

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Radka Jiráčková

**Využití prvků mindfulness u dospělých  
klientů s ADHD**

**The Application of the Mindfulness Method  
on Adult Clients with ADHD**

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. PhDr. Lence Morávkové Krejčové, Ph.D. za její nasazení při tvorbě práce, komentáře k nejasnostem v textu, pohotovou a hladkou komunikaci. Dále bych chtěla poděkovat konzultantce této práce Mgr. Tereze Štěpánkové, Ph.D., která mě inspirovala k tématu této práce a podporovala mě během její tvorby.

Velký dík pak patří mé rodině za jejich dlouholetou podporu, trpělivost a ohleduplnost. Zvláště bych pak chtěla poděkovat svému příteli, který se mnou sdílel veškeré mé radosti i starosti během psaní diplomové práce a který mi byl vždy nablízku.

## **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne 20. 7. 2021*

.....

*Radka Jiráčková*

## **Abstrakt**

Tato práce se zabývá využitím technik mindfulness u dospělých klientů s ADHD s cílem zjistit prospěšnost tohoto druhu intervence. Formou akčního výzkumu byl realizován osmitýdenní kurz mindfulness, jehož dvou běhů se zúčastnilo dohromady dvanáct dospělých s ADHD. Kurz koncipovaný jako osm individuálních online setkání napomohl k hlubšímu vhledu do účastníky vnímané užitečnosti a náročnosti jednotlivých technik. Zároveň byla úroveň změny všímavosti sledovaná dotazníkem Face Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15-CZ) před a po absolvování kurzu. Dalším cílem výzkumu bylo také zjistit, zda se změní míra subjektivně vnímaných potíží spojených s ADHD po absolvování kurzu. Na základě analýzy výpovědí účastníků, jež se staly hlavní metodou sběru dat, se ukazuje, že mindfulness participantům přinesla do života změny ve smyslu většího zvědomění a přítomnosti, zpomalení a zklidnění, schopnosti zastavit se, díky čemuž dokázali lépe pracovat s projevy ADHD. Mindfulness se tak zdá být další možnou formou intervence, která může napomoci dospělým jedincům s ADHD redukovat potíže způsobené touto poruchou.

## **Klíčová slova**

ADHD; ADHD v dospělosti; mindfulness; kurz mindfulness; FFMQ-15-CZ

## **Abstract**

This thesis deals with the use of mindfulness techniques at adult clients with ADHD aiming to determine the beneficial effects of this kind of intervention. An eight-week long mindfulness course carried out by means of the action research was attended by twelve adults with ADHD in total. The course designed as eight individual online meetings helped to get a deeper insight into the benefit and demands of the individual techniques as they are perceived by the participants. The level of the attentiveness change was monitored by the Face Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-15-CZ) both before and after attending the course. The analysis of the participants' answers, which have become the main method to collect the data, shows that the mindfulness method has brought changes in the participants' lives; among them getting conscious, present, the ability to slow down, calm down and stop, thanks to which they have managed to better face the ADHD manifestation. Mindfulness appears to be another possible intervention which can help adults to reduce difficulties caused by this disorder.

## **Keywords**

ADHD; ADHD in adults; mindfulness, mindfulness course; FFMQ-15-CZ

## Obsah

Úvod.....	9
1. ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou.....	11
1.1 Vymezení pojmu ADHD .....	11
1.2 Symptomatika ADHD.....	12
1.3 Etiologie ADHD .....	14
1.4 Diagnostika ADHD.....	16
2 ADHD v dospělosti .....	19
2.1 Symptomy ADHD a jejich dopady na běžné fungování dospělého jedince .....	20
2.2 Komorbidní onemocnění se syndromem ADHD.....	23
2.3 Diagnostika ADHD v dospělosti a její metody .....	24
2.4 Způsob léčby ADHD v dospělosti .....	26
3 Mindfulness.....	30
3.1 Vymezení pojmu mindfulness .....	31
3.2 Pozitiva a negativa spojená s mindfulness.....	33
3.3 Podstata tréninku všímavosti .....	34
3.3.1 Techniky mindfulness .....	35
3.4 Typy mindfulness programů a jejich specifika.....	38
3.4.1 Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) .....	39
3.4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy .....	40
4 Mindfulness z pohledu vědy a výzkumu.....	43
4.1 Mechanismy mindfulness a jejich účinky.....	43
4.2 Měření mindfulness .....	45
4.3 Úskalí výzkumů mindfulness.....	49
4.4 Využití prvků mindfulness u dospělých klientů s ADHD .....	51
Výzkumná část.....	54
5 Výzkumný problém.....	54

5.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	54
5.2	Typ výzkumného projektu .....	55
5.3	Výzkumný soubor.....	56
5.4	Etika výzkumu .....	57
6	Popis výzkumu .....	58
6.1	Použité metody .....	58
6.1.1	Sdílený soubor – Kurz mindfulness .....	59
6.1.2	Sdílený soubor – popis formálních i neformálních technik a nahrávky....	61
6.2	Podoba kurzu .....	62
7	Metody zpracování a analýzy dat.....	66
8	Výsledky.....	70
8.1	První výzkumná otázka.....	70
8.2	Druhá výzkumná otázka .....	73
8.3	Třetí výzkumná otázka.....	78
8.4	Čtvrtá výzkumná otázka .....	82
8.5	Pátá výzkumná otázka .....	87
9	Diskuse.....	90
9.1	Design studie a metody sběru dat .....	90
9.2	Účastníci .....	91
9.3	Podoba a struktura kurzu .....	92
9.4	Výzkumné otázky .....	93
	Závěr .....	103
	Seznam literatury .....	104
	Seznam zkratek .....	120
	Seznam tabulek .....	121
	Příloha 1 .....	I
	Příloha 2 .....	IV

Příloha 3 .....	VI
Příloha 4 .....	VII
Příloha 5 .....	IX



## Úvod

Všeobecná obeznamenost s faktem výskytu poruchy pozornosti a hyperaktivity (syndrom ADHD) u dospělé populace roste spolu s počtem takto diagnostikovaných jedinců. Jednou z častých možností redukce symptomů nepozornosti a hyperaktivity je užívání psychofarmak. Nicméně ne všichni se mohou nebo chtějí vydat touto cestou a snaží se s obtížemi pracovat prostřednictvím jiných nefarmakologických postupů, nazývaných psychosociální, potažmo behaviorální (Ptáček & Ptáčková, 2018). Jedná se jak o využívání individuálních či skupinových terapií, tak o poradenství, koučink, EEG biofeedback a další. Nedávné studie (např. Janssen et al., 2019; Zylowska et al., 2008) přicházejí s další podpůrnou metodou, která by jedincům s ADHD mohla pomoci, a tím je mindfulness, neboli v českém překladu všímavost. Ukazuje se, že prostřednictvím rozvoje všímavosti jsou jedinci schopni lépe pracovat s obtížemi, které ADHD přináší.

Autorka této práce má zkušenosti s poskytováním poradenství, kognitivního tréninku a EEG biofeedbacku dospělým klientům s ADHD. Inspirována zahraničními vědeckými články o možnostech pomoci těmto jedincům dospěla k poznání nově se uplatňujícího druhu psychosociální intervence, a tím je mindfulness. Po absolvování základního tréninku mindfulness se rozhodla své, ač základní, znalosti využít v rámci své profesní praxe. Navrhla proto výzkum, jež by se mohl stát zdrojem poznání, zda je tato intervence prospěšná a jak ji uzpůsobit tak, aby klientům byla co nejvíce užitečná a mohla se zařadit svými kladnými účinky k metodám, jež pomáhají v redukci projevů symptomů ADHD.

Práce je rozdělena na dva oddíly, na literárně přehledovou část a část empirickou. Literárně přehledová část je řazena do čtyř kapitol. První seznamuje čtenáře s poruchou pozornosti ADHD, jejími projevy a příčinami vzniku, diagnostickými kritérii dle užívaných klasifikací duševních onemocnění. Druhá kapitola je už cílená na ADHD v dospělosti včetně uvedených specifických projevů, častých komorbidních onemocnění, doplněná diagnostickými metodami užívanými v rámci zjišťování ADHD v dospělosti a způsoby léčby. Na závěr kapitoly jsou uvedeny způsoby léčby ADHD, a to jak farmakologická, tak behaviorální, včetně touto prací sledované intervence rozvoje všímavosti neboli mindfulness. Konceptu mindfulness je věnována třetí kapitola literárně přehledové části, ve které bude čtenář seznámen i s podobou, jakou trénink mindfulness nabývá. Čtvrtá kapitola představí mindfulness tak, jak je ve studiích zkoumáno, užíváno a také aplikováno u dospělých jedinců s ADHD. Poukáže na pravděpodobné mechanismy účinku jeho praktikování, obeznámí

čtenáře s možnostmi jeho měření spolu s úskalími, která zkoumání tohoto druhu intervence nese. Závěrem se pak již text bude věnovat vědeckým studiím využívajících mindfulness u dospělých jedinců s ADHD, které se staly zdrojem inspirace pro výzkum prezentovaný v této práci.

Navazující empirická část představí výzkumný projekt. V páté kapitole bude čtenář seznámen s cílem výzkumu, jež se stal zdrojem pro tvorbu výzkumných otázek a dále typem výzkumného projektu, včetně výběrového souboru. Následovat bude další, v pořadí šestá kapitola, která se již bude věnovat popisu výzkumu. Obsahem bude i podkapitola týkající se použitých metod a samotná podoba navrženého kurzu mindfulness. Následující kapitoly práce se poté budou věnovat způsobům zpracování dat a v neposlední řadě prezentaci zjištěných výsledků. Podstatnou částí práce se pak stává diskuse, která se zaměří na interpretaci zjištěných výsledků.

Použitá literatura vychází jak ze zahraničních, tak českých zdrojů. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

# 1. ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADHD neboli porucha pozornosti s hyperaktivitou, je jednou z nejčastěji udělovaných diagnóz v dětském věku (Ptáček & Ptáčková, 2018). Odhaduje se, že ADHD trpí v průměru kolem 4 % dětí (Mohammadi et al., 2019). Povědomí o tom, že se nejedná výhradně o poruchu dětského věku, ale že symptomy, ať ve stejné nebo jiné intenzitě či manifestaci přetrvávají i do dospělého věku, předkládá několik studií, jež jsou podpořeny i mezinárodně uznávanými klasifikačními systémy nemocí (Ptáček & Ptáčková, 2018). Zájem o problematiku dospělých, kteří vykazovali známky ADHD v dospělosti, intenzivněji narůstal až na počátku 21. století (Žáčková & Jucovičová, 2017). Udává se, že celosvětově se může jednat kolem 3 % dospělé populace, která splňuje kritéria této poruchy (Fayyad et al., 2016)

Diagnóza ADHD je někdy laickou veřejností vnímána jako důsledek špatné výchovy (Žáčková & Jucovičová, 2017). Jedná se však o neurovývojovou poruchou zapříčiněnou pravděpodobnou souhrou několika faktorů, kde výchova hraje jen minimální roli, nanejvýš sekundární. Informovanost veřejnosti o výskytu ADHD v dospělosti je prozatím nízká, a to pravděpodobně z důvodu malé osvěty, ale také proto, že projevy této poruchy nabývají podobných problémů, se kterými se lidé bez ADHD potýkají i ve svých životech, jako je např. prokrastinace, mentální neklid apod. Podstatu poruchy však tvoří množství a délka trvání obtíží, dále také počet oblastí života, které porucha negativně ovlivňuje (APA, 2013; Žáčková & Jucovičová, 2017).

Cílem této kapitoly je čtenáře zasvětit do problematiky ADHD, poukázat na možné výklady etiologie této poruchy a seznámit se zařazením ADHD v klasifikačních systémech duševních poruch společně s jejími diagnostickými kritérii akcentujícími především dospělou klientelu, jejímž specifikům se bude práce věnovat ve druhé kapitole.

## 1.1 Vymezení pojmu ADHD

Attention deficit hyperactivity disorder neboli ADHD se do češtiny překládá jako porucha pozornosti s hyperaktivitou. Ve starších publikacích se lze ještě setkat s pojmem ADD, kterým byla v osmdesátých letech rozuměna porucha pozornosti bez hyperaktivity (APA, 1980), avšak dnes se již tohoto názvu nevyužívá (APA, 2013) a spíše se chápe jako podtyp ADHD. Pro potíže s pozorností bez hyperaktivity byl v sedmdesátých letech používán i název hypoaktivní syndrom (Žáčková & Jucovičová, 2017). ADHD dříve neslo označení lehká mozková dysfunkce (light brain damage, česky LMD), s kterým se dnes již

také nesetkáme (Ptáček & Ptáčková, 2018). Někdy je pro tuto diagnózu užíván termín hyperkinetická porucha (dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10), avšak současné připravované vydání, v pořadí jedenácté, již ve své klasifikaci uvádí též pojem ADHD (ICD-11). Pro přehlednost bude v celé práci užíván jednotný termín označení a to ADHD.

ADHD se řadí dle DSM-5 do skupiny neurovývojových poruch, jejímiž hlavními symptomy jsou nepozornost a/nebo hyperaktivita a impulzivita. Je to porucha, u které není jen opožděný či nerovnoměrný vývoj CNS, ale je zde patrné i její odlišné fungování (Žáčková & Jucovičová, 2017). Ukazuje se, že u zhruba 50 % diagnostikovaných přetrvávají symptomy ADHD až do dospělosti (Fayyad et al., 2016). Proto je i v novém DSM-5 porucha ADHD vnímána jako celoživotní problém.

## **1.2 Symptomatika ADHD**

Porucha pozornosti je často pojímána jako porucha exekutivních funkcí, z čehož ústí nejen problémy s pozorností, ale i snížená schopnost plánování, špatná pracovní paměť, schopnost organizace, regulace chování, problém s dokončením započatých činností, snížená schopnost sebekontroly, přičemž narušení rozumových schopností není podstatou ADHD, nanejvýš jsou tyto schopnosti jen opožděny (např. pozdější nástup metakognice u dětí) (Žáčková & Jucovičová, 2017). Nicméně se ukazuje, že nejde jen o problematiku exekutivních a kognitivních funkcí, ale že má ADHD dalekosáhlý dopad, a to i na sociální fungování jedince, jeho sebehodnocení a celkovou spokojenost se životem (Ptáček & Ptáčková, 2018).

U symptomu nepozornosti nejde jen o problém jejího udržení, ale i o snadné rozptýlení pozornosti. Posner a kolektiv (2006) ve své studii uvádí tři složky pozornosti: bdělost (v angličtině pod pojmem alerting) chápána jako připravenost zaměřit pozornost, zaměření pozornosti (v angličtině pod pojmem orienting attention) jako schopnost směřovat pozornost a kontrolní mechanismus pozornosti (v angličtině pod pojmem attention conflict), který se uplatňuje při výběru, čemu bude jedinec věnovat pozornost a co nechá na pozadí. Uvedená třetí složka by mohla být chápána jako forma seberegulace. Mullane a kolektiv (2011) porovnávali tyto tři složky pozornosti u dětí s ADHD a intaktní kontrolní skupiny. Dospěli k výsledku, že kvalita pozornosti se významně lišila mezi skupinami pouze u složky bdělosti a kontrolního mechanismu pozornosti, zatímco u složky zaměření pozornosti nebyl shledán signifikantní rozdíl.

Problémy s pozorností u ADHD neznamení, že se jedinec nedokáže soustředit. Někdy se dokáže soustředit až moc, avšak tento tzv. hyperfokus často ústí v to, že jedinec není schopen vnímat další věci kolem sebe (Žáčková & Jucovičová, 2017). Surman a jeho kolegové (2019) navrhuji, aby se právě z těchto důvodů o ADHD spíše mluvilo jako o „*obtížích zvládat trvalé závazky*“ než jako o poruše pozornosti.

Dalším projevem, který také spadá k symptomu nepozornosti, je tzv. toulání mysli (v angličtině známo pod pojmem *mind wandering*). Jedná se o mentální aktivitu, kdy myšlenek se produkuje příliš a zároveň se řetězí tak, že jen málokdy jsou konzistentní a vztahují se k původnímu tématu (Bozhilova et al., 2018). U jedinců s diagnostikovanou poruchou pozornosti bez hyperaktivity se také objevuje tzv. denní snění (Bokor & Anderson, 2014), charakteristické utíkáním do fantazií a rozvíjením příběhů, čímž pozornost v přítomném okamžiku slábne.

Společně s projevem nepozornosti se vyskytují i další problémy exekutivních funkcí, jako jsou problémy s vnímáním času, plánováním, organizací. Obtížné je pro jedince s ADHD začít a dokončovat aktivity vyžadující trvalejší mentální činnost, rychle ztrácejí o věci zájem, součástí poruchy je i oslabená vůle (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Symptom hyperaktivity má různé projevy. Především u dětí lze pozorovat motorický neklid, přičemž se jedná o pohyby neúčelné, často excesivní (Pugnerová, 2016). Vypadají, jako by byli hnáni „*motorkem*“ (Žáčková & Jucovičová, 2017). Časté je u hyperaktivních jedinců kývání na židli, odcházení od svého pracovního místa v době, kdy je očekáváno, že budou sedět. Jejich energetický výdej vede k rychlejší unavitelnosti, a poté podrážděnosti a nesoustředěnosti. U dospělých se motorická hyperaktivita často překlápí do formy vnitřního (mentálního) neklidu, jenž může ústít jak ve skákání z jedné činnosti na druhou, tak přílišných obav z budoucnosti (Žáčková & Jucovičová, 2017). Projevem může být i zvýšená psychomotorická aktivita, jako je žmoulání a hraní si s předměty (Pugnerová, 2016). Hyperaktivita se nemusí manifestovat jen přehnaným pohybem, ale může se projevovat i jako skákání do řeči či netrpělivost (APA, 2013). Hyperaktivita pak spolu s impulzivitou dává vzniknout dalším obtížím v různých oblastech fungování jedince. Nízká frustrační tolerance vede u impulzivních jedinců k výbuchům vzteku či agrese, pozorovatelné jsou u těchto jedinců výkyvy nálad (Pugnerová, 2016). V dospělém věku se pak impulzivita může projevit ve formě navazování nezávazných vztahů, přejídáním či vyhledáváním extrémních zážitků (Kooij et al., 2019). Barkley (2015), uznávaný psychiatr a autor několika publikací věnujících se klientům s ADHD, pojímá projevy hyperaktivity, impulzivity a emoční reaktivity jako problémy seberegulace.

Není tedy s podivem, že všechny výše zmíněné symptomy a jejich projevy vedou k problémům ve školní, pracovní, osobní a vztahové oblasti. Tito jedinci často zažívají neúspěch, což u nich vede k nízkému sebehodnocení, nedůvěře ve své schopnosti, negativnímu sebeobrazu (Hallowell & Ratey, 2021). Snahou pomoci si v těchto případech může být útek k různým druhům závislostí, které u jedinců s ADHD nejsou ojedinělé (Gudjonsson et al., 2012). Nejen jako komorbidní porucha, ale i jako důsledek výše zmíněných negativních zážitků může být u vulnerabilních jedinců pozorována deprese, úzkosti a zvýšené riziko suicidálního chování (Van Eck et al., 2015).

Stinné stránky ADHD mohou být někdy alespoň zčásti kompenzovány oblastmi, v nichž jedinci s ADHD právě díky své diagnóze vynikají. Asociativní myšlení může v konečném důsledku vést ke kreativnímu myšlení a nalézání nových řešení („outside of the box“) (Hallowell & Ratey, 2021). Ve věcech, které je baví, mohou být až nadmíru produktivní. Jejich bezprostřednost v komunikaci doprovázená vtipem může být obdivovaná (Surman et al., 2019).

### **1.3 Etiologie ADHD**

Přesné příčiny ADHD nejsou doposud známé. V určitém poměru zde hraje roli faktor dědičnosti i faktor prostředí (Žáčková & Jucovičová 2017).

Vliv heritability na etiopatogenezi ADHD je zřejmý, avšak jsou odlišné názory na to, jakého podílu dosahuje. Shrnující studie z roku 2015 uvádí dosavadní výsledky pravděpodobného procentuálního podílu dědičnosti této poruchy a jedná se o široké rozpětí od 30 do 80 procent (Brikell et al., 2015). Odhady heritability tohoto onemocnění se liší především v závislosti na způsobu jejího zjišťování. Studie na dvojčatech ukazují vysoký podíl dědičnosti u dětí s ADHD, a to až 80 % (Nikolas & Burt, 2010), zatímco u dospělých se odhaduje dědičnost poruchy pozornosti mnohem méně, kolem 30 % (Boomsma et al., 2010). Brikell a kolektiv (2015) na základě dosavadního poznání shrnují tři důvody, které vedou k těmto rozdílným hodnotám. Za první se jedná o to, že sebeposuzování jako jedna z metod diagnostiky ADHD využívaných u adolescentů a dospělých vede k nižšímu hodnocení závažnosti poruchy, ať už jde o hodnocení současných projevů nebo projevů ADHD v minulosti. Za druhé, jsou-li posuzovány symptomy ADHD dvojčat druhou osobou (ale každé z dvojčat je hodnoceno jiným z rodičů/učitelů), snižuje to výslednou míru dědičnosti. A za třetí, vysoká míra dědičnosti se ukazuje ve výzkumech kombinujících hodnocení symptomů ADHD jak samotným postiženým touto poruchou, tak rodiči.

V novějším shrnujícím článku Faraona a Larssona z roku 2019 se však na základě 37 studií na dvojčatech počítá s vlivem dědičnosti okolo 70 %.

Sciberras a kol. (2017) ve své studii shrnují enviromentální vlivy, které mohou hrát v etiologii ADHD neméně významnou roli. Jedná se především o prenatalní a perinatální faktory, jako je matčino chování v těhotenství (alkohol, kouření, drogy, jiná medikamentózní léčba, samotný věk a kondice matky). Z perinatálních faktorů pak předčasné narození dítěte, nízká porodní váha, komplikace během porodu (přidušení apod.) (Sciberras et al., 2017; Goetz & Uhlíková, 2009).

Současným trendem je sledovat příčiny ADHD na neurobiologické úrovni. Existuje nespočet studií, jež se zabývají strukturálními, funkčními změnami a změnami na úrovni neuronové transmise, jež dávají za vznik symptomům poruchy pozornosti (Ptáček & Ptáčková, 2018), především u dětí. Nedávná studie z roku 2017 čítající přes 1700 klientů s ADHD a kontrolní skupinou o více než 1500 jedincích zjistila statisticky významné rozdíly v sníženém objemu subkortikálních struktur, jako je nucleus accumbens, amygdala, caudate, hipokampus. Nesignifikantní rozdíl však byl nalezen u dospělé populace. To lze přisoudit nejen menšímu výběrovému vzorku dospělé populace, ale i tomu, že se ukazuje vývoj těchto oblastí, což podporuje zjištění, že ADHD je poruchou opožděného vývoje určitých mozkových struktur (Hoogman et al., 2017). Objem celkové šedé hmoty byl zjištěn u klientů ve věkovém rozmezí 4 - 28 let významně menší v oblasti frontálních laloků než u kontrolní skupiny klientů bez ADHD, avšak s věkem se objem nijak neměnil (Ambrosino et al., 2017).

Struktury zodpovědné za pozornost a projevy chování a současně často sledované struktury u těchto klientů jsou dle Surmana a kolegů (2019) tyto:

- prefrontální mozková kůra (sídlo kontroly chování, emocí a sociálních vazeb);
- motorická kůra (zpracování myšlenek, emocí a záměrné řízení vlastní činnosti);
- temenní mozkový lalok (zpracování smyslových a prostorových informací);
- bazální ganglia (struktura spojená s prefrontálním kortexem podílející se na učení se novým návykům);
- mozeček (nejen centrum motoriky, ale účast i na řízení pozornosti).

Z hlediska teorií odlišné neurotransmise u klientů s ADHD je nejčastěji uváděna porucha dopaminergního systému, jež může ohrozit správný vývoj mozku (Cai et al., 2021).

## 1.4 Diagnostika ADHD

DSM-5 klasifikuje ADHD jako neurovývojovou poruchu, která se může vyskytovat i u dospělé populace. Diagnostická kritéria jsou stejná jak pro dětskou, tak dospělou populaci – narušení v oblastech nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity. Liší se však minimální množství příznaků, které musí být splněny pro udělení diagnózy ADHD v dospělosti. Projevy z kategorie nepozornosti musí přetrvávat po dobu delší než 6 měsíců, neodpovídají vývojové úrovni jedince a mají dopad na fungování člověka v oblasti sociální, školní či pracovní. Z uvedených devíti projevů nepozornosti pro diagnostiku ADHD stačí, aby bylo splněno pět pro diagnostiku ADHD v dospělosti (respektive u jedinců starších 17. let). Jedná se o tyto projevy nepozornosti:

- a) Nevěnování plné pozornosti detailům nebo dělání chyb z nepozornosti.
- b) Snížená schopnost udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře.
- c) Zdání, že neposlouchá, co je mu říkáno.
- d) Nesledování instrukcí a selhávání v dokončování věcí.
- e) Problémy s organizací úkolů a aktivit.
- f) Vyhýbání se úkolům a aktivitám, vyžadující trvalé duševní úsilí.
- g) Ztrácení věcí.
- h) Snadná rozptýlitelnost vnějšími podněty.
- i) Zapomnětlivost v rámci běžných denních aktivit.

(Raboch et al., 2015)

V závislosti na typu ADHD (viz dále), může být spolu s nepozorností nebo jako samostatná oblast poruchy ADHD v popředí hyperaktivita a impulzivita. Opět i zde musí být pro udělení diagnózy splněno diagnostické kritérium délky trvání obtíží po dobu delší než 6 měsíců, nesmí se přitom jednat o potíže v důsledku vývojové úrovně jedince. Hyperaktivita a impulzivita musí mít negativní vliv na sociální nebo školní či pracovní fungování jedince. U starších adolescentů (od 17. roku) a dospělých je pro rozhodnutí o stanovení hyperaktivity a impulzivity v rámci ADHD nutné, aby se projevovalo nejméně pět příznaků z devíti zmiňovaných. Jedná se o tyto projevy hyperaktivity-impulzivity:

- a) Neklidné pohyby, poklepávání rukama či nohama, vrtění se na židli.
- b) Odcházení z místa v situacích, kdy je očekáváno, že by měl sedět.
- c) Pobíhání a neschopnost zůstat v klidu sedět v případech, kdy to není vhodné.
- d) Nemožnost klidného hraní a zapojení se do volnočasových aktivit.



- e) Neustálý pohyb, jako by byl „poháněn motorkem.“
- f) Nadměrná mluva
- g) Vyhrknutí odpovědi na otázku dřív, než je otázka dokončena
- h) Neschopnost vyčkat na to, až na něj přijde řada
- i) Časté vyrušování a přerušování ostatních

(Raboch et al., 2015)

DSM-5 zdůrazňuje, že symptomy nepozornosti ani hyperaktivity a impulzivity nejsou dány vývojovou úrovní jedince ani dalšími, v dětství možnými zaměnitelnými projevy opozičního vzdoru nebo hostility. Pro diagnózu ADHD nejen v dospělosti je dále podstatné, aby některé z projevů ADHD byly patrné do 12. roku věku dítěte (ve starší verzi manuálu byl požadovaný věk projevu symptomů ADHD do 7. roku věku dítěte).

Protože určité symptomy ADHD by mohly být považovány za projevy „neklínické“ (tedy vyskytující se i u intaktní populace, jako je prokrastinace, zapomnětlivost apod.), je v DSM-5 ošetřena tato skutečnost tím, že se problémy ADHD musí vyskytovat alespoň ve dvou odlišných prostředích (doma, ve škole, v práci apod.) a mít jasný dopad na kvalitu sociální, školní či pracovní oblasti. Pro udělení diagnózy ADHD nejen v dospělosti nemohou být také příčiny těchto obtíží vysvětlitelné jinými duševními nemocemi (např. úzkostná porucha, afektivní porucha) ani vývojovou úrovní jedince. Doplněním k diferenciální diagnostice by mělo patřit i vyšetření organického poškození (zhoršený zrak či sluch), jež by mohlo být také potenciální příčinou nepozornosti (Miovský, 2018).

