<https://doi.org/10.3390/children4020010>
- Rahal, G. M., & Gon, M. C. C. (2020). A systematic review of values interventions in acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 20(3), 355-372.
- Ritzer, T. R., Forsyth, J. P., Sheppard, S. C., Boswell, J. F., Berghoff, C. R., & Eifert, G. H. (2016). Evaluating the effectiveness of ACT for anxiety disorders in a self-help context: Outcomes from a randomized wait-list controlled trial. *Behavior Therapy*, 47(4), 444-459. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.03.001>
- Rorhbeck, C. A., Azar, S. T., & Wagner, P. E. (1991). Child Self-Control Rating Scale: Validation of a child self-report measure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 20(2), 179-183. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2002_9
- Scott, A. (2009). Cognitive behavioural therapy and young people: an introduction: endorsement by NICE and an expansion in provision make this a good time to consider what CBT can offer for psychological problems. *Journal of Family Health Care*, 19(3), 80-82.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Press.

- Soukup, P. (2013). Věcná významnost výsledků a její možnosti měření. *Data a výzkum*, 7(2), 125–148.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 486-503. <https://doi.org/10.1037/a0015168>
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A., & Bowman, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(2), 73-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.02.001>
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii*. Portál.
- Takahashi, F., Ishizu, K., Matsubara, K., Ohtsuki, T., & Shimoda, Y. (2020). Acceptance and commitment therapy as a school based group intervention for adolescents: An open-label trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 71-79. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.03.001>
- Theodore-Oklot, C., Orsillo, S. M., Lee, J. K., & Vernig, P. M. (2014). A pilot of an acceptance-based risk reduction program for relational aggression for adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 109-116. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.03.001>
- Torneke, N. (2010). *Learning RFT: An Introduction to Relational Frame Theory and Its Clinical Application*. New Harbinger Publications.
- Torneke, N., Luciano, C., Barnes-Holmes, Y., & Bond, F. W. (2015). RFT for clinical practice: Three core strategies in understanding and treating human suffering. In R. Zettle, S. Hayes, D. Barnes-Holmes, & A. Biglan (Eds.), *The Wiley Handbook of Contextual Behavioral Science*, (s. 254-272). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118489857.ch12>
- Trindade, I. A., Guiomar, R., Carvalho, S. A., Duarte, J., Lapa, T., Menezs, P., . . . Castilho, P. (2021). Efficacy of online-based acceptance and commitment therapy for

chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 22(11), 1328-1342. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.04.003>

Turrell, S., & Bell, M. (2016). *ACT for Adolescents: treating Teens and Adolescents in Individual and Group Therapy*. Context Press.

Veehof, M. M., Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., & Schreurs, K. (2016). Acceptance- and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 45(1), 5-31. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1098724>

Walser, R. D., Garvert, D. W., Karlin, B. E., Trockel, M., Ruy, D. M., & Taylor, C. B. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in treating depression and suicidal ideation in Veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.012>

WHO (17. 11. 2021). *Adolescent mental health*. World Health Organization: [who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health)

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's Guide*. The Guilford Press.

Přílohy

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 3: Seznam použitých zkratk

Příloha 4: Dotazník CAMM v českém překladu

Příloha 5: Dotazník AFQ-Y v českém překladu

Příloha 6: Dotazník CFI v českém překladu

Příloha 1: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Krátká intervence ACT jako program ke zvýšení kognitivní flexibility u žáků středních škol

Autor práce: Bc. Štěpánka Suchardová

Vedoucí práce: PhDr. Martin Dolejš Ph.D.

Počet stran a znaků: 92 stran, 133 014 znaků

Počet příloh: 6

Počet titulů použité literatury: 81

Abstrakt (800-1200 zn.):

Cílem této práce bylo vytvořit preventivní program pro žáky středních škol založený na terapii přijetí a odhodlání (ACT), a zjistit efektivitu programu jako nástroje pro předcházení vzniku psychických potíží u adolescentů. Efektivitu programu jsme měřili dotazníky Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM) k měření všímavosti, Cognitive Flexibility Inventory (CFI) k měření kognitivní flexibility a dotazníkem Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) k měření výskytu psychopatologických procesů vyhýbání se zkušenosti a ztotožnění se s myšlenkami a pocity. Všechny dotazníky byly pro účely výzkumu přeloženy z angličtiny do češtiny. Výzkum byl proveden na střední škole ve 2. ročnících studia (věk 16–17). Participanti byly nenáhodným výběrem rozděleni do dvou skupin. Experimentální skupina absolvovala osmihodinový ACT program (n=12), kontrolní skupina pokračovala v běžné výuce (n=36), všichni participanti prošli na začátku a na konci programu dotazníkovým šetřením. Výsledky nejsou signifikantní, ale poukazují na malý efekt programu na zvyšování všímavosti a kognitivní flexibility u jeho absolventů.