V DSM-5 jsou rozlišovány tři typy ADHD – porucha s převažující nepozorností, porucha s převažující hyperaktivitou-impulzivitou a typ kombinovaný. Nejvíce je zastoupen typ kombinovaný (60 %), s převažující poruchou pozornosti je zhruba 30 % a zbylých 10 % hyperaktivní-impulzivní. Navíc se rozlišují tři úrovně závažnosti poruchy, a to mírná, střední a závažná v závislosti na množství a míře problémů v životě jedince. Lze diagnostikovat i tzv. částečnou remisi v případech, kde v minulosti byla zcela splněna kritéria ADHD, ale za posledních 6 měsíců se projevy zmírnily, avšak mají stále dopad na fungování jedince.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) nazývá ADHD jako hyperkinetickou poruchu s kódem F90, což značí její zařazení do kategorie poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. Jejimi podtypy jsou porucha aktivity a pozornosti a hyperkinetická porucha chování. Současná MKN-10 však nereflektuje možnost přetrvávání syndromu poruchy pozornosti do dospělosti. V ICD-11 se již s pojmáním ADHD jako celoživotního problému počítá. Porucha pozornosti zde bude

zařazena stejně jako v DSM-5 do kategorie neurovývojových poruch, ponese název zkratky ADHD, tedy Attention deficit hyperactivity disorder a bude se dělit na tři typy stejně jako v DSM-5.

## 2 ADHD v dospělosti

První vědecké studie na téma možného přetrvávání symptomatiky ADHD do dospělosti se začínají objevovat na přelomu tisíciletí, avšak hypotézy o ADHD i v dospělém věku sahají do poloviny 20. století (Barkley et al., 2008). K „znovuobjevení“ této problematiky přispěla v devadesátých letech dvacátého století populárně naučná kniha „Driven to Distraction“ psychiatrů Hallowell a Ratey (1995). V České republice se zájem a povědomí o ADHD v dospělosti postupně rozvíjí. Významnými publikacemi, které sice nejsou věnovány jen dospělé klientele, ale berou dospělou variantu této poruchy v potaz, jsou např. Paclt (2007), Goetz a Uhlíková (2009), Žáčková a Jucovičová (2017), Ptáček a Ptáčková (2018).

Existuje několik důvodů, proč jsou problémy s nepozorností (respektive hyperaktivitou-impulzivitou) u dospělých často nerespektovány a málokdy vnímány jako obtíže hodné léčby. Za prvé, projevy ADHD se mohou výrazněji manifestovat až se změnou prostředí, které může klást zvýšené nároky na plánování, organizaci apod. (oblasti, které klientům s touto poruchou dělají problémy) (Solanto, 2019). Proto diagnostici, kteří nevidí paralelu v symptomatice v dětství a dospělosti, mohou diagnózu ADHD rovnou zavrhnout. Dalším důvodem může být spojení s dalšími duševními nemocemi (Ashershon et al., 2016), jež však mohou být za ADHD zaměňovány, být příčinou projevů nepozornosti, anebo být jejich důsledkem (Fayyad et al., 2016). Projevy ADHD, jako je snížená schopnost koncentrace, snadné rozptýlení pozornosti, problémy se spaním, upovídanost, neklid, dráždivost, impulzivnost, snížené sebevědomí, se mohou překrývat s dalšími duševními onemocněními (Ashershon et al., 2016). Důležitá je zde diferenciální diagnostika. Česko-maďarská studie využívající jiných metod postupů diagnostiky ADHD, realizovaná v ambulantních zařízeních i u hospitalizovaných pacientů psychiatrických klinik obou zemí uvádí výskyt poruchy pozornosti u těchto pacientů v rozmezí 7,13 – 11,40 % (Bitter et al., 2019). Neméně významným důvodem je také metoda diagnostiky ADHD a znalost odborné veřejnosti o možnostech diagnostiky ADHD v dospělosti (Ashershon et al., 2016).

Na druhou stranu lze vidět i stoupající trend diagnostiky ADHD v dospělosti. Nejen v důsledku zvyšujícího se povědomí o přetrvávání ADHD do dospělosti, ale také díky mírnějším kritériím DSM-5, která oproti předchozí verzi zmírňuje výše zmíněná kritéria a posouvá věk projevu symptomů v dětství do 12 let (Vňuková et al., 2020). Dle studie Riglera a kol. (2016) stoupl počet udělených diagnóz ADHD v dospělosti s novým DSM-5 o 65 %.

WHO (World Health Organization) na základě svého průzkumu ve dvaceti zemích světa s různým socioekonomickým statusem obyvatelstva, který čítal zhruba 26 000 respondentů, udává výskyt ADHD v dospělosti u 2,8 % celkové populace (Fayyad et al., 2016).

## **2.1 Symptomy ADHD a jejich dopady na běžné fungování dospělého jedince**

Jak je již ze samotného názvu poruchy patrné, jedná se o poruchu pozornosti doprovázenou zvýšenou aktivitou. To je však jen strohý pohled na to, jaké symptomy a nuance v projevech ADHD přináší. Rozdíly jsou patrné nejen mezi danou kohortou jedinců s ADHD, ale také v průběhu vývoje daného člověka s touto poruchou (Žáčková & Jucovičová, 2017). Jak dítě dorůstá, některé symptomy mohou vymizet, některé přetrvat a některé akorát změnit svou manifestní podobu. Tak např. dle Galéra a jeho kolegů (2012) se vzrůstajícím věkem symptomy spojené s hyperaktivitou klesají, zatímco problémy s pozorností rostou. Míra projevů ADHD hodně záleží na tom, v jakém prostředí jedinec žije (Žáčková & Jucovičová, 2017). Některé symptomy mohou být patrné až v dospělosti právě z důvodu změny ze školního na např. pracovní prostředí nebo vysokou školu, kde člověk s ADHD podléhá novým výzvám. A tak obtíže spojené s plánováním, organizací a time managementem (problémy spojené s narušením exekutivních funkcí), mohou až v této době vyvstat jako potíže hodné řešení (Solanto, 2019). Neléčená porucha pozornosti tak může dospěle s ADHD vést k problémům v práci, sociálních vztazích a mít dopad i na jejich spokojenost v životě. V důsledku obtíží se již od dětství mohou potýkat s nízkým sebevědomím, které ovlivňuje důvěru v sebe sama a má dopad na jejich rozhodování v životě (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Kooij a kolektiv (2019) ve své shrnující studii roztřídili symptomatiku u dospělých jedinců s ADHD do čtyř kategorií: nepozornost, hyperaktivita, impulzivita a emocionální dysregulace, což částečně kopíruje kategorie DSM-5. Emoční dysregulace je sice kategorie, která v DSM-5 není uvedena, ale to především proto, že se nemůže stát samostatnou diagnostickou kategorií z důvodu jejího překryvu s dalšími duševními poruchami (Kooij et al., 2019). Avšak nejedná se o jediné možné dělení. Barkley (2015) ve své knize zahrnuje problémy regulace emocí, impulzivitu, netrpělivost a vztek do kategorie potíže v seberegulaci. Přehledný výčet dle Kooij a kolektivu z roku 2019 lze nalézt v tabulce č. 1.

Projev nepozornosti nenabývá odlišností mezi dětskou a dospělou populací. Jednoduchá rozptýlitelnost, ztrácení se v detailech, nemožnost soustředění, na druhou stranu

výrazný hyperfokus na věci, které jsou pro jedince zajímavé. Časté jsou chyby z nepozornosti, a dospělí tak potřebují vynaložit mnohem větší úsilí na to vydržet u úkolu. Kvůli oslabené koncentraci dochází k častému zapomínání (jak věcí, tak termínů), problémům se zapamatováním a udržení své mysli na konkrétním úkolu (tzv. toulání mysli), což může mít negativní dopad jak na oblast pracovní, tak i osobní a partnerskou (Žáčková & Jucovičová, 2017). Tyto autorky řadí do kategorie nepozornosti i netrpělivost a neschopnost dokončit započatou práci. Avšak Barkley (2015) se kloní k tomu zařadit tyto projevy ADHD spíše do kategorie seberegulace, která však nebyla Kooijm a kol. (2019) ani výše zmíněnými autorkami samostatně vymezena. Stejně tak by do této kategorie mohla spadat i problematika prokrastinace, o které píše ve své publikaci Goetz a Uhlíková (2009).

Úroveň hyperaktivity se s věkem často mění. Zatímco u dětí s ADHD lze pozorovat motorický neklid ve formě neustálého pobíhání po třídě, lezení na lavice, neklidný spánek, u dospělých se motorická hyperaktivita může překloupat do hyperaktivity např. více okolím přijímané (žmoulání gumičky, prstýnku) (Kooij et al., 2019). Její zvládnutí pak může být ovlivněno tím, jak se s ní v dětství dospělého klienta s ADHD pracovalo a jestli si vybudoval určité strategie na zvládnutí jejich projevů. U dospělých se více ukazuje transformace hyperaktivity do vnitřního neklidu, který je nutí stále k nějaké činnosti. Častým projevem je pak workoholismus a úseky vysokého nasazení doprovázené rychlou unavitelností po podání výkonu. Dále také vrhání se do více činností najednou, přičemž se samotnou realizací a dokončením mají tito jedinci problém (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Impulzivita je třetí z kategorie symptomů u dospělých klientů s ADHD. Může mít podobné projevy jako u dětí a dospívajících (např. netrpělivost, skákání do řeči), ale u dospělých může vést i třeba k nadměrnému vyhledávání vzrušení, riskantnímu řízení, hypersexualitě, přejídání, či různým druhům závislostí (Kooij et al., 2019). Charakteristická pro jedince s ADHD je i oslabená vůle, na které se podílí CNS, a tak se často stává, že jedinec často zvolenou činnost nedokončí a je hnán jiným impulzem. Pozorované výkyvy ve výkonnosti mohou být dány tím, jak je jedinec ovlivňován impulzy. Všechny tyto projevy mohou být částečně už od dětství ovlivňovány výchovou, později vlastní uvědomělostí, v zátěži se ale symptomy impulzivity mohou projevit (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Poslední kategorií jsou potíže v regulaci emocí, které jsou patrné jak u dětí, tak dospívajících a dospělých (výbuchy vzteku, nízká frustrační tolerance, emocionální labilita) (Kooij et al., 2019). Často se u klientů jedná i o problém rozpoznání emocí a nedostatku empatie (Žáčková & Jucovičová, 2017). Porucha regulace emocí se často projevuje ve formě emocionální lability (Kooij et al., 2019). Může tak nabývat podoby úzkosti či deprese

a zastínit samotnou poruchu pozornosti (Solanto, 2019). I tato kategorie je Barkleyem (2015) řazena do oblasti poruch seberegulace.

Tabulka č. 1: Symptomy nepozornosti a jejich projevy (dle Kooij et al., 2019)

Symptom ADHD	Projev
<b>Nepozornost</b>	Zapomnětlivost
	Rozptýlitelnost
	Chaotičnost
	Problém s organizací a plánováním
	Potíže s nasloucháním
	Problémy s vnímáním času
	Dočasný hyperfokus s problémem věnovat pozornost i dalším aktivitám dne
	Ztrácení se v detailech
	Nerozhodnost
	Potřeba většího penza času na dodělení úkolů
	Problém začít a dokončit úkoly
	„Toulání myslí“ (mind wandering) - mentální neklid; mnoho myšlenek najednou; skákání z myšlenky na myšlenku; asociativní myšlení
<b>Hyperaktivita</b>	(Vnitřní) neklid
	Potíže s relaxací
	Pobíhání sem a tam
	Přílišná upovídanost a hlasitá mluva
	Vrtění se, houpání se, poklepávání
	Neschopnost pracovat v „sedavém“ zaměstnání
	Časté shazování věcí z důvodu excesivních a nepřesných pohybů
	Při dlouhém sezení svalová tenze
	Neklidný spánek
<b>Impulzivita</b>	Jednání bez rozmýšlení
	Čekání doprovázené podrážděností
	Bezmyšlenkovité výroky, které zraňují druhé
	Skákání do řeči

	Netrpělivost
	Výrazné utrácení peněz
	Častá změna pracovního místa
	Rychlé navazování vztahů
	Neschopnost odložit uspokojení
	Vyhledávání vzrušení a riskantní chování
	Přejídání
<b>Regulace emocí</b>	Emoční labilita
	Nízká frustrační tolerance
	Emocionální impulzivita
	Podrážděnost
	Výbuchy vzteku
	Zvýšená intenzita premenstruačního syndromu

## 2.2 Komorbidní onemocnění se syndromem ADHD

Komorbidní onemocnění jsou u klientů s ADHD velice častá. Uvádí se, že v přibližně 50 % případů se klienti potýkají s dalším duševním onemocněním. Duální a přidružená onemocnění bývají jedním z důvodů, proč často nedochází ke správné identifikaci poruchy pozornosti (Ramsay & Rostain, 2015).

V mnoha případech se stává, že nediodagnostikovaní jedinci s ADHD vyhledají pomoc odborníků (praktických lékařů, psychologů, psychiatrů) z důvodu dlouhotrvající špatné nálady, strachů, závislostí. Často se stává, že prvním kvalifikovaným odhadem odborníků jejich potíží jsou deprese, úzkosti, závislosti. Až později při hlubší anamnéze může psychiatr/psycholog zachytit, jak moc klient musí vynakládat úsilí k tomu udržet pozornost v běžných úkonech (Geffen & Forster, 2018)

U dětí je častým komorbidní onemocněním porucha opozičního vzdoru (APA, 2013). Neméně častými jsou i poruchy učení (Paclt, 2007). Studie z roku 2017 (Reale et al.) zjistila, že z necelých 1300 dětí a dospívajících s ADHD se potýkalo také s poruchami učení 56 %, poruchami spánku 23 %, poruchou opozičního vzdoru 20 %, úzkostmi 12 %. Výsledkem bylo také to, že signifikantně více přidružených poruch měli jedinci s kombinovaným typem ADHD. Zjištěná porucha učení v dětství může být při diagnostice dospělého klienta vodítkem k zamyšlení se nad poruchou ADHD (DuPaul et al., 2012).

U dospělých jsou častými komorbidními poruchami deprese, úzkosti, bipolární porucha, porucha osobnosti, závislosti nebo antisociální chování (Asherson et al., 2016; Barkley, 2015). Nedávná norská studie (Solberg et al., 2018) sledovala výskyt souběžných duševních onemocnění u dospělých klientů s ADHD. Zaměřili se na výskyt schizofrenie, bipolární poruchy, poruchy osobnosti, úzkostnosti, depresivity a závislosti. Vzorek čítal více než 40 000 dospělých jedinců s ADHD. V jejich výběrovém souboru mělo 53,5 % žen a 48,5 % mužů jednu nebo více dalších duševních onemocnění, oproti kontrolní skupině (přes milion participantů bez ADHD), kde zastoupení duševních onemocnění byl 13,7 % u žen a u 9,1 % mužů. Na pomyslném žebříčku nejčastějších komorbidních poruch u žen s ADHD se vyskytovala depresivní porucha (28,8 %), úzkostná porucha (26,3 %), závislosti (16,2 %), porucha osobnosti (13,6 %), bipolární porucha (12,9 %) a schizofrenie (2,5 %). U mužů se prevalence komorbidních duševních onemocnění k ADHD lišila. Za nejčastější souběžnou duševní poruchu u mužů s ADHD byla shledána závislost (27,5 %), hierarchicky pak pořadí kopíruje to, které bylo zjištěno u žen. Větší zastoupení mužů s kombinovaným podtypem ADHD by mohlo být důsledkem vyššího procentuálního zastoupení závislosti. Dokládá to i studie, kde se závislosti častěji ukazovaly u kombinovaného typu ADHD ( $p < 0,05$ ) (Piñeiro-Diequez et al., 2016).

Mezi nejčastěji diagnostikované poruchy osobnosti u klientů s ADHD patří hraniční porucha osobnosti a vyhubavý typ poruchy osobnosti (Matthies et al., 2011). Dle shrnujícího článku Čablové a kol. (2015) se dle vybraných studií zabývajících se prevalencí výskytu poruch osobností u dospělých klientů s ADHD jedná nejčastěji o poruchy antisociální, hraniční, vyhubavé a pasivně agresivní.

### **2.3 Diagnostika ADHD v dospělosti a její metody**

Diagnostika ADHD u dospělé populace je často komplexní. A to z důvodu přidružených onemocnění, symptomů, které jsou součástí mnoha dalších onemocnění, a rozličných projevů ADHD. Vyšetření na poruchu pozornosti u dětí probíhá v rámci škol, konkrétně pedagogicko-psychologických poraden, popř. speciálně pedagogických center. Školská poradenská zařízení dále doporučují pro potvrzení diagnózy spolupráci s dětským psychiatrem nebo neurologem. U dospělých je prováděno zpravidla psychiatrem nebo klinickým psychologem. Nejvýhodnější je však spolupráce obou (Žáčková & Jucovičová, 2017).



Podstatnou součástí vyšetření ADHD jsou anamnestické údaje, rozhovor, sebesposuzovací škály a neméně důležité je i pozorování (Žáčková & Jucovičová, 2017). Důkladná anamnéza je u stanovování poruchy pozornosti v dospělosti velice důležitá (Čablová et al., 2015). Nejen z hlediska zachycení nápadností v soustředěnosti či přílišném motorickém neklidu v dětství, ale i dalších problémů, jako jsou např. poruchy učení či problémy šikany anebo nízké sebevědomí (DuPaul et al., 2012; Čablová et al., 2015).

Mezi nástroje užívané v českém prostředí vytvořených speciálně pro diagnostiku ADHD v dospělosti řadíme strukturované diagnostické interview DIVA 2.0, jehož tvůrci jsou Kooij a Francken (2010). Přestože se test řídí dle DSM-IV, pro účely diagnózy, jejíž kritéria se významně nezměnila (až na posun hranice věku prvních projevů symptomů na 12 let a snížení počtu symptomů pro udělení diagnózy), je stále hojně používaným nástrojem. Interview je rozděleno do tří částí, v první a druhé části věnující se projevům ADHD daných DSM-IV jedinec volí odpověď na základě popisu symptomu a jeho projevu právě u sebe samotného. Hodnotí, jak se daný problém manifestoval v dětství a jak v dospělosti. Třetí část je věnována počátku projevu symptomů a oblastem, které poruchou pozornosti jsou, respektive byly zasaženy. Doporučené je interview provádět s druhou osobou (rodiči), především pro přesnější zachycení projevů nepozornosti v dětství. Vhodným může být pro posouzení současných obtíží i partner. Pokud však není možné zajistit heteroanamnézu, může být i přesto interview k diagnostice ADHD používáno. Vyšetření touto metodou zabere diagnostikovi kolem 1-1,5h. Mezi další světově užívaná diagnostická interview řadíme A diagnostic interview of ADHD in adults (ACE+), Conners Adult ADHD Diagnostic Interview (CAADID) a Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS) (Kooij et al., 2019).

Další hojně používanou metodou jsou škály ke zhodnocení projevů symptomů ADHD, jejichž obsahem jsou i položky týkající se projevů obtíží v dětství. Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV) (Barkley, 2011) je dotazník, který se ukazuje jako vysoce validní a reliabilní, především pak díky tomu, že má normy pro tři věkové kategorie (18-39 let, 40-59 let, 60-89 let). Normy udávají i dva cut-off skóry úrovně jistoty, s jakou se pravděpodobně u jedince o ADHD jedná (Barkley, 2011; Čablová et al., 2015). Na čtyřbodové škále je posuzována míra intenzity jednotlivých symptomů za období dětství a dospívání. Stejně tak jsou otázky sestaveny i pro posouzení obtíží jinou osobou (partnerem za období dospělosti, rodičem/pečujícím za období dětství). Dalšími užívanými škálami jsou Wender Utah Rating Scale, Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS), Adult ADHD Self-Report Scale (AASRS), Adult ADHD Investigator Rating Scale (AISRS) (Kooij et al.,

2019), přičemž první tři jsou přeloženy do češtiny a v rámci diagnostiky používány (Čablová et al., 2015).

Často mohou a bývají vyšetření doplněná bateriemi testů výkonnostních či testy, které přímo měří pozornost klienta s podezřením na ADHD (např IVA-2 měřící úroveň zrakové a sluchové pozornosti a kontrolu impulsů (IVA-2, 2021; Ptáček & Ptáčková, 2018). A dále také testy, které pomohou s přesnější diferenciací diagnostickou rozvahou. Může se tedy jednat o testy inteligence, testy paměti, testy exekutivních funkcí, škály úzkosti a deprese apod. (Čablová et al., 2015).

## 2.4 Způsob léčby ADHD v dospělosti

Možnosti léčby ADHD v dospělosti můžeme stejně jako u dětí rozdělit do tří kategorií. Jedná se o farmakologickou léčbu, behaviorálně/psychosociální přístup a kombinaci těchto dvou postupů (Ptáček & Ptáčková, 2018). Přestože De Crescenzo a kolektiv (2017) snažící se sjednotit 40 metaanalýz a shrnujících článků týkajících se výhod jak farmakologické, tak nefarmakologické léčby ADHD dospěli k závěru, že neexistuje dostatek údajů, které by byly dostačující pro potvrzení efektu kombinace těchto dvou léčebných přístupů, Murphy (2015) se domnívá, že většina dospělých klientů s ADHD potřebuje k farmakologické léčbě přinejmenším další nefarmakologickou intervenci, jež jim pomůže ve zmírnění obtíží spojených s ADHD v běžném fungování.

Na začátku každé léčby by měla proběhnout edukace, která pomůže objasnit klientům projevy ADHD v jejich každodenním fungování. Hirvikosky a kol. (2017), zabývající se psychoedukací, ve svém programu seznamuje jedince s možnostmi léčby ADHD, dopady poruchy na běžný život (spánek, cvičení, jídlo), vztahy a práci. Dále učí klienty strategiím zabraňujícím projevům nedostatečně rozvinutých exekutivních funkcí. Zmiňuje i důležitost přijetí diagnózy a v konečném důsledku i přehled návazných služeb a forem pomoci.

Farmakologická léčba se orientuje na dva druhy léků, stimulancia a nestimulancia (Surman et al., 2019), přičemž stimulancia jsou užívanější formou léčby ADHD (Ptáček & Ptáčková, 2018). Mezi stimulancia řadíme léky s účinnou látkou methylfenidátem, jež mají za úkol, paradoxně ke svému názvu, snižovat aktivitu u jedinců s ADHD, avšak zvyšovat hladinu dopaminu a noradrenalinu v těch částech mozku, jež se podílejí na kontrole chování (Surman et al., 2019). Léky obsahující tuto látku jsou Ritalin a Concerta lišící se délkou účinku (u prvního se jedná od 2,5 - 4 hodiny, u druhého 10-12 hodin). Jejich výhodou je zlepšení kognitivních funkcí - pozornost, krátkodobá paměť, schopnost dokončit práci. Dále

snížení hyperaktivity, tlumení afektů (Ptáček & Ptáčková, 2018). Vedlejšími účinky však může být snížená chuť k jídlu, nervozita či náladovost, což může být kontraindikací u těch, jež mají problémy v emoční oblasti (např. deprese) (Masopust et al., 2014; Surman et al., 2019). Druhou možností volby jsou pak nestimulancia s účinnou látkou atomoxetinem, jejichž výhoda je spatřována v dlouhodobějším působení, avšak nástup účinku je postupnější, netvoří se na nich závislost (Surman et al., 2019), což se u methylfenidátu stát může (Masopust et al., 2014). Vedlejší účinky jsou podobné jako u stimulancií, avšak nemají takový dopad na náladu (Masopust et al., 2014). Lékem obsahující účinnou látku atomoxetin je přípravek Strattera (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Mezi psychosociální intervence nabízené klientům s ADHD se řadí individuální a skupinové terapie, poradenství, koučink, EEG biofeedback, kognitivní trénink a v poslední době i techniky mindfulness (Fullen et al., 2020; Murphy 2015; Scholz et al., 2020).

Nejvíce užívanou formou psychoterapie u klientů s ADHD je kognitivně behaviorální terapie (KBT), ať už ve skupinové či individuální formě (Fullen et al., 2020). KBT pomáhá klientům v oblastech zvládnání každodenního života, tedy s nácvikem žádoucího chování, učí strategiím ke zvládnání symptomů ADHD (např. plánování, organizace aktivit). Její výhodou je i možnost zaměření se na komorbidní poruchy (úzkosti, deprese) (Ptáček & Ptáčková, 2018). Existuje několik výzkumů, které podporují účinnost terapie. Jedním z nich je i kontrolovaná studie. Šedesát klientů, kteří podstoupili léčbu KBT, hodnotilo po 16 sezeních výrazné zlepšení symptomů ADHD oproti kontrolní skupině, která se dostavovala pouze na kontrolní vyšetření (Dittner et al., 2018). Zlepšení po absolvování KBT byla vidět i v oblastech úzkostnosti, depresivity, stresu a celkové spokojenosti. Výsledky jednotlivých studií týkajících se benefitů terapie by však měly být brány s obezřetností, a to především s ohledem na počet jedinců účastnících se studie, designu intervence, způsobu měření výsledných efektů (např. v případech, kdy na základě sebezpozření symptomatiky ADHD se intenzita symptomů významně snížila, avšak terapeuti na základě výsledků testů to tak nehodnotí; Jensen et al., 2016), či průběh a délku trvání intervence (Nimmo-Smith, 2020). Mezi další užívané terapie patří dialekticko-behaviorální terapie (DBT) (Nimmo-Smith, 2020), která se zaměřuje na posilování schopností změny chování a zároveň klade důraz na zlepšení schopností vypořádání se s danými skutečnostmi (emocemi) prostřednictvím jejich prozkoumávání a přijetí (využití prvků mindfulness). Má se za to, že tato terapie je vhodná především u těch klientů s ADHD, jež mají výrazné problémy s emoční regulací (Cole et al., 2016).

Kognitivní trénink si dává za cíl pomoci v rozšíření pracovní paměti a tím napomoci ke zlepšení exekutivních funkcí. U dospělých klientů s ADHD ale není příliš využíván z důvodu jeho účinnosti. Výzkum Mawjee a kol. (2017) sice našel signifikantní rozdíl porovnávací dvě skupiny klientů s ADHD (jedna z intenzivnějším počítačově pojímaným kognitivním tréninkem, druhá se zkráceným) oproti kontrolní skupině bez intervence, avšak v porovnání skupin, které měly možnost trénovat, nenašel signifikantní rozdíl. Ani práce Sterna a jeho kolegů (2016) není příliš povzbudivá. Snažil se porovnat skupinu klientů s ADHD, jež se bude účastnit kognitivního tréninku zaměřeného více na exekutivní funkce, se skupinou jedinců s ADHD, která se bude také věnovat tréninku kognitivních funkcí, avšak s nižšími požadavky na trénink exekutivních funkcí. Byla nalezena významná zlepšení v hodnocení symptomů ADHD u obou skupin. Jak Stern dodává, ekologická validita zjištěných výsledků je nízká.

Další formou intervence pro klienty s ADHD je koučink. Jeho cílem je naučit klienty efektivním kompenzačním mechanismům, které jim pomohou zvládat důsledky poruchy pozornosti v oblasti time managementu a problémů s organizací. Dále jim pomáhá s vytvořením návyků. Kouč pomáhá měřit pokrok a zviditelňovat ho, což je pro klienty s ADHD velice důležité (Surman et al., 2019).

Jinou užívanou metodou, avšak prozatím ne tolik prozkoumanou, je EEG biofeedback - jedna z forem tréninku mozku, kde je jeho aktivita snímaná pomocí elektrod. Jedná se v podstatě o formu operacionálního učení, díky kterému se učí klient regulovat svůj mozek na základě biologické zpětné vazby, která mu je zprostředkována formou hry (obrázku) na monitoru počítače a doprovázená zvukovým signálem, který má charakter odměny. Čím více se klientovi daří dosahovat „bodů“ ve hře a pravidelných zvukových podnětů, tím více se blíží aktivita jeho mozku tréninkovému cíli (např. snížení beta vln) (Ptáček et al., 2017). Ukazuje se, že prostřednictvím trénování mozku pomocí biologické zpětné vazby se může u klientů s ADHD zvýšit počet alfa vln, jejichž přítomnost vede ke zmírnění přílišné aktivity mozku, což mimo jiné vede i k inhibici motorické aktivity (Deibert et al., 2020).

Poslední zmiňovanou formou intervence jsou techniky mindfulness. Mindfulness se do češtiny překládá jako všímavost. Jedná se o soubor technik vycházejících z buddhismu, jež se rozšířily do celého světa, ale jejich praktikování není podmíněno vírou v daný směr. Techniky mají formu meditačních a nemeditačních cvičení. Jejich cílem je rozvíjet všímavost k věcem, které nás obklopují, k druhým i sám k sobě. Učí klienty žít v přítomnosti, rozvíjet laskavý a nehodnotící přístup, schopnost poodstoupit od problémů a přijímat skutečnosti tak, jak jsou (Kabat-Zinn, 2016). Výzkumy zabývající se přínosy

využívání a posilování všímavosti u dospělých klientů s ADHD jsou teprve na začátku a výsledky jsou rozporuplné v důsledku malých výběrových vzorků, absence kontrolních skupin, forem a technik mindfulness apod. (Cairncross & Miller, 2016; Poissant et al., 2019) Zjištěné žádoucí efekty technik mindfulness lze nalézt v oblastech projevů symptomů ADHD, ale také v exekutivních funkcích, emoční regulaci a celkové kvalitě života (Janssen et al., 2019; Poissant et al., 2019) . Protože tato oblast není doposavad příliš prozkoumána a protože existuje nespočet kvantitativních studií měřících míru symptomatiky, ale není už tolik dostatečné povědomí o samotných technikách a problémech, s kterými se klienti potýkají, tato práce představí v následující kapitole principy a dosavadní vědění o technikách mindfulness u klientů s ADHD.

### 3 Mindfulness

Mindfulness, do českého jazyka překládáno jako všímavost, je koncept vycházející z učení buddhistických mnichů založený na provádění meditačních cvičení (Kabat-Zinn, 2016). Po dlouhou dobu byla meditační cvičení výhradně záležitostí praktikantů buddhismu východních zemí. Postupem času se ale zájem o meditace začal dostávat i do povědomí západní společnosti (v druhé polovině 20. století), která je začala využívat ve svůj prospěch. Vysoký zájem o mindfulness pak roste od konce 90. let 20. století, a to jak v oblastech vědy a výzkumu, tak i u laické veřejnosti. Rozšiřuje se i jeho užití u intaktní (např. ve školách) i klinické populace (pacienti s depresivní poruchou) (Creswell, 2017; Williams & Kabat-Zinn, 2011).

Mindfulness bylo pro účely klinické praxe poprvé využito v 70. letech minulého století Kabatem-Zinnem pro klienty trpící vysokou mírou stresu v důsledku chronického onemocnění. Po absolvování kurzu mindfulness, jehož nestorem je právě zmíněný autor, se míra stresu u klientů snížila. Po tomto úspěšném výsledku začaly být techniky mindfulness velice populární a využívány jak u jedinců snažících se zbavit stresu, tak u pacientů s duševním onemocněním. Začaly se pro ně tvořit nové uzpůsobené programy, a proto se dnes můžeme setkat s aplikací mindfulness technik u léčby depresí, úzkostí, závislostí, v podstatě všude tam, kde napomohou prostředky všímavosti k uvědomění si přítomného okamžiku, záměrné pozornosti, nehodnocení, přijímání, seberegulaci a tím k zlepšení celkové kvality života. Jedněmi z potenciálních uživatelů, u nichž může být benefitem zapojit více všímavosti a na to navazujících meditačních cvičení do svého života, mohou být i dospělí klienti s ADHD.

Cílem této kapitoly je přiblížit koncept mindfulness a odlišné definice tohoto pojmu se stručným představením způsobů rozvíjení všímavosti. Následuje kapitola zabývající se pozitivními důsledky rozvoje všímavosti doplněná o dosavadní poznání o negativech. Dále bude představena podstata tréninku všímavosti společně se základními technikami, se kterými je pracováno za účelem posílení všímavosti, a to jak formální praxí (meditacemi), tak tou neformální (v běžném životě). Poslední kapitola čtenáře seznámí se základními pilíři, na kterých staví většina kurzů mindfulness s podrobnějším představením dvou základních typů kurzů.

### 3.1 Vymezení pojmu mindfulness

Uvést definici pojmu mindfulness není jednoduchou záležitostí, a to především kvůli tomu, že koncept mindfulness nabývá různých významů a praktik (Crane et al., 2017). Rozdílů jsou jak v definici, kde jednotlivé složky konceptu mindfulness jsou napříč autory různorodě definované, tak i v tom, jak je mindfulness pojímáno. Pojem mindfulness je někdy vnímán jako stav, kterého dosahujeme meditací (Lau et al., 2006), jindy je vnímán jako rys, častěji jako určitá predispozice (Baer et al., 2006). Tato pojetí dovolují měření míry či frekvence výskytu mindfulness v psychologických výzkumech, přičemž mindfulness v buddhistické tradici je pojímáno jako praxe nebo proces všímavosti, postupující od všímavosti k tělesným počátkům až po uvědomování si hlubších psychických procesů, jako jsou emoce (Nanamoli & Bodhi, 1995). Ve stručnosti budou nastíněny jednotlivé pohledy na mindfulness s akcentem na nejčastěji užívané definice, ze kterých vychází tato práce.

Jak již bylo napsáno v úvodu, mindfulness vychází z učení buddhistických mnichů. V jejich koncepci je mindfulness vnímáno jako všímavé pozorování předmětu zájmu právě takového, jaký je. A dále je to také způsob směřování mysli na určitý přítomný objekt. To vše má zamezit mysli soustředění se na minulost či budoucnost a hodnotícím soudům vůči těmto objektům (Brown, 2015).

Mezi často citovanou definicí inspirovanou východní filozofií je uváděno jednoduché a stručné vymezení Kabata-Zinna (2016, s. 23), že „*všímavost je určitý způsob pozornosti: záměrný, na přítomný okamžik, bez hodnocení*“. Bishop a jeho kolegové (2004) si pod pojmem mindfulness představují vlastní regulaci pozornosti na přítomný okamžik, která je charakteristická otevřeností, zájmem a přijímáním. Operacionální definice mindfulness by měla dle Alsubaie a kol. (2017) obsahovat tři komponenty: kontrola, na co se zaměřuje naše pozornost; stanovení si záměru kontrolovat naši pozornost (např. odstup od myšlenek); samotný přístup k věcem, který je trénovatelný skrze mindfulness, např. nehodnotící přístup.

Co je obsahem pojmu, je sporné. Snaha o utřídění jednotlivých klíčových aspektů je patrná především v tvorbě dotazníků, avšak i tam jsou stále dohady o tom, zda jednotlivé aspekty mindfulness jsou oddělitelné a pokrývají celkovou podstatu mindfulness. Zatímco výše zmíněná definice Kabata-Zinna (1994) zahrnuje dva aspekty: záměrná pozornost na přítomný okamžik, absence hodnocení (avšak součástí toho je i přijímání, laskavý přístup k sobě), faktorovou analýzou zjištěné koncepty byly Baerem a kol. (2006) vymezeny jako uvědomělé jednání, nehodnocení vnitřní zkušenosti, popisování, pozorování, nereagování na vnitřní prožitky (kde položky obsahují aspekty Kabata-Zinna). Tyto nuance (nejasné

operacionální definice) nejen mezi uvedenými autory pak způsobují, že prezentované výzkumy dosahují odlišných výsledků. Na čem se ale většina definic shodne, je fakt, že podstatou mindfulness je nehodnotící přístup a přijímání věcí takových, jaké jsou (Quaglia et al., 2015).

To, jak se dosahuje výše zmíněných aspektů všímavosti, se snažili hypoteticky nastínit Wielgosz s kolegy (2019) ve svém shrnutí. Uvádí, že:

- vědomá pozornost k přítomnému okamžiku je trénována skrze zaměření na určitý objekt v rámci meditace;
- schopnosti pozorovat vlastní myšlenky, pocity, tělesné vjemy (tzv. meta-awareness) je dosahováno skrze uvědomování si odklonu pozornosti;
- odstup od svých myšlenek je trénovatelný uvědoměním, že myšlenky jsou jen konstrukty v naší hlavě, které nás nedefinují;
- uvážlivé jednání (z angl. překladu nonreactivity) je trénováno prostřednictvím prozkoumávání, otevřeností a nehodnotícího přístupu k dané události;
- změny v pojmání sebe sama se dějí za pomoci odstupu od svého dosavadního sebeobrazu, sebehodnocení.

Ve stručnosti by se dalo říci, že mindfulness znamená soustředit se na to, co je právě teď a tady, v přítomný okamžik (Kabat-Zinn, 2016). Uvědomování si toho, co se právě teď děje, jaké tělesné vjemy, myšlenky a pocity jsou zažívány, napomáhá praktikantům odpoutat se od automatických navyklých reakcí, tzv. autopilota. Jeho upozaděním je jedinec schopen být více otevřený tomu, co se děje právě teď, v přítomnosti. Zdržení se automatických myšlenek může mít dopad na užitečnější způsoby myšlení. Díky pozorování sebe sama v určitých situacích a zastavení automatických reakcí jedinec lépe pochopí vztah mezi myšlenkami, tělesnými vjemy, emocemi a konečným jednáním.

Pozornost se zprvu vztahuje k dechu a tělu. Za pomoci soustředění pozornosti na dech se jedinec ukotvuje v přítomnosti, stejně jako u všímavého prozkoumávání těla. Prostřednictvím uvědomování si těla se praktikant více zcitliví k varovným signálům těla upozorňujícím právě třeba na nepohodu. Propojení s tělem je také důležitou součástí práce s emocemi, díky čemuž je zamezováno automatickým reakcím.

Důležitou součástí mindfulness je pozorovat a přijímat emoce takové, jaké jsou. Stejně tak i pozorování myšlenek a pochopení, že myšlenky jedince nedefinují, je podstatou tréninku všímavosti. Pobývání v přítomnosti se považuje za klíčové v redukci množství stresu, jelikož mnoho ruminačních myšlenek způsobujících stres vyvstává s ohledem na



minulost či budoucnost. K věcem je zaujímán nehodnotící a přijímací postoj, soudy, dojmy a názory jsou ponechány stranou. Ve snaze být vůči všemu, co přijde, otevřený a pozorný, se opět prohlubuje spojitost s přítomným okamžikem (Kabat-Zinn, 2016; Roflíková & Vančurová, 2021, Williams & Penman, 2014; Zylowska, 2012).

### **3.2 Pozitiva a negativa spojená s mindfulness**

Kabat-Zinn při vedení kurzu mindfulness pro klienty s chronickým onemocněním využíval techniky rozvíjející všímavost za účelem zlepšit kvalitu života pacientů. Nejen že u pacientů účastnících se kurzu mindfulness došlo k výraznému snížení úrovně stresu, ale byla posílena i jejich víra ve vlastní zdroje. Někteří uváděli, že dokonce vnímaná bolest spojená s danou nemocí je pro ně snesitelnější, anebo jim kurz přinesl alespoň nástroj k tomu, jak se s onemocněním lépe vyrovnat (Ludwig & Kabat-Zinn, 2008). Nedávné studie sjednocující výsledky dopadů strukturovaných mindfulness kurzů u neklinické populace ukazuje vysoký podíl na redukci stresu. Středního efektu se dosahovalo u stavů úzkostnosti, depresivity, celkové pohody a kvality života (Khoury et al., 2015).

Procvičováním schopnosti účastníků rozpoznat a být schopni nahlédnout s odstupem od svých ruminačních myšlenek, schopnosti nahlížet na své myšlenky a pocity jako na dočasné a automatické jevy v mysli a díky učení se soucitu sama se sebou, je dosahováno statisticky významných výsledků v oblasti snižování depresivní symptomatiky (Segal et al., 2012). Dále výzkumy ukazují na pozitivní dopady mindfulness u dalších duševních onemocněních, včetně klientů s ADHD. Z pohledu neurobiologie mindfulness ovlivňuje kognitivní a afektivní mechanismus fungování mozku, tedy oblastí, jež se spolupodílejí na vzniku a trvání duševních poruch (Wielgosz et al., 2019). Podrobnější přehled mechanismů účinků mindfulness včetně jejich neurobiologických korelátů bude předmětem další kapitoly.

Wong a jeho kolegové se v roce 2018 ve svém shrnujícím článku snažili zjistit, zda existují i negativní důsledky rozvíjení všímavosti. Při své analýze ale nedospěli k žádnému signifikantnímu výsledku. Ačkoli v některých studiích se objevila určitá stížnost spojená s mindfulness, objevují se takové případy jen zřídka (např. ve studii zahrnující pečovatele o chronicky nemocné, kterým byla nabídnuta účast v osmítýdenním programu mindfulness, z nichž jeden popisoval bolest v krku po cvičení jógy v rámci kurzu; Hou et al., 2014). Negativní dopad může mít systematické rozvíjení všímavosti u těch, jež jsou v akutním

stadiu deprese či úzkosti (Roflíková & Vančurová, 2021). Zaměřování na vlastní myšlenky a pocity může vést k prohloubení dysforické nálady (Davidson & Kaszniak, 2015).

### 3.3 Podstata tréninku všímavosti

V této práci je pojímáno mindfulness jako určitá predispozice, která je trénovatelná, stejně jako v dotazníku, který byl v rámci výzkumu použit (FFMQ-15-CZ; Kořínek et al., 2019) a jehož podoba je nastíněna v podkapitole 4.2. Způsobu zvyšování úrovně všímavosti je věnován následující text.

Všímavost je rozvíjena skrze tzv. formální a neformální techniky. Formálním cvičením mindfulness jsou myšleny meditace, které se provádějí vsedě, vleže nebo v chůzi. Oči zůstávají zavřené nebo je doporučováno dívat se na jeden bod před sebou (Williams & Penman, 2014). Při jejich provádění se jedinec soustředí na věci probíhající právě teď. Může se jednat o sledování vlastního dechu, těla, myšlenek, emocí, může se jednat ale i o externí vjemy, jako je např. zvuk. Neformální techniky mindfulness jsou takové, které nevyžadují speciálních podmínek, jelikož jejich principem je zařazovat všímavost do každodenního života. Může se tedy jednat o všímavé jezení, vnímání všemi smysly při cestě do práce či všímavá komunikace (Hassonová, 2015). Konečným cílem je začlenit mindfulness do běžného života takovým způsobem, aby se jeho principy provádění staly součástí fungování jedince.

Lutz a jeho kolegové (2008) třídí meditační techniky na ty, jejichž cílem je zaměřovat pozornost na určitou věc (tzv. focused attention meditation), a na ty, jejichž cílem je pozorovat se zájmem to, co do mysli právě přichází (tzv. open monitoring). Dle jejich hypotézy jsou meditace zaměřující se na určitý objekt trénováním směřování a udržení pozornosti na daném objektu i zachycení momentu, kdy naše mysl uteče od záměru (tzv. mind wandering). A v případech, kdy je zjištěno právě toto odpoutání pozornosti, jsou účastníci vedeni k zaměření se zpět k oblasti zájmu, aniž by se kritizovali. Otevřené pozorování je jimi pojímáno jako forma meditace, kdy jsme otevření tomu, co se právě v danou chvíli odehrává. Někdy je také pojímáno jako forma meditace uvědomování si svých myšlenek, emocí, tělesných vjemů i automatických myšlenek a soudů. Úkolem je však jen tyto fenomény sledovat a se zájmem pozorovat.

Předpokladem k posílení mindfulness a ziskem z jeho provádění je však pravidelné a soustavné cvičení. V rámci tradičních osmitýdenních kurzů mindfulness je doporučováno cvičit techniky formální i neformální během týdne, nikoli pouze během setkání. Délka

a frekvence se však napříč kurzy liší. Zatímco v publikaci Kabata-Zinna (2016) je doporučováno cvičit 6x týdně po dobu osmi týdnů 45 minut formální meditaci, jiné kurzy vyžadují po účastnících menší frekvenci či méně minut, často v závislosti na klientele a typu techniky. A tak např. meditaci, ve které se jedinci zaměřují a prozkoumávají nepříjemnou událost, je doporučeno věnovat se jí 20 až 40 minut dvakrát v týdnu. U meditace zaměřující se na dech je frekvence vyšší, a to pětkrát v týdnu (Roflíková & Vančurová, 2021). Krátké techniky jsou doporučovány provádět i několikrát denně (Segal et al., 2012). Co se týče úpravy délky meditačních cvičení, jsou např. u klientů s ADHD doporučovány kratší, třeba desetiminutové meditace (Zylowska, 2012). Ukazuje se, že pravidelné cvičení meditačních mindfulness technik vede ke zvýšení frekvence stavů všímavosti během dne, což pravděpodobně souvisí i s posílením této vlastnosti, avšak vzájemné souvislosti nebyly zatím dostatečně podloženy výzkumy (Kiken et al., 2015). Dalším předpokladem je, že až opakujícími se stavy všímavosti během meditace je docíleno změn v oblasti mozkových drah, struktury a funkce mozku (Garland et al., 2010).

### **3.3.1 Techniky mindfulness**

Stejně jako panuje diverzita mezi jednotlivými koncepty mindfulness, tak se liší i techniky napříč jednotlivými intervencemi. Techniky mindfulness jsou různé podle toho, jaká je cílová skupina, pro kterou je program mindfulness konstruován, i podle délky samotného kurzu. Ani instrukce ke konkrétním meditacím nejsou jednotné a spíše ponechávají prostor ke kreativě samotnému lektorovi, přičemž je doporučováno dodržovat to, jak je mindfulness definováno. V praxi se setkáváme s tím, že začátek kurzu je věnován soustředěné pozornosti na určitý objekt a po získání určité praxe se přechází k otevřenému pozorování, kdy je ponecháván prostor tomu, co se právě v danou chvíli odehrává (Davidson & Kazsniak, 2015).

Ve stručnosti by se ale dalo říci, že rozvíjení a praktikování všímavosti probíhá skrze práci s dechem, tělem, myšlenkami a nakonec emocemi. Během všech meditačních technik (včetně výše zmíněných) je dáván důraz na laskavý postoj k sobě samému. Ten se rozvíjí prostřednictvím upozornění během meditací nebo instrukcí na začátku meditací, které směřují k přijímajícímu a nehodnotícímu přístupu k sobě samému v takových případech, kdy se např. jedinec odkloní od záměru meditace (Roflíková & Vančurová, 2021). Níže budou představeny nejužívanější meditační techniky s důrazem na jejich záměr včetně stručného přehledu neformálních technik používaných k podpoře rozvoje všímavosti.

Základní technika, kterou se často otevírá kurz, ještě není samotná meditace, ale prozkoumávání rozinky. Tuto techniku uvádí jak Kabat-Zinn (2016), tak se jím inspirovali i další (např. Williams & Penman, 2014). Smyslem techniky je pozorovat danou rozinku všímavě, tedy pozorovat ji všemi pěti smysly a případně ve skupině poté diskutovat o svých myšlenkách, pocitech a zjištěních, na které účastníci během pozorování rozinky narazili. Cílem je soustředit se na jednu věc právě v daný okamžik a rozvíjet tak všímavost při jídle (Kabat-Zinn, 2016; Roflíková & Vančurová, 2021).

Za základní meditační techniku by se dala považovat práce s dechem. Jedná se o techniku záměrného pozorování dechu. Dech nám je kotvou v přítomnosti a zabraňuje tzv. toulání mysli (mind wandering) (Zylovska, 2012). Záměrem pozorování dechu je trénování soustředění na jednu věc. Zároveň dýchání do břicha pomáhá ke zklidnění a relaxaci. Zylovska doporučuje sledovat proudění dechu na třech místech: v nosních dírkách, hrudníku a břichu. Jiní autoři zase doporučují sledovat, jak dech ovlivňuje pohyb břišní stěny a pak celého těla (Williams & Penman, 2014). K soustředění na dech může dopomoci jednoduché opakování slov „nádech“, „výdech“, nebo třeba počítání „1, 2, 3 = nádech; 1, 2, 3 = výdech“ (Zylovska, 2012).

Od dechu se často v programech cvičících všímavý přístup postupuje směrem k vnímání těla. Formálně se tato meditace nazývá body-scan. Jejím cílem je opětovné navázání kontaktu se svým tělem (Kabat-Zinn, 2016). Tímto cvičením je rozvíjena pozornost k tělu a jeho tělesným prožitkům. Díky prohloubení všímavosti vůči tělu lépe vnímáme jeho potřeby a signály varující před případným vyčerpáním. Cílem není nic měnit, ale zvědavě prozkoumávat jednotlivé části těla, projevy a počitky jím vyvolané. Tím se také prohlubuje nehodnotící a akceptující přístup ke svému tělu. Vnímání těla napomáhá ke stavu uvědomění si přítomného okamžiku, ale vede také k vědomějšímu jednání (Roflíková & Vančurová, 2021). V pozdějších fázích kurzu, které se věnují i myšlenkám a emocím, se sledují projevy a spouštěče zmíněných psychických fenoménů právě skrze tělo. Body-scan se doporučuje dělat vleže a provádí se tak, že se systematicky prochází jednotlivé části těla. Ty jsou nejen prozkoumávány, ale pokud je v nich určité napětí, i dechem uvolňovány. Kabat-Zinn (2016) doporučuje do daných částí těla posílat i formu energie, laskavosti a přijetí. Buď se začíná od hlavy a končí u prstů u nohou nebo je postup obrácený. Následující meditace navazující na meditaci dechu a těla poté začínají uvědoměním si svého těla v prostoru (kontakt s podložkou, vzájemný kontakt jednotlivých částí těla, vnímání těla jako celku) a pár všímavými nádechy a výdechy (Roflíková & Vančurová, 2021).

Meditace myšlenek je další formální meditací, jež je nedílnou součástí rozvoje všímavosti. V některých případech ji předchází meditace zvuků, na nichž se jedinec učí, jak bude poté pracovat se svými myšlenkami (Zylovska, 2012). Zvuky stejně jako myšlenky se často objevují bez našeho přičinění, mají nějaký začátek a konec. Cílem meditace myšlenek je pozorovat a všimat si svých myšlenek, být jejich pozorovatelem a uvědomit si, že jimi nejsme definováni. K uvědomění si povahy svých myšlenek a k zamezení jejich rozvíjení se účastníci snaží je rozřazovat do kategorií (např. práce, rodina, plánování) (Roflíková & Vančurová, 2021). Často je v kurzech doporučováno sledovat myšlenky jako mraky na obloze, či jako obrazy na plátně v kině s cílem nerozvíjet je, nijak se k nim nevztahovat, nenechat se jimi strhnout (Williams & Penman, 2014; Zylovska, 2012). Díky uvědomění si řetězce, který myšlenka vyvolala, můžeme snadněji identifikovat spouštěče těchto myšlenek a oslabit automatický vzorec přemýšlení. V případech, kdy se myšlenky přeci jen rozvinou a stanou se zahlcující, je vhodné se navrátit zpátky k dechu (Roflíková & Vančurová, 2021; Williams & Penman, 2014; Zylovska, 2012).

S emocemi se pracuje v meditaci laskavosti a v meditaci nesnáží. Tyto techniky se učí ve stejném týdnu nebo meditace laskavosti předchází meditaci nesnáží. Meditace laskavosti zahrnuje přání všem lidem na této zemi, ať jsou šťastní a zdraví, včetně jedincových nejbližších, a hlavně sám sobě. Rozvíjen je tím laskavý přístup k sobě a k druhým skrze přijímání a nesouzení. Zároveň je meditace laskavosti přípravnou meditací pro tu, která obvykle následuje, a to meditace nesnáží (Roflíková & Vančurová, 2021). V meditaci nesnáží se účastník snaží přicházet k problematickým momentům se zvědavostí, otevřeností, akceptací. Snaží si uvědomit, jaký postoj k nim zaujímá a je podporován k nehodnocení nejen situace, ale ani sebe za dané, nesnáží způsobené emoce. Cílem meditace není najít řešení, ale vytvořit opět prostor mezi jím a danou událostí a zamezit tak automatickým reakcím, ke kterým by to bez jedincovy uvědomělosti vedlo. A dále si uvědomit, že emoce ho nedefinují. Jedinec se také učí vnímat emoce v těle tak, aby si byl vědom, kde se v těle projevují, a zjistil tak jejich projev, jež může díky uvědomění regulovat (Roflíková & Vančurová, 2021; Williams & Penman, 2014; Zylovska, 2012).

Neformální techniky, jak je pojímá Hassonová (2015), Kabat-Zinn (2016) či Roflíková a Vančurová (2021), jsou těmi, jež se snaží rozvíjet jedincovu všímavost v každodenních aktivitách či situacích a propojit tak nabyté zkušenosti z formálních technik s běžným životem. Některé z technik jsou využívány napříč kurzy (např. zařazení všímavosti během rutinní činnosti), jiné jsou specifické a vyžadují mnohem více úsilí (např. záznam situace za účelem popsání toho, jak se klient cítil, jaké měl myšlenky, jaké tělesné vjemy

a k jakému chování tento řetězec jevů vedl) (Segal et al., 2012; Williams & Teasdale, 2013; Zylowska, 2012). Za zmínku určitě stojí „minimeditace“, která je dle autorů Williamsa a Penmana (2014) považována za nejlépe hodnocenou mezi účastníky kurzu mindfulness, a tou je Prostor k nadechnutí (v některých publikacích ji lze najít pod názvem technika STOP; Zylowska 2012). Jedná se o zhruba třiminutovou meditaci, která pomáhá v zastavení se a uvědomění si, jak se jedinec cítí a co vlastně dělá, či má v úmyslu dělat (Williams & Penman, 2014). Dalo by se říci, že se jedná o takový „restart“ pozornosti. Prvním krokem je se zastavit v nějaké činnosti, poté provést vědomý nádech a výdech. Dále si uvědomit, co právě dělám, jak se cítím, jaké myšlenky mám a jaké tělesné vjemy prožívám. Následně, kdy dojde ke zpřítomnění, si dát záměr, v čem budu pokračovat, či zda dělám to, co jsem si naplánoval. Toto cvičení je pak doporučováno dělat i několikrát denně a při zautomatizování používat i v stresových situacích (Williams & Penman, 2014; Zylowska, 2012).

### **3.4 Typy mindfulness programů a jejich specifika**

Typy mindfulness programů se liší podle toho, za jakým účelem byly vytvořeny. Doposavad bylo vytvořeno několik projektů využívajících technik mindfulness. Ty, které využívají jen určité techniky mindfulness nebo jsou modifikované pro určitou klientelu a nesplňují kritéria již vytvořených programů, najdeme ve studiích pod označením Mindfulness-based intervention (MBI). Mezi nejznámější programy cílené na rozvoj všímavosti řadíme Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) a Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Dále existuje program rozvoje všímavosti jako prevence pro jedince s potížemi se závislostí Mindfulness Based Relapse Prevention (MBPR), pro jedince s chronickou bolestí spojenou s úzkostnými a depresivními příznaky byl vyvinut program Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Prvky mindfulness daly za vznik i samotné terapie, tzv. dialekticko-behaviorální terapii, která je považována za „třetí vlnu psychoterapie“. Její zakládající členkou je Marsha Linehan, která se snažila uzpůsobit kognitivní terapii pro jedince s hraniční poruchou osobnosti (Linehan, 1993). Charakteristikou terapie je snížený důraz na kontrolu vlastního prožívání a zvýšený důraz na přijímání, rozvoj metakognice a pozorování, jak se lidé ke svému prožívání vztahují (Crane et al., 2017).