Klíčová slova: Terapie přijetí a odhodlání ACT, preventivní program pro školy, kognitivní flexibilita, všímavost

Příloha 2: Abstrakt v anglickém jazyce

ABSTRACT OF THESIS

Title: Short ACT intervention as a program to increase cognitive flexibility in high school students

Author: Bc. Štěpánka Suchardová

Supervisor: PhDr. Martin Dolejš Ph.D.

Number of pages and characters: 92 pages, 133 014 characters

Number of appendices: 6

Number of references: 81

Abstract (800-1200 characters):

The aim of this work was to create a preventive program for high school students based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and to determine its effectiveness as a tool for preventing psychological problems in adolescents. The effectiveness of the program was assessed by the Child and Adolescent Mindfulness Measure (CAMM), the Cognitive Flexibility Inventory (CFI) and the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth (AFQ-Y) to measure the occurrence of psychopathological processes of experimental avoidance and identification with thoughts and feelings. All questionnaires were translated from English to Czech for research purposes. The research was conducted at a high school in the 2nd year of study (age 16 - 17). The participants were divided into two groups by non-random selection. The experimental group completed an eight-hour ACT program (n=12), the control group continued regular education (n=36), all participants completed a questionnaire survey before the start of the program and at its end. The results are not significant, but they point to a small effect of the program on increasing mindfulness and psychological flexibility among its graduates.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy ACT, school-based preventative program, cognitive flexibility, mindfulness

Příloha 3: Seznam zkratk

Použité zkratky:

ACT – Acceptance and Commitment Therapy

AFQ-Y – Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth

CAMM – Children and Adolescents Mindfulness Measure

CBS – Contextual Behavioral Science

CFI – Cognitive Flexibility Inventory

FACT – Focused Acceptance and Commitment Therapy

MBSR – Mindfulness Based Stress Reduction

MBCT – Mindfulness Based Cognitive Therapy

KBT – Kognitivně-behaviorální terapie

RFT – Relational Frame Theory (Teorie vztahových rámců)

RTC – randomized controlled trial

Příloha 4: dotazník CAMM v českém překladu

CAMM

Dnešní datum:

Věk:

Kód respondenta:

Pohlaví:

Chtěli bychom vědět více o tom, jak přemýšlíš, jak se cítíš a co děláš. Přečti si všechny věty. Potom u každé věty zakroužkuj číslo mezi 0-4, které říká, jak pravdivá je pro tebe každá z těchto vět.

		Ani trochu pravdivé	Trochu pravdivé	Docela pravdivé	Velmi pravdivé	Naprostu pravdivé
1.	Bývám na sebe našťvaný/á za to, že mám pocity, které nedávají smysl.	0	1	2	3	4
2.	Ve škole proplouvám výukou, aniž bych si uvědomoval/a, co dělám.	0	1	2	3	4
3.	Pořád se snažím něco dělat, abych se nemusel/a zabývat svými myšlenkami a pocity.	0	1	2	3	4
4.	Sám/sama sobě říkám, že bych se neměla cítit tak, jak se cítím.	0	1	2	3	4
5.	Zaháním myšlenky, které se mi nelíbí.	0	1	2	3	4
6.	Je pro mě těžké soustředit se jen na jednu věc v danou chvíli.	0	1	2	3	4
7.	Přemýšlím o věcech, které se mi staly v minulosti, než abych myslel/a na věci, které se dějí právě teď.	0	1	2	3	4
8.	Jsem na sebe našťvaný/á za některé myšlenky, které mám.	0	1	2	3	4
9.	Myslím si, že některé pocity jsou špatné a neměl/a bych je mít.	0	1	2	3	4
10.	Bráním se pocitům, které se mi nelíbí.	0	1	2	3	4

Příloha 5: dotazník AFQ-Y v českém překladu

AFQ-Y

Dnešní datum:

Věk:

Kód respondenta:

Pohlaví:

Chtěli bychom vědět více o tom, jak přemýšlíš, jak se cítíš a co děláš. Přečti si všechny věty. Potom u každé věty zakroužkuj číslo 0-4, které říká, jak pravdivá je pro tebe každá z těchto vět.