Crane a její kolegové (2017) se ve své studii zaměřili na vysvětlení toho, co je základními kameny programů mindfulness a s jakými obměnami se lze setkat.

- a) Programy mindfulness jsou založeny na praktikách vycházejících z buddhismu, vědy, medicíny, psychologie a pedagogiky.
- b) Programy mindfulness se zabývají lidskou zkušeností a zaměřují se na pociťovaný stres s cílem najít způsoby k jeho absenci či redukci.
- c) Snaží se vytvořit u jedinců nový pohled na skutečnost prostřednictvím zaměřování na přítomný okamžik, odstupu od jejich řešení a způsobu nazírání na situace v jejich životech.
- d) Podporují rozvoj seberegulace v oblastech pozornosti, emocí a chování. Dále také dbají na posílení soucitu, vyrovnanosti a uvědomělosti.
- e) Obsahem jsou meditační cvičení, jež mají vést k vhledu a porozumění.

Obměnami Crane s kolegy míní různé variace na základě klientely, pro kterou je kurz určen a v jakém kontextu se program odehrává (Crane et al., 2017). S těmito obměnami se však setkáváme často a je to i jedním z důvodů, proč jsou výsledky různých studií dopadu mindfulness na klienta obtížně porovnatelné.

Mezi nejužívanější podoby kurzů řadíme výše zmíněné programy MBSR a MBCT. Proto jim jsou věnovány i dvě podkapitoly za účelem seznámit čtenáře s jejich podobou a jejich výstupy.

### **3.4.1 Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)**

Základním a prvním systematickým programem je Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Ten byl vytvořen Kabatem-Zinnem v roce 1979 na Protistresové klinice massachusettské univerzity jako doplňková intervence u pacientů s chronickým onemocněním vystavených vysoké psychické zátěži (Kabat-Zinn, 2016).

Program MBSR se skládá z osmi 2-2,5 hodinových setkání jednou týdně. Počet účastníků je libovolný, mělo by se však dbát na to, aby každý měl prostor se vyjádřit. Dle autora by počet účastníků měl být do třiceti.

Struktura programu je dána formálními a neformálními technikami. Mezi formální techniky, které jsou v rámci kurzu představeny, jsou do osmi týdnů zařazeny takto:

- 1-2. týden: všímavost k dechu (10 minut), nejlépe každý den  
body-scan (45 minut), nejlépe každý den
- 3 - 4. týden: meditace v pohybu (jóga)  
všímavost k dechu (15-30 minut denně)
- 5 - 6. týden: meditace vsedě (45 minut) střídaná jógou

- meditace v chůzi
7. týden: cvičení bez nahrávky: ponechání volby meditace na samotném účastníkovi
8. týden: meditace s nahrávkou dle volby účastníka

Neformální techniky jsou Kabatem-Zinnem v jeho programu MBSR řazeny takto:

1. týden: všímavá konzumace pokrmu (prozkoumávání pokrmu všemi smysly)
2. týden: zařazení všímavosti do běžných činností; záznam příjemné události v přítomnosti se sledováním myšlenek, emocí a tělesných pocitů, které událost vyvolává
3. týden: záznam nepříjemné (stresující) události v přítomnosti a sledování (záznam) myšlenek, emocí, tělesných pocitů a reakcí, které to vyvolává; sledování autopilota v oblastech myšlení, prožívání, tělesných vjemů
4. týden: sledování, uvědomování si a přijímání stresových reakcí bez snahy o jejich změnu.
5. týden: uvědomování si automatických myšlenkových návyků a emočních reakcí se snahou o zachycení momentu spouštění těchto odpovědí, případně po jejich spuštění všímavé jednání; všímavost v komunikaci
6. týden: všímavé jezení - nejen zapojení smyslů, ale i myšlenek a emocí s tím spojených; všímavé sledování věcí, kterými jsme „syceni“ (zvuky, televize apod.); laskavá přání vůči druhým
7. týden: všímavé probouzení - uvědomění si nového dne; všímavé ulehnutí spojené s všímavostí k dechu a vysíláním laskavých přání.
8. týden: dle Kabata-Zinna je to „zbytek účastníkového života“.

### 3.4.2 Mindfulness Based Cognitive Therapy

MBCT je program rozvíjení všímavosti založený na prvcích kognitivně behaviorální terapie. Po zjištění pozitivních dopadů technik MBSR u pacientů s různými onemocněními (chronické obtíže, AIDS, vysoký krevní tlak apod.), se Segal a jeho kolegové (2012) rozhodli pro implementaci těchto technik i u svých pacientů, jedinců s depresivní poruchou (respektive v období mezi jednotlivými epizodami deprese). Snažili se najít, které z technik by byly pro tyto klienty využitelné. Inspirovalo je propojení myšlenek, emocí a vjemů v těle. V MBSR je běžnou praxí rozvíjet vnímavost vůči tělu a sledovat jeho signály, což by u klientů v regresní fázi deprese mohlo být užitečné k vnímání potenciálních spouštěčů



jejich špatné nálady a také uvědomění si svých automatických reakcí (myšlenek). Dále jim přišel užitečný koncept mindfulness v oblasti zaměřování se na přítomnost, což by mohlo být nápomocné v boji proti ruminacím či obavám, které doprovázejí depresivní stavy. Pravidelné meditování vedlo u účastníků kurzu k porozumění původu myšlenek a vztahu k nim. To vše vedlo výše zmíněné autory k propojení mindfulness s KBT. Oproti klasickému KBT se kurz ale v některých ohledech liší. Rozdílné je soustředění nejen na myšlenky v rámci terapie, ale i na pocity a vjemy v těle. Program MBCT učí decentraci nejen od myšlenek, ale i emocí a pocitů v těle. Snaží se vést účastníky kurzu k tomu být otevření vůči všemu, co se objeví, a se zájmem to pozorovat a přijímat. Tíha odpovědnosti za výsledek této intervence je v rámci kurzu přenechávána na klientech samotných (Segal et al., 2012; Williams & Teasdale, 2013).

Během první až čtvrté lekce jsou účastníci vedeni k uvědomování si toho, jak je jejich mysl lehce odklonitelná a jak málo žijí s tím, co je tady a teď, v daný moment. Učí se navracet pozornost k původnímu záměru soustředění, jímž jsou v těchto lekcích dech a tělo. Zjišťují, jak toulání se mysli může eskalovat negativní myšlenky a pocity, aniž by si toho byli sami vědomi. Během následujících lekcí se pak účastníci učí pracovat se svými myšlenkami a emocemi po vzoru MBSR doplněného o prvky KBT (Segal et al., 2012).

Techniky, které jsou účastníky během týdne trénovány, jsou v MBCT seřazeny v tomto sledu:

1. týden: body-scan; zařazení všímavosti do běžných aktivit; všímavé jezení
2. týden: body-scan; meditace dechu (10 minut); zařazení všímavosti do dalších běžných aktivit, záznam jedné příjemné události denně za účelem zaznamenat myšlenky, emoce a pocity spojené se situací
3. týden: 3 dny meditace dechu spojená s protahováním těla (10 minut); 3 dny meditace pohybu – jógové cvičení (40 minut); 1 den meditace vsedě (30 minut); 3x denně Prostor k nadechnutí (3 minuty); záznam jedné nepříjemné události denně za účelem zaznamenat myšlenky, emoce a pocity spojené se situací
4. týden: 6 dní meditace zvuků a myšlenek; 3x denně Prostor k nadechnutí včetně jeho rozšířeného využití v případech zažívání nepříjemných pocitů
5. týden: 3 dny meditace nesnázi; 3 dny meditace v tichu (bez nahrávky; 30-40 minut); 3x denně Prostor k nadechnutí včetně jeho rozšířeného využití v případech zažívání nepříjemných pocitů

6. týden: meditace na základě výběru samotného účastníka (40 minut); 3x denně Prostor k nadechnutí včetně jeho rozšířeného využití v případech zažívání nepříjemných pocitů s možností použití praktických tipů napomáhajících k odstupu od myšlenek; záznam spouštěčů depresivní nálady
7. týden: výběr jedné meditace praktikované po celý týden; tvorba akčního plánu pro případ zhoršené nálady; 3x denně Prostor k nadechnutí včetně jeho rozšířeného využití v případech zažívání nepříjemných pocitů a myšlenek
8. týden: závěr kurzu s doporučeními, jak udržet nabyté zkušenosti

Součástí celého programu MBCT je i edukace ohledně depresivní symptomatiky a jsou využívány další prvky klasické kognitivně behaviorální terapie, např. práce s modelem ABC od autora Alberta Ellise (Segal et al., 2012).

## 4 Mindfulness z pohledu vědy a výzkumu

První výzkumy na téma mindfulness a jeho účinků se nedávno zaměřovaly především na dopad rozvoje všímavosti na duševní zdraví klientů a spokojenosti v životě (well-beingu) (Crane et al., 2017). Toto původní užití a zjištění pozitivních důsledků tréninku vedlo výzkumníky k aplikaci mindfulness technik u jedinců, pro které nebyla metoda původně určena. Byli vedeni hypotézou, že i účastníkům s duševním onemocněním by mohl trénink mindfulness pomoci a být tak intervencí pro ty, u nichž běžná forma farmakologické pomoci není možná, není vhodná či je nedostačující.

Mindfulness se tedy začalo zkoumat u klinické populace v rekurentní fázi deprese (Segal et al., 2002), používat při léčbě úzkosti (Kabat-Zinn et al., 1992), ale později i jako forma terapie pro jedince se závislostmi (Bowen et al., 2014). V poslední době se aplikace mindfulness rozšiřuje také v rámci léčby PTSD, patologického jídelního chování i ADHD. Důvodem využití technik mindfulness u výše zmíněných jedinců jsou dokumentované změny v oblasti kognice a afektivity, jež se spolupodílejí na vzniku těchto duševních onemocnění (Wielgosz et al., 2019).

Tato kapitola si klade za cíl seznámit čtenáře s dosavadním vědeckým zjištěním ohledně mechanismů technik mindfulness přispívajících k duševnímu zdraví a zmírňování symptomů. Dále budou představeny neurobiologické nálezy spojené s tréninkem všímavosti, které podporují hypotézy o spojitosti mindfulness s redukcí symptomů duševních nemocí. Další kapitola bude věnována nejčastěji užívaným způsobům měření mindfulness, na niž bude navazovat kapitola zabývající se úskalími výzkumu mindfulness. Tato úskalí mohou ovlivnit interpretace výsledků dopadů mindfulness u dospělých klientů s ADHD. V poslední kapitole budou představeny studie zabývající se využitím technik mindfulness u dospělých klientů s ADHD, včetně studie, jež se stala výchozím bodem pro empirickou část práce.

### 4.1 Mechanismy mindfulness a jejich účinky

Výsledky rozvíjení všímavosti se projevují v posílení kognitivních schopností a jejich účinek je patrný i v regulaci emocí. Tyto oblasti jsou často oslabeny u jedinců s duševním onemocněním, a proto se mindfulness jeví jako vhodná metoda k rozvoji těchto funkcí (Wielgosz et al., 2019).

Kognice je v rámci mindfulness trénována prostřednictvím soustředění na určitý objekt (např. dech), jedná se tedy jak o trénink pracovní paměti, tak pozornosti. Když se

jedinec oddálí od záměru meditace, je jeho úkolem vrátit se k původnímu záměru, rozvíjí se tak tím i kontrola pozornosti (Lutz et al., 2008, 2015). V rámci výzkumů dopadů mindfulness na kognitivní funkce byla sledována celá řada jejich složek, a to především exekutivní funkce včetně pozornosti. Zatímco Gallant (2016) ve své metaanalýze dvanácti studií sledující dopad mindfulness technik na složky exekutivních funkcí potvrdil signifikantní výsledky v oblasti kognitivní inhibice (tj. schopnost kontrolovat pozornost, chování, myšlenky, emoce) a krátkodobé paměti, jiná studie shrnující výsledky osmnácti mindfulness kurzů nenašla statisticky významné zlepšení ve prospěch pozornosti či exekutivních funkcí (Lao et al., 2016). Ve výstupech Laa a jeho kolegů (2016) se ale ukázalo mindfulness jako prostředek k posílení vědomí vlastních myšlenek, pocitů a tělesných vjemů (tzv. meta-awareness), kognitivní flexibility a pracovní paměti. Dále se ukazuje pozitivní dopad tréninku mindfulness na zmírnění toulání mysli, tzv. mind wandering. Jedná se o mentální aktivitu, při které jedinec ztrácí pozornost vůči vnějším věcem a ponechává svou mysl volným asociacím (Schooler et al., 2014). Zaměřováním na přítomný okamžik a snahou o odstup od svých myšlenek jsou redukovány ruminace, jež jsou součástí depresivní poruchy (van der Velden et al., 2015).

Co se týče oblasti emocí, jeví se mindfulness jako prostředek k zvýšení emocionálního povědomí (Wielgosz et al., 2019). Skrze pozorování a uvědomování si svých myšlenek a udržování pozornosti na přítomný okamžik se může zlepšit schopnost rozpoznat aktuální emoční stav jedince, což může vést k jeho regulaci skrze vědomou kognitivní činnost. Dále se rozvoj mindfulness podílí na změnách emocionální reaktivity skrze tlumení automatických reakcí na situaci a snahou o odstup od dané situace (Lutz et al., 2015).

Shrnutím dosavadního poznání, jaké jsou hlavní mediátory výsledné změny v úrovni životní spokojenosti a redukci symptomů (především depresivity, úzkostnosti) po absolvování MBSR nebo MBCT, se zabývali ve své studii Gu s kolegy (2016). Pro výsledné změny v úrovni well-beingu, stresu, depresivity a úzkostnosti po absolvování mindfulness kurzů se zdá být důležitá změna v kognitivní a emocionální reaktivitě. Středním efektem se na výsledcích zlepšení podílí dle autora míra samotné všímavosti a ulpívavých myšlenek (repetitive negative thinking). S rozporupnými zjištěními pak vycházejí studie označující za potenciaální mediátory změn soucit sám se sebou a přijímání věcí tak, jak jsou.

Výše zmíněné závěry jsou často doplňovány poznatky z neurobiologie. Gotink a kol. (2016) analyzovali na základě třiceti studií statisticky významné výsledky dopadu cvičení mindfulness. Popisuje změny v oblastech insuly, prefrontálního cortexu, anteriorního cingulárního cortexu, hipocampu a amygdaly. Funkce amygdaly byla shledána nižší, což

pravděpodobně souvisí se zlepšením v oblasti emoční regulace (Gotink et al., 2016). Zjištěná zvýšená funkce a objem hipocampu ve čtyřech studiích z pěti, které se sledováním změn v této oblasti zabývaly, by mohla souviset se zlepšením paměťových funkcí (Guendelman et al., 2017). Young a jeho kolegové (2018) jsou ve svých závěrech opatrnější a výsledkem jejich analýzy je, že nejrobustnějšího efektu (dáno také designem longitudinálních studií) dosahovala změna funkce insuly (její zvýšená aktivita se ukázala ve většině studií podrobených analýze), což může být důsledkem zaměření se na přítomný okamžik a vede tak k sebeuvědomění. Zjištěné změny v anteriorním cingulárním cortexu (oblasti hrající roli v regulaci emocí na základě zjištěného mentálního konfliktu s následným zaměřením pozornosti k vyřešení daného konfliktu; Van Veen & Carter, 2002) by mohly být důsledkem nehodnotícího a přijímacího přístupu, kdy je snahou účastníků rozpoznat momenty tvorby soudů a snaha o odstup (Young et al., 2018). Prefrontální cortex je oblastí vyšších funkcí CNS, jako je uvědomování si vlastních myšlenek, pocitů, vjemů (sebeuvědomění) (Young et al., 2018) a sídlem exekutivních funkcí (Miovský, 2018). Toto sebeuvědomění je hypoteticky trénováno prostřednictvím sledování vlastní pozornosti v rámci meditačních cvičení (Young et al., 2018).

Limity studií sledujících změny ve strukturách či funkcích mozku po trénování mindfulness jsou především ty, že se z větší části jedná o průřezové studie sledující skupinu meditujících a nemeditujících jedinců, že jsou porovnávány jedinci podstupující odlišné mindfulness kurzy a že výsledná zjištění daná zobrazovacími metodami jsou často nekonzistentní (Young et al., 2018).

## 4.2 Měření mindfulness

Nejběžnějším způsobem měření (úrovně, množství, přítomnosti) všímavosti jsou sebesposuzující škály. Existuje několik škál lišících se tím, jak je mindfulness pojímáno (Quaglia et al., 2015). Tím, že není zcela jasné, co je obsahem konceptu mindfulness a zda se jedná o stav, rys, dispozici či tendenci, stává se tak těžce měřitelným (Baer, 2018). Mezi nejčastěji užívané škály patří tyto:

- Freiburg Mindfulness Inventory (FMI) - Buchheld, Grossman & Walach (2001)
- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) - Brown & Ryan (2003)
- Kentucky Inventory of Mindfulness skills (KIMS) - Baer, Smith & Allen (2004)
- Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) - Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney(2006)

- Cognitive Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R) - Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau (2007)

Freiburgský dotazník (Freiburg Mindfulness Inventory – FMI) je jedním z prvních dotazníků využívaných v řadě studií pro měření všímavosti. Autoři k tvorbě dotazníku využili jak dosavadní znalosti na poli výzkumu mindfulness (jichž nebylo příliš), tak to, jaké charakteristiky mají prvky mindfulness v rámci buddhismu, a využili tehdejších odborníků na sestavení nejrelevantnějších oblastí, které mindfulness definují. Výsledkem je třicetipoložkový sebehodnotící dotazník. Přestože faktorovou analýzou byly zjištěny čtyři faktory, jež by mohly a pomohly operacionalizovat mindfulness (pozornost k přítomnému okamžiku, nehodnotící přístup k sobě a ostatním, otevřenost k negativním stavům mysli, porozumění vnitřním procesům), položky spadající pod jednotlivé faktory a jejich „nálož“ (v anglickém jazyce užíváno pojmu loading) nebyla stejná v případech respondentů před a po absolvování tréninku mindfulness. Dotazník byl validizován na populaci praktikantů meditací, tudíž jeho využitelnost není pro akademické účely široce využitelná (Buchheld et al., 2001).

Mindful Attention Awareness Scale je škála vytvořená Brownem a Ryanem v roce 2003 a jedná se o nejužívanější škálu k měření mindfulness (Van Dam et al., 2018). Autoři pojmají mindfulness jako stav vědomí, jako určitou dispozici, jejíž úroveň se liší jak interindividuálně, tak intraindividuálně. Vymezuje mindfulness jako stav uvědomělosti (awareness) a pozornosti (attention) k tomu, co se děje v přítomnosti. Jedná se o 15položkovou škálu, ve které respondent hodnotí na šestibodové škále, jak často je soustředěný a vnímavý vůči tomu, co se děje v přítomnosti, jak často je řízen autopilotem (Brown & Ryan, 2003). Opomíjeny jsou zde ale aspekty mindfulness, jako je např. nehodnotící a přijímající přístup, které jsou definicemi zmiňovány také.

Dalším sebeposuzujícím dotazníkem je Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS). Na rozdíl od dotazníku FMI není tento konstruován výhradně pro praktikanty meditací a spíše se zaměřuje na využívání dovednosti být vnímavý v běžném životě. Jedná se o dotazník, který pojmá mindfulness jako dovednost, jež může být trénována. Otázkou výzkumníků bylo, jak to vypadá, když jsou lidé všímaví. Při tvorbě dotazníku vycházeli z konceptů dialekticko behaviorální terapie. Oproti předchozím dotazníkům obsahuje faktory, jež byly stanoveny jako složky mindfulness na základě dosavadní literatury. V případě KIMS se jedná o faktor pozorování (vnitřních stavů, věcí okolo, zvuků, těla); popisování (popis dané skutečnosti či myšlenky jedním slovem a schopnost nechat ji odejít,

rozvíjení nehodnotícího a neanalyzujícího přístupu); uvědomělé jednání (soustředění se jen na jednu věc); přijímání skutečností takové, jaké jsou, a jejich nehodnocení (nesnažit se utéct od problému, nekritizovat se). Dotazník obsahuje 39 položek, které jedinec hodnotí na pětibodové škále dle míry frekvence projevů všímavosti při běžných činnostech. Koeficient vnitřní konzistence se pohybuje od 0,83-0,91. Jeho menší nevýhodou je standardizace na populaci studentů a malém vzorku (n = 26) klinické populace s hraniční poruchou osobnosti.

Často užívanou škálou je i Cognitive Affective Mindfulness Scale – Revised, jež byla validizována na větším vzorku populace a snažila se vyhnout metodologickým problémům původní verze (jedním z nich byly položky neměřící klíčové aspekty mindfulness). CAMS-R vnímá mindfulness jako naučený způsob reagování na situace v běžném životě jedince. Položky byly konstruovány na základě dosavadních teorií o mindfulness, ale byly inspirované i klinickými studii využívajících těchto prvků ve svých intervencích. Dotazník je složen z dvanácti položek, které klient hodnotí na čtyřbodové škále frekvence výskytu dané situace. Položky sytí čtyři faktory: pozornost, zaměření na přítomný okamžik, uvědomělost a přijímání. Autoři však dávají přednost interpretovat celkový skóre mindfulness, jež tyto faktory zastřešuje, a to z důvodu nízké vnitřní konzistence jednotlivých položek faktorů (Feldman et al., 2007).

Posledním z výčtu výše zmíněných dotazníků je sebeposuzující škála Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) od autorů Baerové a kol. (2006). Tato škála byla užitá pro měření úrovně mindfulness v rámci výzkumu této práce, proto mu bude v následujících řádcích věnováno více pozornosti.

Baerová a její kolegové (2006) ve snaze vytvořit validní a reliabilní nástroj k měření mindfulness využili již používané dotazníky MAAS, KIMS, FMI, CAMS a MQ (Mindfulness Questionnaire, jehož nynější verze nese název Southampton Mindfulness Questionnaire od autorů Chadwick et al., 2008), které podrobili faktorové analýze. Ačkoli výše zmíněné dotazníky disponují vysokou vnitřní konzistencí a vzájemné korelace mezi dotazníky jsou uspokojivé, ukázalo se, že měří různé aspekty konceptu mindfulness (Baer et al., 2006).

Sebeposuzující škála FFMQ (Baer et al., 2006) byla vytvořena na základě faktorové analýzy zmíněných dotazníků. Tou bylo odhaleno pět faktorů, které jsou dotazníkem měřeny: vědomé jednání (v angl. originále nonreactivity; pozorné a bdělé provádění činností), pozorování (observing; všímavost vůči externím i interním vjemům), nereagování na vnitřní prožitky (awareness; schopnost poodstoupit od myšlenek a emocí, nechat je volně plynout, bez toho, aniž bychom se k nim vztahovali), popisování (describing; schopnost

pojmenovat vlastní zkušenosti), nehodnocení vnitřní zkušenosti (nonjudgment; akceptace a nehodnocení emocí ani myšlenek) (Kořínek et al., 2018). Výzkumníci Baerová a kol. (2006) se domnívají, že odlišení jednotlivých složek mindfulness napomůže k pochopení pojmové šíře mindfulness a že může napomoci i k inkrementální validitě dotazníku pro predikci psychických symptomů. Dotazník obsahuje 39 položek, které jsou hodnoceny na pětibodové škále dle míry frekvence projevů jednotlivých složek mindfulness u daného respondenta (od téměř nikdy po téměř vždy). Dotazník byl přeložen do češtiny a byly vytvořeny normy pro českou populaci v rámci diplomové práce Jiřího Žitníka (2010).

Pro sledování týdenních změn v mindfulness u jedinců účastnících se MBSR programu byla ve studii Baerové a jejich kolegů (2012) využita zkrácená verze, patnáctipoložkový sebehodnotící dotazník FFMQ-15. Zkrácení původního dotazníku proběhlo samotnými autory na základě ponechání tří položek, které nejvíce sytily faktor, jež byl zjištěn v delší verzi dotazníku. Proband opět hodnotí míru frekvence, s jakou se jednotlivé složky mindfulness projevují v rámci jeho zkušeností na pětibodové škále (od téměř nikdy po téměř vždy). Zkrácená verze se zdá být vhodnou alternativou v případech rychlého posouzení všímavosti. Studie na klientech s depresivní poruchou ukazuje korelaci těchto dvou dotazníků pohybující se v rozpětí  $r = 0,85 - 0,94$  (Gu et al., 2016). V roce 2019 proběhla česká validizace zkrácené verze dotazníku (v češtině pod názvem Dotazník pěti aspektů všímavosti FFMQ-15-CZ) na necelých 280 respondentech. S původní verzí třicetidevítipoložkového dotazníku (2279 respondentů) využívaného v českém prostředí vykazovala také vysokou korelaci ( $r = 0,95$ ,  $p < 0,01$ ), Cronbachovo  $\alpha = 0,78$ . Vyhodnocení dotazníku spočívá v sečtení hrubých skóre získaných v rámci každé položky (bodové rozmezí 1 až 5 bodů), přičemž sedm z nich je v české verzi reverzních. Čím vyšší bodový zisk, tím více je jedinec všímavý. Rozsah dosažitelných hrubých skóre je od 15 do 75 bodů. Tato zkrácená verze v českém prostředí prozatím pozbývá norem vzhledem k nízkému počtu respondentů, především reprezentativnosti souboru (jednalo se o distribuci dotazníku prostřednictvím sociální sítě Facebook). Uvedeny jsou však percentilová rozpětí, kdy pátý percentil odpovídá hrubým skóre 15 – 39, padesátý percentil odpovídá hrubému skóre 52; stý percentil hrubým skóre 65 – 75 (Kořínek et al. 2018).

Nutno dodat, že výzkumy využívající mindfulness jako prostředek k dosažení změn v různých oblastech lidské psychiky (ať už se jedná o kvalitu života, deprese, či ADHD) se často nezaobírají podrobným zkoumáním složek mindfulness, které jsou toho příčinou a spíše jen porovnávají celkovou míru změny hrubých skóre dotazníků. Avšak Hepark a jeho kolegové (2015) zkoumali mechanismus změn u jedinců s ADHD, přičemž se ukázalo, že



mediátorem změn ve snížení projevů symptomů ADHD je složka uvědomělého jednání (dáno dotazníkem KIMS).

V poslední době se snahy o výzkum mindfulness snaží najít cestu k přesnějšímu zachycení úrovně všímavosti, a to skrze behaviorální měření nezávislých na hodnocení samotným respondentem. Mezi návrhy měření lze uvést míru toulání myslí tzv. mind wandering (Mrazek, 2012), která by u medituujících měla být nízká, či schopnost udržet pozornost na dechu jako prostředek odlišující zkušené od těch, kteří s meditacemi teprve začínají (Levinson, 2014). Avšak díky různým definicím konceptu mindfulness a obsahu pojmu je prozatím tato oblast obtížně uchopitelná. (Quaglia et al., 2015).

### **4.3 Úskalí výzkumů mindfulness**

Ačkoli by se mohlo z úvodu této kapitoly zdát, že problematika výzkumu všímavosti tkví v obtížné operacionalizaci a konceptualizaci mindfulness, existují zde i další intervenující proměnné, jež mohou ústít v odlišné výsledky intervencí a jež jsou příčinami obtíží validizace této metody.

Problémem v podstatě může být samotná intervence, jež nemá pevně stanovené techniky (Davidson & Kaszniak, 2015). Ve většině studií nelze ani dohledat, jaké techniky byly v rámci mindfulness kurzu použity. Rozsah a podoby kurzů jsou často ve shrnujících článcích o dopadech mindfulness dávány do kategorie MBI (mindfulness based intervention) nebo MBT (mindfulness based therapy). Limitem je i skutečnost, že zobecnitelnost výsledků je obtížná v závislosti na tom, jakými různými intervencemi mohli jedinci projít (Cairncross & Miller, 2016; Poissant et al., 2019).

K rozsahu a podobám kurzu se váže také důraz na provádění formálních a neformálních technik mindfulness mimo společná setkání účastníků v kurzu. Jak už bylo výše zmíněno, existují odlišnosti v míře, jaká je doporučována pro pravidelná cvičení doma, nejen frekvence týdně, ale i časové (např. Kabat-Zinn, 2016). Zajímavostí ale je, že ani jeden z citovaných autorů neodkazuje na to, proč zrovna jím zvolené penzum času by mělo postačit k dosažení kýžených výsledků (Parsons et al., 2017). Snahou k zajištění těchto informací je vyplňování papírových formulářů či tabulek splnění cvičení, jako to bylo třeba u zjišťování efektu domácího cvičení u depresivních pacientů (Crane et al., 2014) nebo pro záznam využívat online prostředí, jako využíval Day a kol. (2014). Avšak zachytit, kolik času je věnováno neformálním technikám, bylo nejen v této studii shledáno jako

problematické. A tak se jedná o další možnou komplikaci v zjišťování dopadů technik mindfulness.

Další problematikou týkající se kurzu je samotný lektor kurzu. Může se jednat o zkušeného meditujícího jedince, ale, jak bylo shledáno u výzkumů mindfulness u klientů s ADHD, tuto intervenci poskytují zdravotní sestry, samotní experimentátoři či studenti psychologie. Davidson a Kaszniak (2015) dodávají, že existuje jen málo výzkumů cílících na zjištění role a erudice lektora v rámci kurzů.

Jak už bylo výše naznačeno, dotazníky spoléhající na sebehodnocení jedinců ohledně množství stavů či frekvencí výskytu všímavosti také nepatří k spolehlivým metodám zjišťování účinků mindfulness (Davidson & Kaszniak, 2015). Proto se hledá řešení v behaviorálním měření mindfulness (viz předchozí kapitola) nebo jsou využívány výkonové testy měřící úroveň kognitivních schopností (pozornosti) před a po absolvování mindfulness programu (Davidson & Kaszniak, 2015), či ve změnách v oblastech emočního prožívání a kvality života (Poissant et al., 2019).

Výsledná zjištění jednotlivých studií sledujících dopady mindfulness technik jsou dále těžko validizovatelná v důsledku malého počtu jedinců, na kterých je tento druh intervence aplikován. Samotný fakt, že jsou klienti podrobováni zkoumání účinků mindfulness, je obtíž v reliabilitě výsledků. Participantů často znají důvody a potenciální přínosy mindfulness, a proto jejich odpovědi na tuto intervenci mohou být ovlivněny jejich očekáváním. Kontrolní skupinou jsou často jedinci čekající na další běh kurzu, tudíž u nich může být očekávání nulového efektu. Ideálem by tedy bylo vytvoření dvojité zaslepené studie, kdy by jedinec ani examinátor neznali důvody provádění experimentu a samotný examinátor by ve výsledném zpracování výsledků nevěděl o typu intervence, kterou daný jedinec podstoupil (Davidson & Kaszniak, 2015).

Výše zmíněné metodologické problémy se nevyhýbají ani výzkumům účinků mindfulness u dospělých klientů s ADHD. Poissant a jeho kolegové (2019) ve své studii shrnují výše zmíněné problémy, včetně zhodnocení dosavadních studií využívajících prvků mindfulness u klientů s ADHD z hlediska zkreslení (biasů), kterým podléhají. Za nejvíce alarmující považují performance bias (informovanost o typu intervence) a selection bias (otázka reprezentativnosti vzorku), k nimž by měl být brán zřetel při interpretaci výsledků.

#### 4.4 Využití prvků mindfulness u dospělých klientů s ADHD

Výše zmíněné účinky spojené s rozvíjením všímavosti se staly výchozím bodem pro implementaci těchto technik v rámci léčby klientů s ADHD. Uvedené oblasti, jež jsou pravděpodobně trénováním mindfulness posilovány (všeobecně kognitivní funkce, konkrétně pak exekutivní funkce, pracovní paměť, pozornost, a dále samotná seberegulace), jsou právě u klientů s ADHD výrazně oslabené (Kooij et al., 2019; Ptáček & Ptáčková, 2018; Surman et al., 2018).

Významnou studií, která využila mindfulness jako formu zmírnění symptomů ADHD u dospělé populace, byl výzkum americké psychiatričky Lidie Zylowske v roce 2008. Ohlas na tento výzkum vyústil v sepsání knihy *The Mindfulness Prescription for Adult ADHD* (Zylowska, 2012), jež se stala východiskem pro empirickou část této práce.

Zylowska spolu s kolegy (2008) vytvořila osmitýdenní program mindfulness, do kterého zapojila dvacet čtyři dospělých a osm dospívajících klientů s ADHD, z čehož celý kurz absolvovalo nakonec osmnáct dospělých a sedm dospívajících. V rámci svého výzkumu sledovala nejen dopad na symptomatiku ADHD, ale i depresivitu, úzkostnost a kognitivní funkce (pozornost, pracovní paměť, verbální inteligenci). Na konci kurzu osmnáct účastníků (78 %) reportovalo snížení projevů ADHD, z toho sedm z nich dle měření závažnosti symptomatiky až o 30 %. Signifikantní rozdíl byl po absolvování kurzu zjištěn v úlohách testujících schopnost pozornostního konfliktu (měřeno Attention Network Test, jehož autory jsou Fan a Posner, 2004, a modifikovanou verzí Stroopova testu od Goldeny, 1978) a přesměrovávání pozornosti (tzv. attention set-shifting) spolu s inhibicí (měřeno Testem cesty v Reitanově podání z roku 1979). U dospělé populace bylo zaznamenáno výrazné snížení depresivity ( $p < 0,01$ ) a úzkostnosti ( $p = 0,02$ ). U adolescentů nebyl v těchto oblastech zjištěn žádný signifikantní rozdíl. Bez významného zlepšení zůstala kvalita pracovní paměti (měřeno subtestem Číselná řada z WAIS-R pro dospělé a WISC-III pro děti; Wechsler, 1981, 1991). Přestože se studie potýká s určitými limity, jako je malý počet respondentů, absence kontrolní skupiny, sebesuzování intenzity symptomů před a po absolvování kurzu, na základě podpoření hypotézy o prospěchu této intervence se navrhlo několik dalších studií. Jejich snahou bylo předejít limitům výzkumu Zylowske a podpořit či vyvrátit její výsledky.

Za nejrobustnější výzkum užití mindfulness u dospělé populace s ADHD považuje Posissant a kol. (2019) výzkum Janssena a kol. z roku 2019, a to z důvodu přítomnosti aktivní kontrolní skupiny, symptomatiky měřené výkonovými testy, posouzení výsledků

míry závažnosti symptomů ADHD nezasvěcenými examinátory, sledování účinků po absolvování kurzu v odstupu tří a šesti měsíců. Participanti byli v jeho studii náhodně rozděleni do dvou skupin, každá po 60 jedincích. První skupina byla léčena standardními postupy (farmakoterapie a psychoedukace) a druhá podstoupila jak standardní léčbu, tak osmitýdenní program MBCT (jež byl upraven pro užití těmito klienty). Výsledkem bylo, že participanti podstupující MBCT a standardní léčbu vykazovali signifikantní snížení symptomatiky ADHD měřeno škálou Connersové (CAARS-S:SV; Conners et al., 2002) oproti skupině bez programu MBCT. Stejně tak skupina kombinující MBCT a standardní léčbu reportovala zlepšení v oblasti všímavosti, soucitu sama se sebou a celkového vnímání svého duševního zdraví. Tato zlepšení byla signifikantní i po šesti měsících od absolvování léčby. Zajímavostí ale je, že po skončení kurzu nebyly nalezeny rozdíly mezi skupinami v oblasti exekutivních funkcí. Po šesti měsících však skupina, která podstoupila MBCT, dosahovala v této oblasti výrazného zlepšení. Proměnnou, která vysvětluje, proč nedošlo bezprostředně po kurzu ke zlepšení exekutivních funkcí, může být struktura či délka kurzu a pravděpodobná nutnost trénovat všímavost delší dobu. Na to se studie odkazuje s ohledem na předchozí výzkum Heparika a kol. (2015), v němž po dvanáctitýdenním kurzu MBCT došlo k výraznému zlepšení exekutivních funkcí. Zajímavostí tohoto výzkumu ale na druhou stranu je, že nepodporuje výsledné zlepšení v oblasti symptomatiky deprese a úzkosti po absolvování kurzu, jak se jeví ve většině dalších studií (např. Segal et al., 2012), včetně té, kterou prováděla Zylowska a kol. (2008).

K zajímavému zjištění došel Bueno a kol. (2014) ve svém kvaziexperimentu aplikace techniky mindfulness (v tomto případě se jednalo o osmitýdenní kurz Mindfulness Awareness Practices, jež byl inspirován programem Zylowske). Tento kurz podstoupilo dvacet jedna dospělých jedinců s ADHD a osm intaktních jedinců sloužících jako kontrolní skupina. Dále se studii účastnilo dvacet dva jedinců s ADHD a devět jedinců bez této diagnózy, kteří se studii nechtěli zúčastnit a sloužili jako kontrolní skupina, jež nepodstoupila program mindfulness. Nepozornost zde byla měřena metodami Attention Network Test (Fan & Posner, 2004) a Conner's Continuous Performance Test - CPT-II (Conners & MHS Staff, 2000). CPT-II sleduje schopnost udržet pozornost (indikace impulzivity) a schopnost selektivní pozornosti. Po absolvování kurzu byly výsledky obou těchto složek pozornosti u klientů s ADHD signifikantně zlepšeny, avšak i u kontrolní skupiny po kurzu mindfulness. Jeví se tedy, že rozvoj všímavosti může být užitečný v regulaci chování a sebekontroly nad impulzivními tendencemi, což poté může ústít v zmírnění symptomů nepozornosti. Podporou může být výzkum Schoenberga a jeho kolegů

(2014), kteří ve své studii sledovali u dospělých jedinců s ADHD změny po absolvování kurzu mindfulness na úrovni neuropsychologie (data z EEG). Jejich závěrem bylo, že snížení projevů symptomů hyperaktivity a impulzivity souvisí se zvýšenou mírou uvědomělého jednání a snížená míra nepozornosti souvisela s vyšší mírou schopnosti inhibice. Sami autoři ale dodávají, že je třeba dalších studií k podpoře těchto hypotéz.

Pokusem o shrnutí dosavadních výsledků tréninku mindfulness u klientů s ADHD je studie Cairncrossa a Millera (2016). Ti se snažili systematizovat poznatky ohledně výsledků výzkumů mindfulness u klientů s ADHD na hlavní kategorie symptomů, tedy na nepozornost a hyperaktivitu/impulzivitu. Zjištěno bylo deset studií, které splňovaly kritéria jejich záměru (věk, pohlaví, diagnóza, kontrolní skupina a její charakteristiky; typ, délka a kvalifikace lektora mindfulness kurzu; výsledky měřící účinek v klíčových diagnostických kategoriích). Jejich výsledkem bylo zjištění středního efektu pro symptomy nepozornosti  $d = -0,66$  a pro hyperaktivitu/impulzivitu také,  $d = -0,53$ . Snížení míry nepozornosti však bylo patrné jen u dospělé populace. U obou zmíněných výstupů studie je však třeba vzít v úvahu, že test na homogenitu výsledných zjištění byl signifikantní, tudíž i závěry je třeba brát s určitou opatrností.

Opatrnost při interpretaci výsledků tréninku mindfulness zdůrazňuje i novější studie snažící se poskytnout náhled na dosavadní výzkumy v oblasti indikace mindfulness programů u dospělých klientů s ADHD (Poissant et al., 2019), přičemž uvádí 13 studií. Ačkoli všechny hlásí zmírnění symptomatiky ADHD po absolvování technik všímavosti, autoři upozorňují na odlišné designy studií, jež mohou vyústit v nevalidní výsledky. Zmínit lze např. performance bias (ve smyslu znalosti intervence participanty) a selection bias (z hlediska nereprezentativnosti vzorku). Z těch metodologických se pak jedná o různé typy a délky mindfulness programů, jejichž znění není dohledatelné, a odlišnosti zkušeností poskytovatelů kurzu mindfulness.

## Výzkumná část

Výzkumný projekt navazuje na literárně přehledovou část diplomové práce. Čtenář bude postupně seznámen s cílem studie a výzkumnými otázkami, které se staly zdrojem tvorby výzkumného designu, jehož podoba bude uvedena v další kapitole. Navazovat na ni bude popis výzkumného souboru a etická opatření. Poté bude čtenář seznámen s popisem výzkumu, včetně použitých metod sběru dat a samotnou podobou uskutečněného kurzu. Následně v rámci jednotlivých výzkumných otázek budou uvedeny způsoby, jak bylo s daty dále pracováno, což se stane východiskem pro kapitolu Výsledky. Větší prostor pro interpretaci výsledných zjištění bude věnován v diskusní části práce, včetně limitů a doporučení pro další výzkumy podobného typu.

## 5 Výzkumný problém

Odlišnosti ve studiích prospěšnosti rozvoje všímavosti na symptomatiku ADHD u dospělých klientů s touto diagnózou nás přiměly k tvorbě vlastního kurzu inspirovaného především výzkumem týmu Zylowske (2008; 2012). Nedostatečná průkaznost technik, které jsou v rámci kurzů mindfulness využívány, nás vedla k záměru provést studii tak, aby bylo zjištěno, které techniky jsou pro klienty s ADHD vhodné, jednoduché, které naopak problematické vzhledem k obtížím, které s poruchou souvisejí. S ohledem na limity předchozích studií a snahou o validní výsledky byl výzkum koncipován tak, aby výsledná zjištění byla co nejpřínosnější se záměrem využití této možnosti psychosociální intervence u dospělých klientů s ADHD.

Námi navržený výzkum osmítýdenního kurzu mindfulness uzpůsobeného dospělým klientům s ADHD se zdá být prvním takovým v České republice. Zjištěné výsledky by tak mohly doplnit paletu možností intervencí pro tyto klienty a zároveň by výstupy mohly být zdrojem inspirace pro další tvorbu kurzů mindfulness.

### 5.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Primárním cílem empirické části práce je zjistit, zda navržený kurz rozvoje všímavosti napomáhá zmírnit obtíže spojené s ADHD u dospělých klientů. Dále nás bude zajímat, zda došlo ke změně úrovně všímavosti po absolvování osmítýdenního kurzu. S několikaměsíčním rozestupem od ukončení kurzu bude provedena analýza dopadů tréninku všímavosti. Neméně podstatným cílem práce je také rozpoznat techniky, jež jsou pro klienty s ADHD vhodné, které jim činí problémy a poukázat na všeobecné problémy

spojené s technikami. Výsledná zjištění pak budou interpretována v rámci diskusní části práce.

Na základě stanovených cílů práce byly položeny tyto výzkumné otázky:

- 1) **Zvýší se úroveň všímavosti u dospělých klientů s ADHD po absolvování kurzu?**
- 2) **Změní se míra subjektivního prožívání obtíží spojených se symptomy ADHD po absolvování kurzu?**
- 3) **Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako užitečné?**
- 4) **Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako náročné?**
- 5) **S jakými obtížemi v plnění technik se dospělí jedinci s ADHD v rámci kurzu mindfulness setkávají?**
- 6) **Jaký efekt se objevuje s časovým odstupem od ukončení kurzu u dospělých klientů s ADHD?**

## 5.2 Typ výzkumného projektu

Pro účely této práce byl zvolen kvalitativní přístup, který dle Miovského (2006, s. 17) „pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnější a vnitřní reality využívá kvalitativních metod“. Využíván je v případech fenoménů, jež jsou jedinečné, neopakovatelné, dějí se v určitém kontextu. V případech, kdy se zabýváme procesem a jeho průběhem. Sám výzkumník je často součástí experimentu.

Přístup, který byl zvolen pro náš výzkumný projekt, má formu případové studie, jež je koncipována jako akční výzkum. Zakladatelem akčního výzkumu je Kurt Lewin, který ho definuje jako „srovnávací výzkum o podmínkách a dopadech různých forem sociálního jednání, výzkum vedoucí k akci“ (Lewin, 1946, s. 32). Dle Lewina jde o proces několika kroků, který má formu spirály. V první fázi jde o plánování určité akce, poté provedení samotné akce a prozkoumávání (včetně hodnocení, zjištění a posouzení dopadů dané akce, inspirace pro příští akci, celkové proměny plánu akčního výzkumu). Podstatou akčního výzkumu je hodnotit celý proces a na jeho základech zlepšit intervenci ve prospěch účastníků (McNiff & Whitehead, 2010 ).

Na model akčního výzkumu dle Lewina navazovalo několik dalších pokusů o jeho definování. Zmínit lze třeba model Kemmisa a McTaggarta z roku 1988, kteří akční výzkum popisují jako cyklický model obsahující čtyři fáze, které se opakují: plán, akce, pozorování a reflexe. Podle Hendla (2016) je akční výzkum o:

- cykličnosti (opakování kroků v určité sekvenci)
- zúčastněnosti (participanti i experimentátoři jsou účastni výzkumného procesu)
- kvalitativním pojetí (práce spíše se slovy)
- reflexi (zhodnocení procesu a výsledků je důležité pro další cyklus)

V akčním výzkumu se jeho průběhu účastní jak participanti určité intervence, tak samotný experimentátor, který se současně učí, jak zlepšit danou intervenci, aby byla pro účastníky ještě více přínosná. Tento typ výzkumu má tedy dva cíle, a to osobní a sociální. Tím osobním cílem je myšleno, aby experimentátor sám zlepšil své znalosti a dovednosti ve směru většího přínosu účastníkům takového výzkumu a zároveň změnil své chování v souladu s aktuálními zkušenostmi z výzkumu. Sociálním cílem je pak provedením akčního výzkumu naučit účastníky novému způsobu chování (McNiff & Whitehead, 2010).

Z důvodu interakce experimentátora s ostatními participanty výzkumu a nemožnosti být pouze pozorovatelem daného chování je v rámci akčního výzkumu nutné se jedinců doptávat na danou „akci“, proto je jako zdroj informací o procesu často využíván rozhovor.

V akčním výzkumu se validita ověřuje na základě toho, co bylo cílem dané akce (McNiff & Whitehead, 2010). V našem výzkumu nám v tom byl nápomocný dotazník FFMQ-15-CZ a výpovědi jednotlivých účastníků při rozhovorech, jež se staly primárními zdroji metody sběru dat (více o metodách v následující kapitole).

### 5.3 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem byli dospělí jedinci, jimž byla diagnostikována porucha ADHD. V registru organizace zabývající se léčbou dospělých jedinců s ADHD je zhruba stovka jedinců. Jejich výběr probíhal nenáhodně, na základě obeznámenosti autorky této práce s vybranými jedinci v rámci jiných služeb jim poskytovaných (EEG biofeedback, konzultace k dennímu režimu, kognitivní trénink) a prostřednictvím prezentace chystaného kurzu dvěma účastníkům skupiny pro ADHD klienty.

Stanoveným limitem autorky práce bylo sedm participantů jednoho kurzu. Do prvního běhu kurzu bylo osloveno sedm jedinců, přičemž pět z nich potvrdilo účast. Šestý z nich byl do kurzu zařazen na základě nabídky vedoucí této práce v rámci své klinické praxe. Druhý kurz byl nabídnut autorkou výzkumu dvěma účastníkům, další tři byli osloveni v rámci skupin pro ADHD klienty konzultantkou této práce. Jedním z participantů byl účastník skupiny, kterému byl prezentován chystaný kurz z prvního běhu. Sedmý účastník věděl



o chystaném výzkumu na základě neformální komunikace po jedné z běžných intervencí a sám se do něj přihlásil.

První skupina měla 6 členů (4 ženy, 2 muži) ve věkovém rozmezí od 24 do 46 let (s průměrem 34,9 let). Druhá skupina se skládala ze 7 členů (5 žen, 2 muži) ve věkovém rozmezí od 23 do 41 let (s průměrem 32,4 let). V první skupině užíval medikaci na zmírnění obtíží ADHD jeden klient (preparát Strattera). V druhé skupině užívali medikaci na zmírnění obtíží ADHD tři klienti (ve dvou případech se jednalo o Stratteru, v jednom o Concertu). Jeden účastník z první skupiny uvedl další psychiatrické obtíže, se kterými se léčí. V druhé skupině jeden účastník uvedl léčbu antidepresivy a jeden klient uvedl úzkostné a depresivní stavy, které jsou konzultovány, ale ne medikovány. Dále byli účastníci dotazováni na předešlé zkušenosti s mindfulness, přičemž v první skupině byli jen dva účastníci, kteří se do té doby s žádnou formou meditačních cvičení nesetkali, v druhé skupině měli povědomí o technikách všichni. Míra zkušeností s meditacemi se napříč skupinami lišila (od zklidňujících technik, meditací při józe až po absolvování regulérního kurzu mindfulness u dvou klientů).

#### **5.4 Etika výzkumu**

Etika výzkumu byla zajištěna informovaným souhlasem (Příloha 1). Jednotlivci byli seznámeni s principem intervence, jeho délkou, požadavky a kontraindikacemi, které by bránily kurz absolvovat. V případě problémů či otázek o vhodnosti intervence byla účastníkům nabídnuta možnost konzultace svých pochyb s klinickým psychologem.

Účastníkům byla slíbena anonymita a možnost kdykoli studii opustit bez udání důvodů. Zvláštní důraz byl kladen na informovanost jedinců, že se jedná o výzkum k diplomové práci, což sebou nese určitá specifika. Jedinci tak informovaným souhlasem zároveň stvrdili i možnost audiozáznamu pro účely závěrečné práce, který může být uchováván nejdéle po dobu jednoho roku. Dalším specifikem byla odlišná forma vedení kurzu mindfulness a role lektora kurzu jako samotného experimentátora.

Nabízené techniky vycházely z nastudované literatury a vlastních zkušeností z absolvovaného kurzu mindfulness. Jejich znění bylo vždy konzultováno s vedoucí diplomové práce doplněné o poznámky konzultantky této práce.

## 6 Popis výzkumu

Tato kapitola seznámí čtenáře jednak s metodami, které byly použity při sběru dat, jednak se strukturou realizovaného kurzu mindfulness. Metody budou v rámci podkapitoly představeny s odkazy na jejich konkrétní podobu, kterou lze dohledat v jednotlivých přílohách. Samotná podoba výzkumu bude popsána chronologicky, tedy od úvodního setkání, individuálních setkání, po závěrečné setkání a nakonec tzv. follow-up oslovení absolventů kurzu za účelem získání informací o udržení technik mindfulness s časovým odstupem od jeho ukončení.

### 6.1 Použité metody

Pro účely této práce bylo využito několik metod, a to s ohledem na typ studie a její cíle. Před samotným začátkem kurzu byly od klientů zjišťovány prostřednictvím emailu následující údaje: věk, předešlé zkušenosti s mindfulness, další komorbidní onemocnění a aktuálně užívaná psychofarmakoterapie. Tyto údaje byly shromažďovány za účelem potenciálních intervenujících proměnných, které by mohly hrát roli v míře změny množství všímavosti a pak následně i projevů symptomů ADHD. Data posloužila k popisu výzkumného souboru, ale dále s nimi nebylo pracováno z důvodu nízkého počtu participantů.

Zdrojem informací o úrovni všímavosti před a po absolvování osmitýdenního kurzu mindfulness byl standardizovaný dotazník FFMQ-15-CZ od autorů Kořínek, Benda, Žitník (2018) vyplněný účastníky na začátku a na konci kurzu. Dotazník byl převeden do online podoby (jako sdílený dokument prostřednictvím Google) a po jeho vyplnění na začátku kurzu byl účastníkům zamezen opětovný přístup k dotazníku za účelem znemožnění jeho upravování během kurzu a ovlivnění vyplňování stejného dotazníku v závěru kurzu. S vědomím nemožnosti provádět statistickou interpretaci na základě malého vzorku jedinců účastnících se kurzu byl dotazník využit k zmapování stavu intenzity všímavosti na začátku a konci kurzu a dále k předběžnému stanovení výrazných změn v jednotlivých dimenzích (faktorech) dotazníku. Jeho podrobnější popis je uveden v literárně přehledové části, v kapitole 4.2 Měření mindfulness.

Důležitým zdrojem dat se staly polostrukturované rozhovory, které byly vedeny v rámci individuálních online setkávání. Jejich znění lze dohledat v příloze 2. Účastník byl každý týden tázán na dojmy z předešlého týdne, změny v úrovni všímavosti a změny na úrovni intenzity symptomů. To sloužilo především k sledování trendů změn výše popsaných

oblastí a hlubšímu pochopení problémů během praktikování technik. Rozhovory také sloužily pro účastníky jako zdroj motivace, možnost pomoci s řešením jejich problémů a zodpovídání otázek během celého kurzu.

Společné online setkání účastníků kurzu po čtvrtém týdnu tréninku mindfulness bylo cílené především na možnosti vzájemného sdílení jednotlivých problémů. Podoba tohoto setkání je popsána dále. Pro účely výzkumu byly podstatné problémy, které byly v rámci skupiny sdíleny. Ostatní data nebyla zpracována, avšak lze se domnívat, že největšího přínosu setkání dosahovalo pro samotné účastníky (sdílení zkušeností a problémů v trénování). Zařazení jednoho společného setkání navíc v průběhu kurzu je běžnou praxí v rámci klasických kurzů mindfulness.

Dalším zdrojem dat se staly položené otázky na závěr kurzu. Otázky byly konstruovány tak, aby odpovídaly na položené výzkumné otázky (ohledně užitečnosti a náročnosti technik, dále na změny projevů ADHD po absolvování kurzu) i na to, jak byl kurz pro účastníky přínosný a v čem by mohl být přínosný ještě více. Tyto dodatečné údaje budou sloužit jako východisko pro potenciální další běhy kurzů. V krátkosti o nich bude pojednáno v kapitole Diskuse.

K hodnocení trvání účinku mindfulness v čase byli účastníci prvního (lednového) kurzu osloveni s několikaměsíčním odstupem, účastníci březnového kurzu s třítýdenním odstupem od závěrečného setkání. Účastníkům byly rozeslány emaily s pěti otázkami. Jejich odpovědi jsou zdrojem k zodpovězení šesté výzkumné otázky ohledně trvalosti účinků mindfulness v čase. Znění otázek lze nalézt v příloze 3.

V rámci kurzu bylo využíváno sdílení souborů prostřednictvím služby společnosti Google. Každý účastník měl po celou dobu přístup k těmto materiálům: excelovský soubor Kurz mindfulness, wordový soubor s formální a neformální technikou na daný týden a autorskou nahrávku.

### **6.1.1 Sdílený soubor – Kurz mindfulness**

Sdílený soubor Kurz mindfulness měl formu excelovského sešitu a byl vytvořený pro každého účastníka zvlášť. Tento excelovský soubor obsahoval čtyři záložky. Na první, jež byla identická pro každého účastníka daného kurzu, byla uvedena tabulka s formálními a neformálními technikami, které budou v rámci kurzu představeny. Struktura kurzu je k nahlédnutí v tabulce č. 2. Program kurzu byl sestaven na základě tří publikací: Roflíková a Vančurová, 2021; Williams a Penman, 2014; Zylowska, 2012. Největší důraz byl při tvorbě struktury kurzu kladen na poslední zmíněnou publikaci.