		Ani trochu pravdivé	Trochu pravdivé	Docela pravdivé	Velmi pravdivé	Naprosto pravdivé
1.	Můj život nebude dobrý, dokud se nebudu cítit šťastný/á.	0	1	2	3	4
2.	Moje myšlenky a pocity mi kazí život.	0	1	2	3	4
3.	Pokud cítím smutek nebo strach, něco se mnou musí být špatně.	0	1	2	3	4
4.	To špatné, co si o sobě myslím, musí být pravda.	0	1	2	3	4
5.	Nezkouším nové věci, pokud se bojím, že to pokazím.	0	1	2	3	4
6.	Musím se zbavit svého strachu a starostí, abych mohl/a mít dobrý život.	0	1	2	3	4
7.	Dělám všechno proto, abych před ostatními nevypadal/a hloupě.	0	1	2	3	4
8.	Usilovně se snažím vymazat bolestné vzpomínky ze svého myslí.	0	1	2	3	4
9.	Přála si, abych mohl/a mávnutím kouzelné hůlky nechat zmizet všechny svůj smutek.	0	1	2	3	4
10.	Pokud mi rychle tluče srdce, musí se mnou být něco špatně.	0	1	2	3	4
11.	Zaháním pocity a myšlenky, které se mi nelíbí.	0	1	2	3	4
12.	Kdykoli se cítím špatně, přestávám dělat věci, které jsou pro mě důležité.	0	1	2	3	4
13.	Když mám myšlenky, které mě rozesmutní, zhorším se ve škole.	0	1	2	3	4
14.	Nemůžu být dobrým kamarádem/dobrou kamarádkou, pokud se cítím špatně.	0	1	2	3	4
15.	Nedokážu vystát pocity bolesti ve svém těle.	0	1	2	3	4
16.	Bojím se svých pocitů.	0	1	2	3	4
17.	Říkám o sobě takové věci, abych zněl/a cool.	0	1	2	3	4

Příloha 6: dotazník CFI v českém překladu

CFI

Dnešní datum:

Věk:

Kód respondenta:

Pohlaví:

Použijte prosím následující škálu k vyznačení toho, do jaké míry souhlasíte nebo nesouhlasíte s následujícími větami:

		Naprost nesouhlasím	Nesouhlasím	Spíše nesouhlasím	Nevím/něco mezi	Spíše souhlasím	Souhlasím	Naprost souhlasím
1.	Jsem dobrý/á v posuzování situací.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Těžko se rozhoduji, když čelím obtížným situacím.	7	6	5	4	3	2	1
3.	Než se rozhodnu, zvažuji více možností.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Když se dostanu do obtížné situace, mám pocit, že ztrácím kontrolu.	7	6	5	4	3	2	1
5.	Rád/a se dívám na obtížné situace z různých úhlů pohledu.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Než přisoudím určitému chování příčiny, pátrám po dalších informacích, které nejsou bezprostředně dostupné.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Když se dostanu do náročné situace, začnu být tak vystresovaný/á, že nedokážu vymyslet, jak situaci vyřešit.	7	6	5	4	3	2	1
8.	Snažím se o věcech přemýšlet z pohledu druhého člověka.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Považuji za problematické, že existuje mnoho různých způsobů, jak řešit obtížné situace.	7	6	5	4	3	2	1
10.	Umím se dobře vžít do cizí kůže.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Když se ocitnu v obtížné situaci, nevím, co mám dělat.	7	6	5	4	3	2	1
12.	Je důležité se na obtížné situace dívat z více úhlů pohledu.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Když jsem v obtížné situaci, zvažuji více možností, než se rozhodnu, jak se zachovat.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Často se na obtížné situace dívám z různých úhlů pohledu.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Jsem schopný/á překonat překážky, kterým v životě čelím.	1	2	3	4	5	6	7

16.	Než přisoudím příčinu chování druhého, zvažím všechna dostupná fakta a informace.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Ve složitých situacích se cítím bezmocný.	7	6	5	4	3	2	1
18.	Když se ocitnu v obtížné situaci, zastavím se a snažím se vymyslet více způsobů řešení.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Dokážu si představit více možností řešení obtížné situace, které čelím.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Zvažuji více možností předtím, než zareaguji v obtížné situaci.	1	2	3	4	5	6	7