Tabulka č. 2: Struktura kurzu mindfulness (u obou běhů kurzu byla v každém týdnu dopsána i data, u společného setkání i konkrétní čas konání).

<b>Týden</b>	<b>Formální meditace</b>	<b>Neformální meditace</b>
1. týden – úvod	Všímavá konzumace pokrmu	Dělat jednu běžnou aktivitu všímavě
2. týden	Meditace dechu	Nádech a výdech před prací
3. týden	Body scan	Všímavá cesta do práce/procházka
4. týden	Meditace zvuků, dechu, těla	Prostor k nadechnutí
Společné setkání: sdílení zkušeností, společná meditace		
5. týden	Meditace myšlenek	Pozorování hodnotících myšlenek o sobě
6. týden	Meditace laskavosti	Zápis tří věcí, za které jsem vděčný/á
7. týden	Meditace nesnáží	Tabulka spouštěčů emocí
8. týden	Meditace přítomnosti	Technika STOP v běžné komunikaci
Závěrečné setkání	Závěr, rekapitulace, shrnutí	

Druhý list tohoto souboru, s názvem Záznam plnění technik, sloužil jako kontrola plnění formálních a neformálních cvičení během týdne, kam měli jedinci za úkol vyplňovat, zda daný den techniku cvičili či ne.

Další list pojmenovaný Symptomy ADHD byl vytvořen za účelem výběru tří až pěti projevů symptomů z oblasti seberegulace, nepozornosti a hyperaktivity, které by chtěli účastníci v rámci rozvoje všímavosti zlepšit. Symptomy ADHD a jejich projevy byly inspirovány Kooijim a kolektivem (2019) a Barkleyem (2015). Jejich znění ukazuje tabulka č. 3.

Tabulka č. 3: Symptomy ADHD a jejich projevy (inspirováno Barkley, 2015 a Kooij et al., 2019)

<b>Symptom ADHD</b>	<b>Projev</b>
<b>Seberegulace</b>	Impulzivita (výbušnost, hypersexualita, přejídání)
	Netrpělivost
	Prokrastinace (obtíže začít s činností)
	Přehlcení emocemi
	Vztek
	Špatné zvládnání stresu

	Výkyvy nálad
	Nízké sebehodnocení (negativní myšlenky a soudy o sobě)
	Neschopnost vyjadřovat emoce (slovní pojmenování, jak se cítím)
	Špatné plánování a organizace
	Potíže v rozhodování
	Slabé udržení motivace nad nudnými úkoly
	Neschopnost dokončit zvolené aktivity
	Nepřesné vnímání času
<b>Hyperaktivita</b>	Fyzický neklid
	Špatný spánek (mentální či fyzické zklidnění pro usnutí)
	Neschopnost odložit uspokojení (neschopnost odtrhnout se od aktivity)
	Mentální neklid (mnoho myšlenek)
<b>Nepozornost</b>	Neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu
	Špatná pracovní paměť (zapomnětlivost)
	Nedostatečné zaměření pozornosti na zvolenou aktivitu
	Denní snění
	Nedostatečné vnímání těla a tělesných pocitů
	Obtíže v komunikaci (pozornost k druhému, sdělování informací asertivním způsobem)

U vybraných projevů symptomů účastníci hodnotili míru jejich subjektivní závažnosti na desetibodové škále (0 znamenala vymizení symptomu, 10 znamenala projev symptomu v největší možné míře) v týdenních intervalech za účelem registrace jejich změny v rámci kurzu. Tento postup byl inspirován kazuistickou studií Mitchella a kol. (2015), který také využíval týdenního hodnocení změn. K tomu sloužil poslední list tabulky Záznam intenzity vybraných symptomů. Na začátku kurzu byli účastníci vyzváni k brzkému vybrání symptomů a jejich ohodnocení. Toto hodnocení nebylo v rámci výzkumu dále využito, sloužilo však jako nástroj pro systematickou sebereflexi účastníků.

### 6.1.2 Sdílený soubor – popis formálních i neformálních technik a nahrávky

Dalším sdíleným dokumentem (opět s každým účastníkem individuálně) byl popis formální a neformální techniky na daný týden včetně krátkého úvodu k objasnění důvodu a cíle jednotlivých technik. U formální techniky (meditace) byl obsahem i přepis samotné

nahrávky k meditaci pro případ jejího plnění bez nahrávky či tvorby vlastní. V závěru každého dokumentu byl věnován krátký odstavec tipům a doporučením na základě zkušeností autorů vybraných publikací. Ukázka jednoho takového souboru je k nahlédnutí v příloze 4.

Nahrávky (také sdíleny s každým účastníkem individuálně) byly inspirovány především publikací Zylowské (2012), neboť byly uzpůsobeny pro klienty s ADHD, tedy byly maximálně 12 minut dlouhé a několikrát během meditace bylo upozorňováno na možnou ztrátu pozornosti a její laskavé navrácení zpět k záměru meditace.

## **6.2 Podoba kurzu**

Kurz se skládal z úvodního online setkání se všemi účastníky, na něž navazovalo osm týdních individuálních online setkání, přičemž osmé bylo závěrečné. Před samotným začátkem kurzu byli účastníci v rámci informovaného souhlasu seznámeni se zajištěním důvěrnosti údajů, s obsahem a průběhem kurzu a s požadavky na ně kladenými z důvodu výzkumu. Níže je podrobněji popsán průběh celého kurzu.

### **Úvodní setkání**

Úvodní setkání, neboli první týden, bylo naplánováno jako hromadné setkání všech účastníků, jehož cílem bylo jednak účastníky seznámit s průběhem kurzu, informacemi týkající se rozvoje všímavosti, požadavky spojenými s výzkumem, ale i ukázkou formální a neformální techniky na daný týden (všímavá konzumace pokrmu a provádění jedné běžné aktivity všímavě – viz tabulka č. 2). Původně mělo být úvodní setkání tváří v tvář, avšak epidemiologická situace covidu-19 tomuto záměru zabránila a veškerá setkání, včetně úvodního společného, probíhala u obou běhů kurzu online přes platformu Zoom.

První setkání začalo představením lektorky (autorky této práce) a seznámením účastníků s koncepcí a délkou první lekce, která byla odhadována na hodinu. Byla prezentována etická ujistění ohledně kurzu včetně kontroly podpisu informovaných souhlasů zaslaných emailem každému z účastníků před samotným setkáním. Bylo požádáno o možnost vzájemného oslovování jmény a tykání. Poté byli účastníci vyzváni, aby se sami krátce představili a sdělili svá očekávání od kurzu. Následovala krátká prezentace o podstatě mindfulness a dále byl ponechán prostor pro otázky.

Dále byli účastníci obeznámeni se sdílením souborů prostřednictvím služby společnosti Google, jež byly představeny výše. Poté byli jedinci požádáni o brzké vyplnění dotazníku FFMQ-15-CZ, výběr projevů symptomů a ohodnocení jejich intenzity. K těmto

požadavkům byla ještě přidána prosba o včasné vyplnění jednoho sdíleného dokumentu, a to výběr termínů pravidelného individuálního online setkávání. K tomuto dokumentu měli přístup všichni účastníci, kteří si měli vybrat ideální čas možných individuálních setkávání s upozorněním na volbu takového dne a času, který bude měněn jen v nejnútnejších případech. Toto uspořádání bylo zvoleno proto, aby možnosti vyzkoušet si jednotlivé techniky byla dána stejná časová dotace, přibližně sedmi dní. Výjimkou byla první technika, na jejíž realizaci měli účastníci různou dobu možnosti provádění v závislosti na tom, na jaký den bylo naplánováno jejich první individuální setkání, které probíhalo v následujícím týdnu po prvním úvodním setkání.

Veškeré informace byly na úvodní schůzce několikrát opakovány a po jejím skončení shrnuty v emailu každému z účastníků. Informace a pokyny byly rozděleny a typograficky upraveny tak, aby bylo zřejmé, co je potřeba udělat v nejbližších dnech (vyplnění času setkávání, vyplnění dotazníku FFMQ-15-CZ, výběr tří až pěti symptomů a zaznamenání jejich aktuální intenzity). Druhá část emailu obsahovala informace, které byly pak součástí každé korespondence s účastníkem po skončení individuálního setkání (jednalo se o techniky na další týden s odkazem na sdílený dokument a autorská nahrávka s meditací pro každého účastníka). A dále odkaz na sdílený dokument – Kurz mindfulness, díky kterému měl účastník umožněn rychlý přístup k zaznamenávání pravidelnosti plnění technik.

### **Individuální setkávání**

Každotýdenní setkávání s účastníky mělo formu polostrukturovaného rozhovoru. Byly probírány okolnosti, které mohly ovlivnit plnění technik, samotné techniky, v čem byla spatřována jejich užitečnost, v čem byly pro účastníka problematické. Dále byly techniky hodnoceny na desetistupňové škále dle jejich užitečnosti pro účastníka (0 znamenala neužitečnost, 10 maximální užitečnost). Jedinci byli dotazováni na využívání autorských nahrávek a čtení sdíleného dokumentu o technikách na daný týden, především jejich doporučení. V případě problémů s realizací technik či zařazením jejich plnění do dne byly tyto obtíže konzultovány a nabízeny možnosti jejich řešení. Za účelem hlubšího zamyšlení se nad uplynulým týdnem byly kladeny otázky na překvapivý moment daného všímavého týdne a na to, za co by se daný jedinec za daný týden pochválil. Dále byly kladeny otázky na účastníkově pozorování změny v množství všímavosti po daném týdnu. Poté byla ohodnocena míra sledovaných projevů symptomů včetně komentáře k jejich změně či

stálosti. Následovala otázka na přání účastníka, zda by chtěl, aby bylo v jeho trénování do příště něco jinak.

Po těchto otázkách následovalo představení neformální a formální techniky (včetně jejího provedení s živým předčítáním dané meditace). Poté byl přenechán prostor diskusi a poznámkám k představeným technikám.

### **Společné setkání**

Společné setkání všech účastníků kurzu bylo zařazeno po čtvrtém setkání, jak se to běžně dělá v osmítýdenních kurzech mindfulness. Setkání bylo designované na jednu hodinu. V rámci něho měli účastníci možnost sdílet své zkušenosti. Po přivítání byla položena otázka na možnost nahrávání pro ty, jež se nemohou účastnit. Dále následovala neformální technika Prostor k nadechnutí, jež cílila na zklidnění účastníků a směřování pozornosti na danou hodinu. Pro účely rozpoutání diskuse a ztráty ostychu před ostatními byly lektorem postupně položeny otázky na prozatím největší překvapivý moment v rámci kurzu, co dělá účastníkům potíže v rámci kurzu a vybídnutí ostatních, jak dané věci zvládají. Dále byla položena otázka na zdroj motivace v případě, kdy chuť do trénování mindfulness opadne. Poslední otázka směřovala na to, co účastníkům v kurzu chybí, co by mohlo být jinak. Po této části následovala meditace, při které jedinci obdrželi do svých emailových schránek každý stejný odkaz na část skladby. Úkolem bylo poslouchat skladbu, sdílet zkušenosti ohledně udržení pozornosti a také zjistit, jak každý účastník může hudbu vnímat jinak. Na závěr byly jedincům představeny knihy, které představovaly východisko při tvorbě kurzu.

### **Závěrečné setkání**

Před samotným závěrečným setkáním byl jedincům poslán odkaz na opětovné vyplnění dotazníku FFMQ-15-CZ, jehož řádné vyplnění bylo zkontrolováno v rámci tohoto posledního setkání.

Úvod závěrečného setkání probíhal ve stejném formátu jako předchozí individuální setkání. Rozdíl byl jen u otázky ohledně vnímané změny množství všímavosti, kde byli jedinci vyzváni k uvedení jednak změny za daný týden, jednak celkově od začátku kurzu. Druhá část závěrečného setkání byla věnována otázkám ke kurzu jako takovému. Znění závěrečných otázek kladených účastníkům lze nalézt v příloze 5.



Jedincům byla v závěru nabídnuta možnost zaslání obou dotazníků (úvodního i závěrečného) FFMQ-15-CZ. Každému z účastníků byl poslán po skončení této hodiny i závěrečný email s body, jak udržet mindfulness ve svém běžném životě.

### **Přetrvání účinků mindfulness po skončení kurzu**

Pro zjištění trvání účinků mindfulness v čase byli účastníci lednového kurzu osloveni s několikaměsíčním odstupem od absolvování kurzu, tedy v červnu. Druhý běh kurzu byl autorkou původně plánován v únoru, ale vzhledem k časové náročnosti celého kurzu byl přesunut po skončení prvního běhu, tedy na březen. Účastníci březnového kurzu byli osloveni s dotazem na trvalost mindfulness účinků pouze s třítýdenním odstupem od ukončení kurzu, také v červnu.

## 7 Metody zpracování a analýzy dat

Metody zpracování a analýzy dat se lišily v závislosti na výzkumných otázkách. Pro přehlednost budou zmíněny výzkumné otázky a k nim náležící postupy.

### 1) Zvýší se úroveň všímavosti u dospělých klientů s ADHD po absolvování kurzu?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity následující zdroje:

- dotazník FFMQ-15-CZ administrovaný před začátkem kurzu a po jeho skončení;
- sdílený dokument – Kurz mindfulness – záložka Záznam plnění technik;
- účastníky komentované změny v úrovni všímavosti v rámci závěrečného individuálního setkání.

Hodnoty úrovně všímavosti dané vyplněním dotazníku FFMQ-15-CZ byly sčítány dle jednotlivých faktorů, které byly autory české verze validovány stejně, jako to bylo u verze původní. Jednalo se o tyto faktory: vědomé jednání, nereagování na vnitřní prožiky, pozorování, nehodnocení vnitřní zkušenosti, popisování. Dále byly sečteny u každého účastníka hrubé skóry jednotlivých faktorů na začátku kurzu a poté na konci kurzu. Sečtením všech rozdílných či stejných hodnot v rámci daného faktoru před a po absolvování kurzu u všech účastníků vznikla suma rozdílů, která ukázala, v jakých oblastech došlo k největším posunům. Více o dotazníku je uvedeno v podkapitole 4.2..

Záznam plnění technik sloužil k zjištění míry, do jaké účastníci techniky plnili, a jaká míra cvičení se ukazuje jako dostačující k tomu, aby byly změny vnímány. Za stoprocentní úspěšnost daného týdne bylo bráno plnění formální a neformální techniky alespoň šestkrát v daném týdnu. Celková úspěšnost v plnění technik pak byla vypočítána jako procentuální hodnota dána sumou všech splněných technik v rámci osmi týdnů (s výše zmíněnou benevolencí ohledně jednoho možného vynechání plnění v rámci týdne).

Změny v úrovni všímavosti popisované účastníky na závěrečném individuálním setkání byly sledovány prostřednictvím položené otázky na celkové změny. V odpovědích byly sledovány opakující se výpovědi účastníků, podle kterých byla získaná data kategorizována.

### 2) Změní se míra subjektivního prožívání obtíží spojených se symptomy ADHD po absolvování kurzu?

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity tyto zdroje informací:

- sdílený dokument – Kurz mindfulness – záložka Symptomy ADHD a záložka Záznam intenzity vybraných projevů symptomů;
- účastníky komentované změny v úrovni vybraných projevů symptomů ADHD v rámci závěrečného individuálního setkání.

Zpracování této výzkumné otázky vycházelo nejdříve ze zjištění frekvence četností volby jednotlivých projevů symptomů ADHD. Následně byly podrobněji interpretovány ty projevy, jež byly voleny nejčastěji, ale i nižšímu zastoupení určitých symptomů byl ponechán prostor pro popis změny. Rozdílné vnímání míry projevů ADHD (hodnoceno účastníky na desetibodové škále od 0 do 10 v záložce Záznam intenzity vybraných projevů symptomů) mělo být podpořeno i průběžným hodnocením jednotlivých symptomů v rámci týdnů a v závěru kurzu. Avšak z důvodu chybějící operacionalizace nebyla tato data při řešení této výzkumné otázky zpracována. Jejich hodnota ale může být spatřována jako zdroj sebereflexe pro samotné účastníky.

Těžištěm se tak staly výpovědi jednotlivých účastníků na závěrečné individuální hodině. Zpracovány byly výpovědi jak v rámci klasického polostrukturovaného každotýdenního rozhovoru, tak odpovědi na doplňující otázky k závěru kurzu, a to z důvodu mírného překryvu otázek týkajících se výsledných změn projevů symptomů ADHD. Výpovědi účastníků byly u změn projevů symptomů ADHD kódovány dle podobnosti doplněné komentáři.

### **3) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako užitečné?**

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity:

- komentáře k jednotlivým technikám v průběhu kurzu;
- otázka položená na závěrečném individuálním setkání týkající se výběru nejužitečnější formální a neformální techniky během kurzu s uvedením důvodu této volby.

Sečtením počtu voleb jednotlivých užitečných formálních a neformálních technik na závěrečném setkání byl vytvořen pomyslný žebříček oblíbenosti. Z důvodu časté nerozhodnosti účastníků o volbě právě jedné techniky byla ponechána volnost v jejich výčtu, která však nepřesahovala pět technik. Jednotlivé výpovědi k technikám byly shrnuty na základě nejčastěji se opakujících benefitů dané techniky doplněné výpověďmi z jednotlivých setkání během kurzu. K pomyslnému žebříčku užitečnosti, potažmo oblíbenosti, je vybrána vždy jedna výpověď ze závěrečného hodnocení technik. V závěru popisu užitečnosti volených formálních a neformálních technik jsou ve stručnosti uvedené

ty, které nebyly v závěru kurzu zmíněny, jež ale pro účastníky během jejich plnění také přinesly určité benefity. U těchto technik jsou využity a shrnuty komentáře z průběhu kurzu.

Tato otázka měla být původně doplněna ještě informacemi o hodnocení samotných technik na desetibodové škále (0 = nejhorší, 10 = nejlepší) v rámci kurzu. To se ale po úvaze autorky stalo pro výzkumnou otázku bezpředmětným z důvodu špatně formulovaného dotazu. Někteří účastníci totiž hodnotili užitečnost, někteří míru, jak se jim daná technika dařila. Pro samotné účastníky toto hodnocení ale mohlo být užitečné v uvědomění si prospěšnosti dané techniky pro ně samotné.

#### **4) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako náročné?**

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity:

- komentáře k jednotlivým technikám v průběhu kurzu;
- otázka na závěrečném individuálním setkání týkající se výběru nejnáročnější formální a neformální techniky v rámci kurzu s uvedením důvodu této volby.

Metoda zpracování a analýzy dat je podobná předchozí výzkumné otázce. Opět byly sečteny volby jednotlivých formálních a neformálních technik a byl tak vytvořen žebříček nejnáročnějších technik v rámci kurzu hodnocených účastníky na závěrečném setkání. Také u této otázky byla v několika případech uvedena více než jedna technika (ať už formální či neformální). Jednotlivé výpovědi k technikám byly shrnuty na základě nejčastěji uváděných problémů během jejich provádění či jejich účinku v závěru kurzu. To je doplněné výpověďmi z jednotlivých setkání během kurzu. V tabulce v části prezentující výsledky jsou vedle frekvence zmínění dané techniky a jejího pojmání jako neužitečného uvedeny konkrétní výpovědi snažící se čtenářovi přiblížit, v čem náročnost spočívala. I zde jsou v popisu dle účastníků nejnáročnějších formálních a neformálních technik vypsány ty, jež nebyly v závěru zmíněny, které však účastníkům dělaly problémy během kurzu, a bylo tak náročné je plnit. Shrnutí tak byly i výpovědi k těmto technikám.

#### **5) S jakými obtížemi v plnění technik se dospělí jedinci s ADHD v rámci kurzu mindfulness setkávají?**

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity:

- průběžné komentáře z individuálních polostrukturovaných rozhovorů;
- výčet řešených problémů na společném setkání účastníků a v průběhu kurzu

Zodpovězení této výzkumné otázky předcházela hluboká analýza všech výše zmíněných setkání za účelem shrnout do kategorií nejčastější problémy vyskytující se během

kurzu. Na základě toho byly vytvořeny tři kategorie: obtíže spojené se strukturou kurzu, s prováděním technik, s nahrávkami.

**6) Jaký efekt se objevuje s časovým odstupem od ukončení kurzu u dospělých klientů s ADHD?**

Pro zodpovězení této výzkumné otázky bylo využito:

- odpovědí na emailovou zprávu týkající se efektu tréninku všímavosti s určitým časovým odstupem od absolvování kurzu.

Pro zodpovězení této výzkumné otázky byly využity odpovědi účastníků na otázky položené v dodatečném emailu. Z důvodu nízké návratnosti odpovědí (celkem čtyři) byly informace shrnuty do prostého výčtu témat, která se v odpovědích opakovala.

## 8 Výsledky

Následující text bude členěn podle výzkumných otázek, které byly stanoveny autorkou této práce. Pro větší přehlednost a orientaci v textu budou pojímány jako podkapitoly.

### 8.1 První výzkumná otázka

#### 1) Zvýší se úroveň všímavosti u dospělých klientů s ADHD po absolvování kurzu?

Z celkového počtu dvanácti jedinců kompletně vyplnilo dotazník FFMQ-15-CZ jedenáct. Jeden účastník neohodnotil při prvním vyplňování (na začátku kurzu) otázku č. 12 s komentářem: „*Necítím se nikdy rozrušený, jen občas naštvaný, tak nevím, co mám napsat.*“. V závěrečném hodnocení však tuto položku vyplnil a ohodnotil míru frekvence střední hodnotou, tedy „někdy“. Dotazník tohoto účastníka není zahrnut do celkového hodnocení změny intenzity všímavosti.

Rozmezí, v jakém účastníci hodnotili svou všímavost na základě dotazníku FFMQ-15-CZ, se pohybovalo od 26 do 43 bodů (průměrný skóre 36,36), což odpovídá dle Kořínka a kol. (2018) pátému až patnáctému percentilu všímavosti v běžné populaci. Hodnoty hrubých skóre po absolvování kurzu byly od 34 do 62 bodů (průměrný skóre 47,27), což odpovídá pátému až pětadevadesátému percentilu. Celková úroveň všímavosti se u deseti účastníků dle vyplnění dotazníku FFMQ-15-CZ zvýšila v rozmezí od 7 do 20 bodů, u jednoho účastníka snížila o 1 bod.

Plnění formálních a neformálních technik, jejichž provádění bylo na začátku kurzu ustanoveno alespoň na šestkrát týdně, vyplňovali jedinci do sdílené tabulky. Deseti jedincům, u kterých byla dle dotazníku zjištěna vyšší hodnota všímavosti, se dařilo plnit (tedy alespoň šestkrát do týdne) formální techniky z 54,17 % až 97,92 %, neformální ze 37,5 % až 100 %. Účastník s nižším hodnocením celkové úrovně všímavosti dle dotazníku plnil formální techniky z 77,08 % a neformální z 64,58 %.

Dle hodnocení jednotlivých složek všímavosti se největší rozdíly v hodnocení dotazníku před a po kurzu ukazují u **vědomého jednání** (suma rozdílů všech jedenácti dotazníků je 27 bodů, přičemž jen u dvou účastníků nebyl zaznamenán posun), dále u úrovně **nereagování na vnitřní prožitky** (suma rozdílů všech jedenácti dotazníků je 26 bodů, přičemž u jednoho účastníka byl zaznamenán pokles intenzity této úrovně všímavosti o jeden bod, u dvou účastníků nebyl zaznamenán posun) a **pozorování** (suma rozdílů všech jedenácti dotazníků je 26 bodů, přičemž u jednoho účastníka byl zaznamenán pokles

intenzity této úrovně všímavosti o dva body, u jednoho účastníka nebyl zaznamenán posun). Menší změny se pak ukazují u kategorie **nehodnocení vnitřní zkušenosti** (suma rozdílů všech jedenácti dotazníků je 21 bodů, přičemž u jednoho účastníka byl zaznamenán pokles intenzity této úrovně všímavosti o dva body, u jednoho účastníka nebyl zaznamenán posun). Nejméně se ukazuje posun v úrovni **popisování** (suma rozdílů všech jedenácti dotazníků je 16 bodů, přičemž u jednoho účastníka byl zaznamenán pokles intenzity této úrovně všímavosti o tři body, u třech účastníka nebyl zaznamenán posun). Shrnutí nabízí tabulka č. 4 včetně průměrných hodnot jednotlivých složek všímavosti hodnocených jedenácti účastníky na začátku kurzu a po jeho absolvování.

Tabulka č. 4: Průměrné změny hodnot složek mindfulness daných FFMQ-15-CZ před a po absolvování kurzu (včetně sumy rozdílů daných složek před a po absolvování kurzu) jedenácti účastníky.

Složky mindfulness dle FFMQ-15-CZ	Průměrná hodnota před absolvováním kurzu	Průměrná hodnota po absolvovaném kurzu	Suma rozdílů v hodnocení před a po absolvování kurzu	Počet účastníků hodnotících zvýšenou úroveň všímavosti	Počet účastníků hodnotících stejnou úroveň všímavosti	Počet účastníků hodnotících sníženou úroveň všímavosti
Vědomé jednání	5,55	8,00	27	10	2	0
Nereagování na vnitřní prožitky	5,64	8,00	26	9	2	1
Pozorování	10,00	9,82	26	10	1	1
Nehodnocení vnitřní zkušenosti	9,27	11,18	21	10	1	1
Popisování	8,45	9,91	16	8	3	1

Výpovědi jednotlivých účastníků o míře všímavosti byly shrnuty na základě závěrečného hodnocení kurzu společně s komentáři k jednotlivým kategoriím v tabulce č. 5. Z dvanácti účastníků kurzu dva účastníci uvedli, že se všímavost u nich nijak nezměnila, avšak u obou z nich bylo zvýšení hodnoty všímavosti dle FFMQ-15-CZ, a to o 7 a 10 bodů. Ostatní popisovali vyšší úroveň všímavosti.

Za nejčastější uváděnou změnu v chování a jednání po absolvování kurzu mindfulness účastníci uváděli, že díky dovednosti zastavit se zpomalili, zklidnili se a začali jednat více

s rozmyslem. Začali si uvědomovat, zda opravdu dělají to, co mají a plánovat kroky budoucí. Toto zastavení bylo nápomocné ve zpřítomnění a lepším vnímání času. Dále přispělo i k rozvoji všímavosti vůči sobě a okolí (zintenzivnění prožitků).

Uváděny byly dále změny v úrovni všímavosti vůči externím podnětům (vůně květin, studená sprcha, setkávání těch samých lidí, sledování konverzace ostatních), a to i díky změně návyků (procházka bez poslouchání hudby). Všímavost se prohloubila i vůči sobě samým. Jedinci si začali více uvědomovat své pocity (stres), tělesné vjemy (uvolňování během meditace, objevení bolesti), propojení těla a emocí (jak tělo reaguje ve stresu). Více docházelo k uvědomění si spouštěčů vedoucích k určitému chování.

Pozorovatelné jsou změny v oblasti přijetí. Ať už se jednalo o přijetí tělesného vzhledu u jednoho účastníka, tak např. upozadění tzv. vnitřního kritika u druhého účastníka. Akceptace byla patrná i vůči vnějším nepříjemným okolnostem, které účastníci během kurzu zažívali.

Dále se podle závěrečného hodnocení jednoho účastníka dařilo podstoupit od svých pocitů a myšlenek, další účastník uváděl změnu v nižší míře hodnotících myšlenek. Prostřednictvím popisování stavů útěku pozornosti od slibovaného záměru jako důsledek ADHD jeden účastník zmiňuje klidnější mysl a pojmání více věcí s nadhledem.

Tabulka č. 5: Kategorizace změn v projevech všímavosti po absolvování kurzu doplněné komentáři účastníků.

<b>Projevy všímavosti po absolvování kurzu</b>	<b>Příklady komentářů</b>
Zastavení se	<p>„Vše je o zpomalení a zklidnění, pak si uvědomíš, co chceš a potřebuješ.“</p> <p>„S ADHD se stále za něčím ženeš a tohle Ti pomáhá zastavit se, zamyslet se a uvědomit si, co dál.“</p> <p>„Vnímám víc čas a kolik jsem ho promarnil u počítače.“</p>
Všímavost vůči externím podnětům	<p>„Více pozoruji, co se kolem mě děje.“</p> <p>„Více čichám, co je kolem.“</p>
Všímavost vůči vlastní osobě	<p>„Uvědomuju si, jak na mě tlačí stres.“</p> <p>„Všímám si více propojení emocí a těla.“</p>
Přijetí	<p>„Když budu tělo ignorovat, tak to neznamenaá úplnou katastrofu.“</p> <p>„Jsem k sobě mnohem laskavější.“</p>



Poodstoupení a nehodnocení	<p>„Uvědomila jsem si úzkostné myšlenky, představy a pocity a trochu se mi dařilo od nich poodstoupit.“</p> <p>„Změnu vnímám v nehodnocení myšlenek.“</p>
----------------------------	---

## 8.2 Druhá výzkumná otázka

### 2) Změní se míra subjektivního prožívání obtíží spojených se symptomy ADHD po absolvování kurzu?

Účastníci kurzu na jeho počátku měli za úkol vybrat si tři až pět projevů symptomů ADHD z nabízených kategorií: nepozornost, hyperaktivita, seberegulace (toto členění bylo inspirováno Kooijim et al., 2019 a Barkleyem, 2015). Tyto symptomy byly participanty v rámci kurzu sledovány a hodnoceny pro pozorování změn jejich intenzity na desetibodové škále (0 = symptom se neprojevuje, 10 = symptom se projevuje v největší možné míře).

Za nejčastěji uváděný projev, který chtěli kurzem mindfulness účastníci ovlivnit, byla prokrastinace, kterou uvedlo deset jedinců z dvanácti. V pořadí frekvence volby jednotlivých projevů v rámci symptomu seberegulace byla volena impulzivita (čtyřikrát), dále netrpělivost a slabé udržení motivace nad nudnými úkoly (obojí třikrát). Projev impulzivity byl jedním účastníkem rozdělen na impulzivu v přejídání a na impulzivu chápanou jako výbušnost (při zpracování výsledků však bylo obojí započítáno jako jeden projev).

V kategorii nepozornost byl nejčastěji volen projev špatné pracovní paměti, a to pětkrát. Ve třech případech bylo vybráno nedostatečné zaměření pozornosti na zvolenou aktivitu a rovněž ve stejném počtu případů neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu. Jeden účastník postrádal kategorii kognitivní flexibility (chápal ji jako přepínání mezi činnostmi), která se zdá nejbližně právě výše zmíněné neschopnosti soustředění se na vybranou činnost po delší dobu, a proto je zde uváděna, ale není zahrnuta k počtu výběru tohoto projevu.

Nejčastějším projevem ADHD symptomu hyperaktivity, který chtěly účastníci v rámci kurzu mindfulness sledovat a zlepšit, byl mentální neklid. Tři účastníci si vybrali neschopnost odložit uspokojení. Přehled počtu výběru projevů všech symptomů je k nahlédnutí v tabulce č.6.

Tabulka č. 6: Přehled četnosti volby projevů symptomů ADHD.

Symptom ADHD	Projev	Počet výběru
<b>Seberegulace</b>	Prokrastinace (obtíže začít s činností)	10
	Impulzivita (výbušnost, hypersexualita, přejídání)	4
	Netrpělivost	3
	Slabé udržení motivace nad nudnými úkoly	3
	Přehlcení emocemi	2
	Výkyvy nálad	2
	Nízké sebehodnocení (negativní myšlenky a soudy o sobě)	2
	Nepřesné vnímání času	2
	Vztek	1
	Špatné plánování a organizace	1
	Neschopnost dokončit zvolené aktivity	1
	Špatné zvládání stresu	0
	Neschopnost vyjadřovat emoce (slovní pojmenování, jak se cítím)	0
	Potíže v rozhodování	0
<b>Nepozornost</b>	Špatná pracovní paměť (zapomnětlivost)	5
	Neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu	3
	Nedostatečné zaměření pozornosti na zvolenou aktivitu	3
	Obtíže v komunikaci (pozornost k druhému, sdělování informací asertivním způsobem)	2
	Denní snění	1
	Nedostatečné vnímání těla a tělesných pocitů	1
<b>Hyperaktivita</b>	Mentální neklid (mnoho myšlenek)	5
	Neschopnost odložit uspokojení (neschopnost odtrhnout se od aktivity)	3
	Špatný spánek (mentální či fyzické zklidnění pro usnutí)	2
	Fyzický neklid	1

Následující text je věnován změnám v jednotlivých projevech symptomů ADHD po absolvování kurzu doplněný komentáři jednotlivých účastníků.

**Prokrastinace** jako nejčastěji volený projev ADHD, jež chtěli účastníci rozvojem všímavosti ovlivnit, se u sedmi jedinců snížila, dva účastníci si nejsou efektem mindfulness v rámci tohoto projevu jistí. Jeden účastník popisující snížení míry prokrastinace uvedl, že díky zvědomění a zpřítomnění pochopil, že když provede nepatrnou drobnost z úkolu, který by normálně odložil, zabrání tak odkládání činnosti (*„V prokrastinaci mi pomohlo zvědomění a zpřítomnění...Pochopil jsem, že to nejmenší může být trapně malé.“*). Další dva účastníci uvedli, že samotná prokrastinace neustoupila, ale díky tomu, že se dokážou ve dni zastavit, jsou schopni si uvědomit odkládání a dále odlišit podstatné od méně podstatného (*„Díky zastavení si uvědomíš, co děláš. A vyhodnotíš, co je důležité a co nedůležité.“*). Dva účastníci hodnotili zlepšení v prokrastinaci z důvodu většího uvědomění času, jeden z nich pak dodal, že i díky uvědomění si toku času lépe plánuje a prioritizuje práci (*„Prokrastinace se malinko zlepšila. Více vnímám mrhání<sup>1</sup> časem.“*). Dvě účastnice hodnotí s nejistotou nápomocnost mindfulness v prokrastinaci, přičemž jedna z nich uvedla, že se možná intenzita odkládání věcí zlepšila v důsledku přesnějšího časového odhadu (*„Možná, že si všímám, kolik času je na co potřeba.“*).

Projev **špatné pracovní paměti** jako další z nejčastěji volených symptomů se u dvou účastnic podle jejich výpovědi změnila ve prospěch snadnějšího zapamatování, udržení a vzpomínání (*„Honí se mi méně myšlenek. Hlava je více prázdná. Častěji odcházím z domu a všechno mám.“*). Dva účastníci uvedli, že ačkoli nepocítují změny v kvalitě pracovní paměti, jeden z nich si více uvědomuje nutnost jejího trénování (*„Pracovní paměť je stejná, ale daleko více mám na paměti, že to potřebuju hlídat.“*). U druhého se začaly objevovat momenty, kdy zjistil, že nevnímá, a tudíž si danou věc nepamatuje (*„Více se načapu, že nevnímám.“*).

Třetím nejčastěji sledovaným projevem ADHD byl **mentální neklid**. Změny v jeho projevu zmiňují čtyři účastníci z pěti. Jedna účastnice uvádí, že v důsledku zastavení se je schopná se více soustředit, uvědomit si, kolik myšlenek má a postupně je třídit na užitečné a neužitečné (*„Díky zastavení se dovedeš myšlenky třídit. Uvědomíš si, že jich je tolik, a myšlenky osekáš.“*). Dva účastníci komentují, že samotný mentální neklid neustoupil, ale že kurzem získali nástroje, jak s tím pracovat (*„Mentální neklid se zlepšil, protože s tím umím pracovat. Ale jinak mám stejně myšlenek.“*). Další účastnice hodnotí techniky

---

<sup>1</sup> Původně byl použit vulgární výraz

mindfulness nápomocné v redukci mnoha myšlenek, které ji souběžně zaměstnávaly („*Když provádím techniky, pomáhá mi to redukovat počet myšlenek, ale celkově se jejich počet nezměnil.*“).

**Impulzivita**, která byla dvěma účastnicemi pojímána jako forma výbušnosti a dvěma účastnicemi jako forma výbušnosti a přejídání se, se u prvních dvou účastníků změnila. Změna byla v celkovém zklidnění, v jednom případě vedla k zastavení imaginativních agresivních scénářů vůči druhým v momentech rozrušenosti („*Zvládám líp. Umím zastavit agresivní scénáře. Snažím se víc mít rád lidi. Stále si řeknu, že jsou tupí, ale snažím se je pochopit.*“).

**Netrpělivost** po skončení kurzu byla vnímána jednou účastnicí jako nižší, ale jen v momentech, kdy pravidelně cvičila techniky mindfulness („*Lepší, ale musím dělat ty techniky.*“). Změnu v **slabém udržení motivace nad nudnými úkoly** popisoval jeden účastník. Díky kurzu si více uvědomil automatickou představu o obsahu úkolu, od které se mu dařilo podstoupit a tím daný úkol zvládnout („*Díky lepší introspekci si uvědomuju, jak udržet motivaci, uvědomit si, že nejsou třeba tak nudný*“). Zmírnění **výkyvů nálad** se objevilo u dvou účastníků v důsledku schopnosti zastavení se v impulzivních reakcích („*Díky malým zážitkům zastavení se zklidníš.*“). Snížená intenzita **nízkého sebehodnocení** se projevila u dvou účastníků. Jedna účastnice uvádí příčinu v praktikování meditace laskavosti, druhý v lepším uvědomění, odkud tyto myšlenky pocházejí („*Když se vynoří ruminace, tak si uvědomím, odkud přicházejí.*“). **Nepřesné vnímání času** bylo hodnoceno jedním účastníkem jako jiné v tom, že si ho lépe uvědomuje („*Nejsem tolik ve stresu, lépe si čas uvědomuju.*“). U druhého účastníka došlo k posunu ve vnímání času v rámci dne, avšak týdne už ne („*Lépe vnímám čas v rámci dne, ale týdne už ne.*“). Projev **vzteku** byl účastnicí na konci kurzu hodnocen ještě jako horší než před začátkem („*Možná ještě horší, než když mi bylo osm.*“). Změnu popisovala účastnice, která sledovala projev **neschopnosti dokončit zvolenou aktivitu**. V důsledku zpomalení a zkoncentrování si uvědomovala, kolik práce má ještě nedokončené („*Je to o tom zpomalit, zkoncentrovat a zjistit, kolik toho mám ještě rozdělaného.*“).

U symptomu nepozornosti byly dále hodnoceny tyto změny projevů na konci kurzu. **Neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu** byla jedním účastníkem hodnocena jako nezměněná, ale častěji si uvědomoval útek pozornosti a vracel se zpět k dané aktivitě („*Nezlepšila se. Ale častěji si to uvědomím a vrátím se zpátky.*“). Míra **nedostatečného zaměření pozornosti na zvolenou aktivitu** byla jednou účastnicí hodnocena jako nižší, avšak stále u této účastnice přetrvávaly chyby z nepozornosti („*Je to*

*dobré, ale stále dělám chyby.“). **Obtíže v komunikaci** se u jedné účastnice změnilы ve prospěch klidnější a vědomější komunikace s čitelnějším projevem („*Mám lépe čitelný projev, jsem pomalejší. Dovedu se stáhnout z rychlosti konverzace.“*). Velký posun vnímal účastník ve sledovaném projevu **nedostatečného vnímání těla a tělesných pocitů** v tom ohledu, že přestože dál zapomíná na potřeby těla (jídlo, pití), uvědomuje si nutnost saturace těchto potřeb v rámci dnů a ne týdnů („*Sice stále zapomínám jíst a pít, ale uvědomuju si to v rámci dnů a ne týdnů. Cítím velký posun.“*).*

Mezi další volené projevy hyperaktivity byla kromě mentálního neklidu i **neschopnost odložit uspokojení (odtrhnout se od aktivity)**. Jeden účastník reportoval snížení intenzity tohoto projevu ADHD („*Zlepšilo se. Celkově mám méně puzení k tomu tyto aktivity dělat.“*). **Špatný spánek**, který souvisel u obou účastníků s množstvím myšlenek před usnutím, byl mindfulness dle jejich výpovědí ovlivněn v obou případech. Jeden z nich reportoval změnu v oblasti schopnosti odpoutat se od myšlenek a lépe plánovat včasný odchod do postele („*Více se to snažím menezžovat.“*). V druhém případě účastnice potvrzovala vliv mindfulness na spánek v tom ohledu, že u usínání, při kterém si pravidelně pouští mluvené slovo, je schopna vnímat hlas a nerozbíhají se jí tolik myšlenky („*Snadněji se vracím k mluvenému slovu, a tím se mi nerozbíhají myšlenky.“*).

Nad rámec těchto zjištění v rámci sledovaných symptomů byly u účastníků zjištěny následující změny. Ačkoli nepřesné vnímání času bylo sledováno dvěma účastníky, uvádí ho i další účastník s tím, že si více uvědomuje, jak mu protéká čas mezi prsty. Problémy s plánováním, které byly sledovány jednou účastnicí a shledány bez rozdílu po absolvování kurzu, se naopak změnilы k lepšímu u pěti účastníků. Zdrojem změny byla především dovednost zastavení se. Shledána byla větší míra laskavosti k sobě samé u jedné účastnice, aniž by tento projev v rámci kurzu sledovala. Zjištěny byly stavy celkového zklidnění. Ke změně v oblasti samotné pozornosti se přímo vyjádřili dva účastníci. Jeden z nich ji hodnotí jako lepší z důvodu nádechu a výdechu před danou aktivitou, díky čemuž se uklidní a lépe se na ni soustředí. Avšak vzápětí dodává, že stále určité chyby z nepozornosti dělá. Další účastník odpověděl, že koncentrace je lepší, protože není již tolik přehlcený.

Dvě účastnice popisovaly absenci jakékoli změny po absolvování kurzu. U jedné se jednalo o sledování těchto projevů: netrpělivost, špatné plánování, mentální neklid, neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu, obtíže v komunikaci. Druhá účastnice sledovala tyto symptomy: prokrastinace, slabé udržení motivace nad nudnými úkoly, neschopnost soustředění se na vybranou činnost po delší dobu, nedostatečné zaměření pozornosti na zvolenou aktivitu, špatná pracovní paměť.

Zhoršení symptomatiky ADHD a jejich projevů bylo zaznamenáno u dvou účastnic. Jedna účastnice začala více vnímat vztek, druhá účastnice prostřednictvím většího uvědomování svého těla zcitlivěla vůči kousnutí hmyzem. A dále dodává, že mezi jednou z možných příčin její zvýšené nepozornosti (opomenutí vypnutí sporáku) je mindfulness.

Závěrem je důležité poznamenat, že míra zlepšení či zhoršení je dána subjektivním hodnocením jednotlivých účastníků. Podstatnou roli v intenzitě změn v rámci projevů symptomů ADHD dále hraje způsob provádění technik a frekvence, s jakou byly během kurzu plněny. Tyto skutečnosti jsou předmětem diskusní části diplomové práce.

### 8.3 Třetí výzkumná otázka

#### 3) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako užitečné?

V závěrečném hodnocení byly nejčastěji zmiňovány tyto formální techniky (doplňené informacemi z průběžných individuálních setkání), tabulka č. 7. V devíti případech probandi neuváděli jen jednu formální meditaci.

Tabulka č. 7: Seřazení formálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich užitečnosti doplněné relevantními komentáři.

Název formální techniky	Počet zmínění	Příklady komentářů
Meditace dechu	7	„Uvědomění si, že dech je takový přechod mezi tím, co jsem dělal a co budu dělat.“
Meditace přítomnosti	4	„Nejvíce komplexní a nejvíce uklidňující, zlepšuje pozornost.“
Meditace zvuku, dechu a těla	4	„Trénování přesouvání pozornosti.“
Meditace body-scan	4	„Hodně věcí, na které se můžu soustředit.“
Meditace laskavosti	3	„Zlepšuje to náladu k lidem, kteří mě rozčilují.“
Meditace myšlenek	3	„Uvědomění si, kolik myšlenek mám a jak málo odpočívám.“
Všímavá konzumace pokrmu	1	„Je to základ toho propojit se s vlastním tělem.“

**Meditace dechu** byla nejčastěji uváděnou technikou, kterou klienti hodnotili jako užitečnou, a to z důvodu jednoduchosti a zároveň praktičnosti v tom, jak je zaměřování na dech uklidňující a podporuje vnímání těla. Dále, dech je něco, k čemu se dá vždy vrátit.

Zaměřování na dech bylo také vnímáno jako určitý „restart“ hlavy v tom, co člověk dělal a co hodlá dělat dále.

**Meditace přítomnosti** byla hodnocena za užitečnou z důvodu svojí komplexnosti a různorodosti. Z toho důvodu byla i dvěma účastníky v průběhu kurzu připodobněna neformální technice Prostor k nadechnutí. Vedla k uvědomění, jak důležité je vracet se k dechu i v běžném životě. Byla vnímána jako meditace vhodná ke zklidnění a zamyšlení nad tím, co se právě teď kolem jedince a v něm samotném děje. Užitečnost byla spatřena i ve zlepšení kvality pozornosti. Kladné odezvy na její praktikování byly shledány i v jednoduchosti směřování pozornosti na více podnětů.

**Meditace zvuků, dechu a těla** byla popisována jako užitečná z důvodu svojí rozmanitosti a tréninku soustředění a směřování pozornosti. Vedla jedince k zpřítomnění a trénování neposuzování zvuků. Díky své podstatě soustředění se i na externí vjemy byla považována za jednodušší a ne tolik osobní.

**Meditace body-scan** byla zmiňována pro své účinky na zklidnění, zastavení se a trénování zaměřenosti. Jako její výhodu vnímali probandi možnost směřovat pozornost na více míst. V případě mnoha myšlenek dopomohla k jejich zastavení. Nápomocná byla k uvědomění si těla jako celku a i toho, že tělo není vnímáno dostatečně. Zaměřením se na bolestivou oblast a jejím následným prodýcháváním ustupovaly s ní spojené nepříjemné pocity.

**Meditace laskavosti** byla hodnocena za přínosnou z důvodu její samotné podstaty, tedy posílání laskavých přání blízkým osobám a dále za rozvíjení přátelských vztahů k druhým osobám. Napomohla také k uvědomění si vztahu sám k sobě a tělesných pocitů objevujících se při posílání přání různým osobám.

**Meditace myšlenek** byla jako jediná meditace považována za užitečnou jen v druhém běhu kurzu. Vedla k uvědomění, jak mysl pracuje, kolik myšlenek se za malou chvíli v mysli objeví a jak jejich množství ovlivňuje stav jedince. Pozorováním myšlenek jako mraků bylo docíleno čisté mysli. Prostřednictvím této techniky si někteří účastníci kurzu zvědomili, že myšlenky jsou jen myšlenky, jak odstup od myšlenek omezuje automatické emocionální reakce a jak pojmenování myšlenky (zařazení do kategorie) bylo nápomocné v nerozvíjení asociativních myšlenek a hodnotících soudů.

Jedna účastnice hodnotila jako nejvíce pro ni užitečnou **techniku všímavé konzumace**, protože chápala tuto techniku jako základ k propojení s vlastním tělem. Tato technika vedla také u dvou jedinců k uvědomění si, že spolu s konzumací ještě dělají další

aktivity (sledování televize), přičemž u jednoho klienta díky této technice došlo k omezení sledování televize při jídle.

Čtyři jedinci pojímali za přínosné více než jednu techniku. Jeden účastník hodnotil meditaci dechu a meditaci body-scan za nejpřínosnější z důvodu klidu a zaměřenosti, které mu tyto techniky přinášely. Tyto dvě techniky byly zmiňovány i jiným účastníkem v souvislosti s užitečností pro pozorování svého těla. Za prospěšné byly považovány dalším jedincem všechny meditační techniky, které se nezaměřovaly jen na jednu věc, ale pozornost byla soustředěna na více oblastí, jedná se o meditaci zvuků, dechu a těla a dále meditaci přítomnosti. Další účastník vnímal meditaci dechu, meditaci myšlenek a meditaci přítomnosti za shodné (pracoval u nich s principy obsahu všech tří meditací).

**Meditace nesnází** nebyla v závěrečném hodnocení zmíněna ani jedním účastníkem jako přínosná, byla hodnocena jako náročná. V průběžném hodnocení technik ale účastníci díky jejímu praktikování zaznamenávali propojenost těla a emocí. Dva účastníci ji hodnotili jako užitečnou jen v určitých situacích (když se nějaká nesnáz opravdu v ten den objevila) a jen při určitém naladění (při špatné náladě pomohla účastníka zpřítomnit a prozkoumat více danou nesnáz).

V závěrečném hodnocení byly nejčastěji zmiňovány tyto neformální techniky (doplněné informacemi z průběžných individuálních setkání), tabulka č. 8. V pěti případech probandi neuváděli jen jednu neformální meditaci. Jeden účastník považoval všechny neformální techniky za důležité a užitečné.

Tabulka č. 8: Seřazení neformálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich užitečnosti doplněné relevantními komentáři.

Název neformální techniky	Počet zmínění	Příklady komentářů
Tři věci, za které jsem vděčný/á	4	„Pomáhá rozvíjet pozitivní přístup k životu.“
Nádech a výdech před prací	4	„V prokrastinaci mi to pomáhá se usměrnit a říct si cíl.“
Prostor k nadechnutí	3	„Můžu se zde schovat a to mě uklidňuje. Uvědomím si, co vše dělám najednou. Pomáhá to s prioritizací.“
Všímavá cesta do práce/procházka	2	„Všímám si více věcí kolem sebe.“



Technika STOP v běžné komunikaci	1	„Dávám si pozor, jaká slova používám, jaký mám tón hlasu, když mluvím.“
Zápis hodnotících myšlenek o sobě	1	„Když jsem si je napsal, uvědomil jsem si, jaká to je blbost.“
Všímavá běžná aktivita	1	„Je to základ toho propojit se s vlastním tělem.“

Neformální technika **tří věcí, za které jsem vděčný/á** patří k nejčastěji uváděné technice, která byla účastníky pokládána za užitečnou. Vedlo to u jedinců k uvědomění si, za co vše mohou být vděční a pravidelné provádění techniky přispělo k objevování těchto momentů zastavení i během dne. Její provádění na konci dne vedlo k zrekapitulování dne. Její klady jsou shledávány i ve změně pojmání svého života pozitivněji.

**Nádech a výdech před prací** se řadí také k jedné z nejčastěji uváděných technik, co do užitečnosti. Její klady jsou spatřovány v jednoduchosti a efektivnosti se zřetelným výsledkem. Aplikovatelnost má široké využití nejen před prací, ale i před jakoukoli aktivitou. U jednoho z účastníků provádění této techniky před spaním vedlo k zjištění, že přehlcení externími vjemy je důvodem oddalování spánku. Technika nádechu a výdechu před aktivitou pomohla v zastavení se a urovnání myšlenek, na co je potřeba se soustředit. Toto zastavení vedlo u účastníků i k tvorbě realističtějších plánů a k lepší prioritizaci úkolů na daný den.

**Prostor k nadechnutí**, který byl v závěrečném hodnocení zmíněn třikrát, lze i tak považovat za užitečnou techniku, jelikož někteří z účastníků zaměňovali tuto techniku za nádech a výdech před prací. Jeho užitečnost je shledávána ve zklidnění myšlenek a promyšlení dalších kroků, k lepší prioritizaci a rekapitulaci aktivit na daný den. Dále její praktikování vedlo k uvědomění, čemu je v danou chvíli věnována pozornost a zda se neodklonila od původního záměru. Díky své univerzálnosti se dá použít kdykoli a kdekoli. Napomáhá ke zpřítomnění. Vytváří prostor, ve kterém se lze schovat, zklidnit, uvědomit si své myšlenky. Vede k porozumění emocím.

**Všímavá cesta do práce/procházka** byla pro jedince přínosná v uvědomění si prostředí, ve kterém žijí a jak se dají jednotlivé smysly během chůze zapojit do vnímání věcí kolem sebe. Užitek byl spatřován ve zklidnění a pohroužení se do sebe sama i uvědomění si nedostatku přírody.

**Technika STOP v běžné komunikaci** vedla k uvědomění si toku konverzace, volby slov a tónu hlasu. Přestože během hovoru bylo pro účastníky si těžké na techniku

vzpomenout, zpětně měli dva účastníci tendenci hovor analyzovat, což vedlo následně k pochopení záměru sdělované zprávy.

**Zápis hodnotících myšlenek o sobě** vedlo k uvědomění si automatických myšlenek, procesů a postojů vůči své osobě, vedoucí k určitým emocím a zjištění jejich irelevantnosti.

**Všímavá běžná aktivita** byla během kurzu účastníky vnímána jako zajímavá, vedoucí k většímu prožitku z jednotlivých aktivit, soustředění se na počitky na těle a vnímání dechu. Její užitečnost byla ale v závěrečném hodnocení zmíněna jen jedním účastníkem a pojmána jím jako základ pro spojení se s vlastním tělem.

Jediná neformální technika, která nebyla uvedena v závěrečném hodnocení jako užitečná, je **tabulka spouštěčů emocí**. Přestože k ní byly zaznamenány spíše negativní komentáře vzhledem k její náročnosti, během kurzu vedla účastníky k uvědomění si negativních vzorců chování a z čeho pramení. Také sloužila ke zpětnému ohlédnutí se, jak určité věci byly řešeny účastníkem v minulosti a jak v současnosti. Nápomocná byla v rozpoznávání a vyjadřování emocí.

## 8.4 Čtvrtá výzkumná otázka

### 4) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako náročné?

V závěrečném hodnocení byly nejčastěji zmiňovány tyto formální techniky (doplňené informacemi z průběžných individuálních setkání), tabulka č. 9. Ve čtyřech případech probandi neuváděli jen jednu formální meditaci.

Tabulka č. 9: Seřazení formálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich náročnosti doplněné relevantními komentáři.

Název formální techniky	Počet zmínění	Příklady komentářů
Meditace nesnází	8	„Když jsem měla blbý den, tak jsem se do toho dostala snadno, ale ještě jsem se v tom vykoukala. Když jsem měla dobrý den, tak se mi do toho nechtělo. Je to kontraproduktivní a násilný.”
Meditace laskavosti	5	„Spouštělo to hodně hodnotících myšlenek, jediná meditace, u které jsem brečel.”
Meditace myšlenek	2	„Pozorovat myšlenky je příliš abstraktní. Nedokážu si myšlenky představit jako mraky.”

Všímavá konzumace pokrmu	1	„Mám zvyk jíst a přitom koukat na televizi.“
Meditace přítomnosti	1	„Mám pocit, že jak to není řízené, tak je to složité. Už je to takové profi.“
Body-scan	1	„Je to dlouhé, těžké udržet pozornost.“

Za nejčastěji uváděnou meditaci, která se účastníkům zdála náročná a její absolvování problematické, byla **meditace nesnáží**. A to především z důvodu negativních emocí, které její praktikování způsobovalo. Její malá obliba tkvěla v nevěli vracet se do minulosti a znovu si vybavovat negativní události. Jejím praktikováním se stav pojmání nesnáže ještě prohloubil a ústil v nepříjemné emoce a vjemy v těle. Problémem bylo také vracet se k této technice několikrát v týdnu, a to z důvodu její povahy. Během sezení účastníci uváděli, že pro ně bylo těžké vybrat středně těžkou nesnáz, která je nezahltí. Mimo to nebyli po jejím praktikování vidět hned výsledky. Vyžadovala mnoho energie, jež byla vyčerpána samotným soustředěním na danou techniku, ale na práci s nesnází pak už nezbyl prostor. Vedla k zahlcení emocemi. Oproti ostatním technikám nevedla ke zklidnění.

**Meditace laskavosti** byla druhou nejčastěji uváděnou meditací v závěrečném hodnocení formálních technik z hlediska jejich náročnosti a problematičnosti. Tři účastníci zmiňovali v závěrečném hodnocení největší problém přát sám sobě. Meditace u jednoho účastníka vedla k uvědomění si absence blízkých lidí, kterým by poslal laskavé přání, což vedlo k negativním emocím. Její praktikování spustilo u jednoho účastníka hodně hodnotících myšlenek o sobě, což vedlo k silným negativním pocitům. Posílání laskavých přání druhým osobám bylo dvěma účastníky pojmáno jako ironické. Problémy se vyskytovaly v prožitku pozitivních emocí vůči druhým, a tak byl průběh meditace hodnocen jako technický, bez emocí.

Zmínění **meditace myšlenek** jako náročné techniky se v konečném hodnocení objevilo u dvou účastníků z důvodu obtíží pracovat s abstraktními věcmi v mysli (myšlenkami) a rozptýlením pozornosti při připodobnění myšlenek jako mraků. V tomto případě odváděla uvedená představa pozornost od záměru pozorovat myšlenky. Účastníkům v průběhu kurzu dělalo problémy soustředit se na jednu myšlenku, protože při této snaze se jich objevilo hned několik. Anebo byl opačný problém, a to, že při snaze soustředit se na myšlenky, se žádné neobjevovaly. Z těchto důvodů bylo těžké u myšlenek udržet pozornost.

**Všímavá konzumace pokrmu** byla uvedena jedním účastníkem. Náročnost byla shledávána v jejím provádění z důvodu narušení zvyku jezení při sledování televize. I pro další tři účastníky během kurzu byla technika v tomto ohledu obtížná. Její náročnost byla

spatřována v jejím provádění u těch účastníků, jež nemají pravidelný jídelní režim, protože upomínky na její provedení nebyly funkční. Technika byla vnímána jako banální a povrchní.

**Meditace přítomnosti** byla v závěrečném hodnocení uvedena jen jednou. Pro účastníka byla těžká v tom ohledu, že nebyla řízená a ponechávala odpovědnost na jeho vlastní pozornosti, kam a na co se zaměří. Tím docházelo k zahlcení myšlenkami. Rušivá se ukázala během jejího provádění návodnost nahrávky, na co lze směřovat pozornost (ačkoli pro některé to bylo spíše nápomocné). Při provádění meditace bez nahrávky utíkaly myšlenky. Problém byl spatřován u jednoho účastníka v soustředění se na meditací navrhovanou věc a přitom vnímat svůj dech.

**Body-scan** byl pojímán jedním účastníkem v závěru kurzu za náročný z důvodu roztržité pozornosti při soustředění se na tělo a zároveň jeho prozkoumávání pomocí pomyslné “baterky”. Ačkoli se mělo jednat jen o ulehčení představy prozkoumávání těla, vedlo to k rozptýlení pozornosti. Během kurzu byla účastníky technika vnímána jako příliš dlouhá (nahrávka měla 12 minut), těžko se u ní držela pozornost po tak dlouhou dobu. Myšlenky při jejím provádění utíkaly, objevovaly se pocity svědění nebo se neobjevovaly pocity žádné. U jednoho účastníka technika vedla k panickým příznakům v momentech, kdy se měly určité oblasti v těle tzv. prodýchnout.

V závěrečném hodnocení náročnosti technik nebyly uvedeny meditace dechu a meditace zvuků, dechu a těla. I ty byly pro klienty v něčem náročné a problematické. U **meditace dechu** byl problém s udržením pozornosti pouze na dech. U **meditace zvuků, dechu a těla** bylo náročné soustředit se na zvuky, když v okolí žádné výrazné nebyly nebo účastník prováděl nahrávku se sluchátky, čímž zvuky eliminoval.

V závěrečném hodnocení byly dále nejčastěji uváděny jako náročné tyto neformální techniky (doplněné informacemi z průběžných individuálních setkání), tabulka č. 10. Ve čtyřech případech probandi neuváděli jen jednu neformální techniku. Jeden účastník ani jednu z neformálních technik nepovažoval za náročnou.

Tabulka č. 10: Seřazení neformálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich náročnosti doplněné relevantními komentáři.

Název neformální techniky	Počet zmínění	Příklady komentářů
Tabulka spouštěčů emocí	9	<i>„Na neformální aktivitu to už vyžadovalo moc. Nedokázala jsem odlišit myšlenky od emocí.“</i>
Technika STOP v běžné komunikaci	2	<i>„Nevěděla jsem, jak si ji připomenout.“</i>
Zápis hodnotících myšlenek o sobě	2	<i>„Když jsem měl špatnou náladu, tak dělat ještě tohle, tak by mě to dorazilo.“</i>
Všímavá procházka	1	<i>„Bylo těžký to usoustředit. Když jsem přidal další smysl, tak se mi to rozpadlo.“</i>
Prostor k nadechnutí	1	<i>„Nedokázala jsem si zapamatovat jednotlivé kroky techniky.“</i>

Za nejčastěji zmiňovanou neformální techniku, kterou účastníci v závěrečném hodnocení uváděli jako náročnou, byla **tabulka spouštěčů emocí**. Její náročnost byla sledována v samotném aktu vyplňování. Byla účastníky vnímána jako aktivita, která vyžaduje více energie, všímavosti během dne, což bylo náročné. Problémy se vyskytovaly v rozlišení jednotlivých emocí i oddělení myšlenek od emocí. Problematické bylo vzpomenout si na nějakou událost a popsat ji v daných aspektech. V případech negativní situace se účastníci nechtěli vracet k momentům vyvolávajícím negativní emoce. Efektivita techniky byla třemi účastníky zpochybnována. Pro účastníky bylo často náročné najít událost v daném dni, která by byla hodna takového rozboru. Čekáním na takovou událost pak není technika flexibilní a špatně se plánuje její provedení. Byla také vnímána jako náročná k pochopení.

Technika **STOP v běžné komunikaci** byla hodnocena za náročnou z důvodu vybavení si její aplikace přímo v komunikaci. Často si na ni jedinci vzpomněli až po konci konverzace, u některých však došlo alespoň díky této technice ke zpětné analýze hovoru. Účastníci si dále stěžovali na nemožnost vyzkoušení si techniky STOP v hovoru kvůli omezeným kontaktům v důsledku koronavirové situace. Její znění bylo vnímáno dvěma účastníky jako složité, což vedlo u jednoho z nich k vynechání častého praktikování techniky, u druhého k pozměnění a zjednodušení její verze na nádech a výdech.

**Zápis hodnotících myšlenek** byl náročný v oblastech souvisejících s vlastní hodnotou účastníků. Dva účastníci během jejího zkoušení popisovali potenciál této techniky zhoršit psychický stav jedince. Pro tři účastníky to již byla technika známá z psychoterapie, tudíž pro ně nebyla nijak efektivní. U této techniky byl problém v pravidelném zapisování a údajné absenci hodnotících soudů o své osobě.

Náročnost **všímavé procházky** uvedl jeden účastník s tím, že bylo obtížné se soustředit na jednotlivé smysly během chůze, aniž by mu myšlenky nevyvolávaly další asociace. Problematické bylo její plnění z důvodu jejího provádění v době, kdy bylo nařízeno omezení pohybu osob kvůli koronavirové situaci. Avšak účastníci byli podporováni ji vyzkoušet i při jakémkoli pohybu po bytě či při jiné tělesné aktivitě. Obtíže činilo soustředit se na jednotlivé smysly v případech, kdy účastníci byli doprovázeni dalšími lidmi. Jeden z účastníků snažil se o všímavou cestu do práce byl natolik zahlcen myšlenkami na práci, že se nedokázal soustředit a všimat si jednotlivých smyslových vjemů. Neefektivnost techniky byla spatřována v nedosahování ničeho konkrétního. Pro účastníky bylo těžké si na techniku vzpomenout.

**Prostor k nadechnutí** byl jednou účastnicí v závěrečném hodnocení vnímán jako náročný z hlediska struktury dané techniky, která byla těžko uchopitelná. Tyto komentáře se vyskytovaly i během kurzu s tím, že bylo těžké si souslednost jednotlivých kroků zapamatovat. Strukturovanost byla vnímána negativně a problémy činilo oddělit emoce od myšlenek. Z hlediska její aplikace ve stresových situacích, o jejímž použití byli účastníci informováni, došlo k jejímu využití až po několika týdnech používání. Po týdnu provádění bylo náročné si ve vypjatých situacích na techniku vzpomenout.

U dalších neformálních technik, které nebyly zmíněné v rámci závěrečného hodnocení, se participanté potýkali s následujícími problémy. U **všímavé aktivity** dva účastníci během jejího provádění zapomněli, že si dali záměr být k dané aktivitě všímaví a vzpomněli si až s odstupem několika desítek minut. Technika byla vnímána jako nudná a v případě výběru všímavé aktivity spojené s vodou (mytí rukou, sprchování) se při jejím, ač příjemném provádění, objevovaly obavy o spotřebě vody. U techniky **nádech a výdech před prací** bylo pro účastníky obtížné si vzpomenout na její provedení. Dvě účastnice ji hodnotily jako pro ně neefektivní z důvodu toho, že právě nepracují (mateřská dovolená). Jeden účastník uvedl, že mu samotná technika nepomáhá, ale uvědomění, že ji má dělat, ho vedlo k tomu, aby si rozmyslel, na čem má v úmyslu dál pracovat. U **zápisu tří věcí, za které jsem vděčný/á** bylo obtížné pro účastníky zapisovat jednotlivé události, vybírat stále

nové věci. Tři jedinci popisovali, že techniku provedli, ale spíše technicky než se zapojením emocí.

## **8.5 Pátá výzkumná otázka**

### **5) S jakými obtížemi v plnění technik se dospělí jedinci s ADHD v rámci kurzu mindfulness setkávají?**

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda existují problémy nad rámec jednotlivých technik u kurzu mindfulness uzpůsobeného pro dospělé klienty s ADHD, které by mohly být zdrojem poznání, jak adaptovat tyto kurzy do budoucna tak, aby se eliminoval počet problémů odstranitelných samotným designem kurzu. Návrhy změn plynoucí z uvedených problémů budou předmětem diskusní části této práce.

Obtíže byly rozděleny do kategorií, které byly určeny na základě opakujících se témat spadajících do dané oblasti.

#### **Obtíže spojené se strukturou kurzu**

Objevovaly se potíže s motivací věnovat se po osm týdnů meditacím a s postupujícím časem bylo účastníky uváděno, že začínají techniky vnímat jako povinnost. Stejně tak celý týden se věnovat jedné formální a neformální technice bylo označováno za nudné. Kdyby se mohly střídat během týdne, bylo by to osvěžující. Vyskytly se i komentáře k podobě kurzu, jež by mohl být přínosnější, kdyby se celý odehrával formou skupinových setkání anebo alespoň více skupinových setkání včetně závěrečného. Zatímco online setkávání bylo spatřováno některými účastníky jako výhoda, pro některé byla tato forma nevyhovující, a vedla k nižší motivaci.

#### **Obtíže spojené s prováděním technik**

Problémy vyskytující se v rámci provádění konkrétních technik byly součástí výzkumné otázky č. 3. Zde budou uvedeny ty problémy, jež se vyskytovaly u více technik a které souvisely s jejich praktikováním.

Všeobecně byl problém si na techniky vzpomenout. Náročné bylo pro účastníky najít správný čas a místo, kdy a kde se budou jednotlivým technikám věnovat. V případech změny prostředí a podmínek (trávení určitého času u rodičů, prarodičů) bylo obtížné pro jedince znovu nastolit režim provádění technik. Problémy se objevovaly s plněním formálních a neformálních cvičení v momentech, kdy byli účastníci zahlceni jinou prací či okolnostmi, a rozvíjení všímavosti tím bylo odsunuto.

Obtížné byly pro jedince ty techniky, které se nedaly naplánovat, především u těch participantů, jejichž režim dne pozbývá určité pravidelnosti. Dále činily problémy neformální techniky vázané na aktivitu, při které, když si účastník nevzpomněl v daný moment jejího provádění, nemohl ji v ten den už splnit (např. všímavá aktivita sprchování). Za náročné byly označovány techniky, které vyžadovaly něco navíc (zápis do tabulky). Zatímco jeden účastník uváděl jako náročné udržet pozornost na více věcí najednou (např. u meditace myšlenek sledovat myšlenky jako mraky a přitom se koncentrovat na myšlenky), někteří uváděli, jak je pro ně těžké udržet pozornost jen na jedné věci (např. u meditace dechu sledovat jen dech).

### **Obtíže spojené s nahrávkami**

Přestože délka jednotlivých nahrávek nikdy nepřesáhla délku, jakou Zylowska (2008, 2012) používala ve svém kurzu, u některých nahrávek (především u techniky body-scan, která trvala 12 minut) se objevovaly stížnosti na jejich délku. V některých případech účastníkům nevyhovovala délka načasování pauz, ve kterých měla proběhnout koncentrace na určitou věc (např. u meditace laskavosti padla stížnost na nedostatečně dlouhý prostor pro posílání laskavého přání sám sobě). Objevovaly se kritické poznámky k nadměrnému množství mluveného slova, ale i obráceně, na dlouhé pauzy mezi jednotlivými instrukcemi. Dále byl uváděn problém s rozptýlením pozornosti při krátkých upomínkách během meditace na navrácení se zpět k dechu v případě, že se mysl během meditace zatoulala. Jednomu účastníkovi nevyhovovalo tykání a zvuk oznamující začátek a konec meditace.

### **6) Jaký efekt se objevuje s časovým odstupem od ukončení kurzu u dospělých klientů s ADHD?**

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, jaké trendy se ukazují u účastníků určitou dobu od konce kurzu. Jak již bylo výše zmíněno, odpovědi na tyto otázky byly obdrženy pouze od tří účastníků lednového kurzu. Další, stručná odpověď, byla získána od jedné účastnice při střetnutí v rámci jiné služby dané organizace. Stejně, jako hodnotila kurz na konci, tedy že žádné změny po kurzu necítí, tak odpověděla při dotazu na zasláný email. Techniky nijak nevyužívá.

Předmětem následujícího textu je stručné shrnutí zasláných odpovědí tří účastníků lednového kurzu mindfulness.

Všichni tři účastníci sdělili, že se mindfulness i nadále věnují. Jedna účastnice popisuje využívání technik 3-5x týdně, přičemž si je plánuje, avšak stále častěji je využívá účelově, tedy v rámci různých situací využívá různé techniky. Stejně tak i další účastník uvádí využívání techniky meditace přítomnosti v momentech, kdy je zaseknutý a nedokáže se do



jakékoliv práce pustit. Třetí účastník uvádí nepravidelné využívání technik, avšak několikrát týdně.

Z neformálních technik bylo zmíněno praktikování nádechu a výdechu před prací, Prostor k nadechnutí, všímavé procházky, všímavé konzumace pokrmu. Z těch formálních byla konkrétně uvedena meditace přítomnosti, body-scan a meditace zvuků, dechu a těla.

Projevy symptomů ADHD se ani u jednoho z účastníků nezměnily. Jedna respondentka uvádí, že ačkoli se samotné projevy nezmírnily, změnil se styl, jakým přistupuje k věcem (zastavit se, zamyslet se, uspořádat myšlenky a na základě toho jednat více racionálně). Pro dalšího účastníka byl kurz spíše o náhledu na to, co se mu v rámci ADHD v hlavě děje a jak s tím pracovat. Třetí účastník si není jistý změnou projevů z důvodu mnoha faktorů ovlivňujících projevy ADHD.

Při zpětném ohlédnutí na to, co si klienti z kurzu pamatují, byly uvedeny jednak již výše zmíněné techniky a dále jeden účastník komentoval jako důležitou informaci, že se mindfulness dá praktikovat kdykoli a kdekoli a že je lepší dělat něco málo než nic.

Na poslední otázku ohledně dalších komentářů, které by mohly být přínosné v rámci cíle výzkumu, jeden účastník odpověděl, že by uvítal častější kontrolu během týdne (2x za týden), která by ho vedla k pravidelnějšímu plnění technik.

## 9 Diskuse

Tato část diplomové práce se zaměří na detailnější interpretaci celého výzkumu, doplněnou komentáři a doporučeními pro případnou realizaci podobného kurzu pro dospělé jedince s ADHD. Začátek tohoto oddílu bude patřit objasnění výběru designu výzkumu, poté se zaměří na výběr a charakter výzkumného souboru, následovat budou komentáře ke struktuře a podobě kurzu. Pro lepší přehlednost budou další komentáře a případné interpretace děleny dle jednotlivých výzkumných otázek, jejichž obsahem budou i odůvodnění a vysvětlení záměru pro výběr jednotlivých metod sběru dat. Součástí interpretace zjištění v rámci výzkumných otázek jsou i limity výzkumu, netvoří tak samostatnou podkapitolu.

### 9.1 Design studie a metody sběru dat

Původně měl mít kurz podobu kazuistické studie. Ovšem velký zájem ze strany jednotlivců přesáhl limity kazuistické formy práce. Nakonec se autorce zdálo vhodnější využít formu akčního výzkumu, který není v oblasti psychologie tolik používaný (spíše v pedagogice a sociálních vědách), leč pro účely takto navrženého výzkumu nejvhodnější (McNiff & Whitehead, 2010).

Metoda sběru dat vycházela z autorčina návrhu. Inspirací byly výzkumy, jež se snažily u svých účastníků různými metodami zachycovat míru plnění technik (jako např. u výzkumu Crane et al., 2014, kde kurzisté na vytištěný papír s předepsanými technikami na daný týden zaškrtovali, zda zadanou techniku v příslušný den provedli), avšak vybraný druh záznamu přes sdílený dokument Google nebyl prozatím v žádné studii sledován. Autorce se zdál nejrychlejším, nejdostupnějším a nejméně zatěžujícím způsobem, jak data od jednotlivců získávat obzvláště v kontextu vládních opatření vyvolaných pandemií, kdy osobní setkání nebyla možná a naopak on-line způsob práce se stal pro mnohé dennodenní normou. Stejně tak ani sledování projevů symptomů ADHD samotnými účastníky není běžnou praxí takto koncipovaných výzkumů (nanejvýš kazuistických). Ty jsou často ve výzkumech sledovány prostřednictvím vyplňování výkonových baterií testů pro zjištění míry projevů ADHD před a po absolvování kurzu, či dotazníků mapujících životní spokojenost, depresivitu apod (Bueno et al., 2014; Zylowska et al., 2008). I tento způsob sběru dat by mohl do budoucna přinést hodnotné výsledky, avšak v typu výzkumu převyšujícího cíle diplomové práce.

Důvodem, proč nebylo možné čerpat zdroje inspirace k metodologii a vyhnout se tak limitům, které jsou s ní spojené, shledává autorka v podobě kurzu, který byl z výzkumných

důvodů postaven na individuálních setkáních. Jednotlivé metody a jejich užití včetně budoucích návrhů změn jsou uvedeny dále v textu.

## 9.2 Účastníci

Výběr účastníků do kurzu byl nenáhodný. Volba oslovení jednotlivých účastníků probíhala na základě znalosti, odhadu jejich spolehlivosti kurz dokončit a odhadu prospěšnosti této intervence. Kurz započalo 13 jedinců, dokončilo ho 12 (jedna účastnice z lednového kurzu na páté a následující setkání již bez udání jakékoli informace nedorazila). Přestože se zdá být tento způsob výběru nešťastným, několik účastníků během individuálních setkání uvedlo, že s vědomím toho, kdo výzkum dělá, pravidelněji plnili techniky a účastnili se individuálních setkání, i když se jim nechtělo.

Přestože byla od účastníků sbírána data ohledně věku, zkušeností s mindfulness, dalších onemocnění a užívání léků, nebyla tato data dále zpracována, ani ověřována jejich pravdivost. V případě zjišťování souvislostí s účinností mindfulness u jedinců s komorbidními poruchami k ADHD by bylo vhodné doplnit údaje anamnézou účastníků. Zajímavým, ale také nezjišťovaným údajem, by mohl být typ ADHD (dle DSM-5).

V informovaném souhlasu byly uvedeny kontraindikace, pro které by neměl být kurz s takovým jedincem započat (akutní fáze deprese, posttraumatická stresová porucha, jiné závažné psychické obtíže). Po úvodním setkání jeden účastník kontaktovat autorku této práce s pochybami ohledně participace na kurzu z důvodu řešení svých psychických obtíží s několika odborníky. Jednalo se nejen o ADHD, ale i o závislost na marihuaně. Jelikož účastník si nebyl jist zvládnutím kurzu, bylo mu nabídnuto kurz vyzkoušet. Do výzkumu byl přizván, protože v danou chvíli již několik měsíců abstinovat. Jeho účast na individuálních setkáních byla ovlivněna jeho závislostí jednou v polovině kurzu, kdy se účastník nepřipojil z důvodu intoxikace (tato informace byla autorce sdělena po pěti dnech prostřednictvím e-mailu, účastník ale dál chtěl v kurzu pokračovat). Následující týdny pak byly ovlivněny občasným užitím marihuany.

Výraznější rozlady, ztráta motivace i větší míra nepozornosti než doposud se objevily v polovině kurzu u jedné účastnice. Jelikož v malé míře zvládala plnit techniky, byly hovory často směřované k okolnostem jejího života. Možnost předčasného ukončení kurzu nebyla účastnici nabídnuta z důvodu vnímané nestability a křehkosti její psychiky během koronavirové situace. V závěru sama uvedla, že jí mindfulness nic nepřineslo, ale že jí dělalo radost, že si mohla s někým popovídat.

### 9.3 Podoba a struktura kurzu

Struktura kurzu byla inspirována Zylowskou (2012), jež ve své knize představuje techniky pro jednotlivé týdny. Protože její kurz probíhal klasicky formou osmitýdenních hromadných setkání po 2,5 hodinách, je zřejmé, že v rámci této časové dotace zvládla s účastníky vystřídat více technik, které také uvádí ve své publikaci. Zylowskou prováděné techniky nebyly rozděleny na formální a neformální, ale na meditace a další cvičení. Meditace byly autorkou nahrávány dle přepisu v její publikaci, případně doplněné textem z jiných meditací souvisejících s daným druhem meditace (čerpáno bylo především z nahrávek z knihy Williams & Penman, 2014 a dále Roflíková & Vančurová, 2021). Za neformální techniky byly vybrány ty, jež se mohly provádět každý den tak, aby byly lehčeji splnitelné pro jedince s ADHD, jež často mají obtíže zařadit do svého denního režimu aktivity, které mají nepravidelný průběh. Tyto techniky vycházely především z knihy Zylowské (2012), Prostor k nadechnutí byl využit z knihy Williamse a Penmana (2014).

Podoba kurzu byla ovlivněna epidemiologickou situací covidu-19. Původně mělo být úvodní setkání „tváří v tvář“ v prostorách organizace, kterou drtivá většina účastníků znala. Autorce se zdálo vhodnější, aby se všichni navzájem alespoň jednou fyzicky viděli. Nakonec ale byla zvolena forma online verze celého kurzu, která byla až na jednu z účastnic kvitována.

Avizovaná délka setkání byla na 40 minut, v některých případech však dosahovala hodiny. Stávalo se, že klienti museli být usměrňováni z důvodu časové dotace, která byla autorkou poskytnuta.

Přestože byla dána struktura individuálních setkání otázkami polostrukturovaného rozhovoru, některé z nich nebyly využity vždy (jedná se o otázky, které nejsou zvýrazněné, viz příloha 2), některé z nich přestaly být pokládány, když se několik účastníků shodlo, že jsou opakovaně dotazováni na to samé (jednalo se o otázku: „Pozoruješ nějaké změny v životě?“). Až v polovině prvního kurzu byl rozhovor doplněn ještě o otázky využitelnosti doporučení psaných v rámci sdíleného souboru formálních a neformálních technik. Nápomocnost doporučení byla zjišťována pro účely potenciálních budoucích kurzů mindfulness.

## 9.4 Výzkumné otázky

Čtvrtý oddíl diskuse je věnován interpretacím jednotlivých výzkumných otázek a doplněn komentáři k užití daných metod. Uvedena jsou i doporučení v případě tvorby podobných kurzů.

### 1) Zvýší se úroveň všímavosti u dospělých klientů s ADHD po absolvování kurzu?

První výzkumná otázka si kladla za cíl zjistit, zda úroveň všímavosti na konci kurzu bude vyšší, a tím tak ověřit účinky této metody na dospělých klientech s ADHD. K tomu bylo využito několik metod sběru dat, které budou dále okomentovány.

Pro hodnocení úrovně všímavosti byl zvolen dotazník FFMQ-15-CZ jako jediný dotazník užívaný pro měření úrovně mindfulness v České republice. Jeho administrace probíhala před a po absolvování kurzu. Přestože autoři krátkou verzi nedoporučují v případech měření jeho jednotlivých faktorů, byl v práci tímto způsobem využit. Účelem bylo zjistit jen relativní změny v oblasti všímavosti. Dalším důvodem zadání kratší verze byla jeho úspornost a vyvinutí menšího úsilí koncentrace pozornosti, což je u jedinců s ADHD zasažená oblast.

Dotazník byl třemi účastníky hodnocen jako složitý k pochopení (skladbou vět). Z autorčina pohledu je sporná otázka č. 13. *Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor.* Její význam může být chápán dvěma způsoby, buďto se jedinci nestává, že by nedával pozor, tudíž pokud je hodně všímavý, zaškrtnl by odpověď *téměř nikdy*, za což by obdržel pět bodů odpovídajících vysoké úrovni všímavosti. Pokud by ale otázka byla chápána ve smyslu, že díky vysoké úrovni všímavosti je jedinec schopen se přistihnout v momentech, kdy nedává pozor, zvolil by tedy odpověď *téměř vždy*, neodpovídalo by bodové hodnocení, v tomto případě jeden bod, vysoké míře všímavosti.

Úvodní vyplňování dotazníku muselo být autorkou kontrolováno, jelikož ve třech případech se ukázalo jeho vyplnění nekompletní z důvodu vynechání či opomenutí odpovědi na některé z otázek. Ze zpětné vazby účastníků, kterým byla tato skutečnost připomenuta, se nezdá, že by šlo o účelné nevyplnění, spíše tedy o projev ADHD (nepozornost, nudná činnost apod.). Jeden účastník nedovedl odpovědět na jednu z otázek dotazníku z důvodu absence pocitu rozrušenosti (otázka č. 12). Tato skutečnost s ním nebyla bohužel více rozebrána, a proto zůstal jeho dotazník nekompletní.

Přestože účastníci měli omezený přístup k opětovnému vracení se k dotazníku, byl ponechán v jejich sdílené složce po určitý čas. Změny v hodnocení by byly autorce patrné

na základě ukládání a zobrazování dat posledních úprav v rámci sdíleného souboru. Nic takového nebylo zjištěno. Avšak vyplněné dotazníky si mohli účastníci stáhnout do svých zařízení, a tím být ovlivněni v závěrečném vyplňování stejného dotazníku. Změna ve prospěch této intervence nebyla jedincům „zaslepena“, tudíž mohl nastat i případ, že jedinci hodnotili dotazník ve prospěch očekávaného výstupu. Jedna účastnice v závěrečném hodnocení uvedla, že hodnotila dotazník lépe než na začátku z důvodu špatné nálady při jeho prvním vyplňování. Jelikož se jedná o sebehodnotící dotazník, míra sebereflexe účastníků mohla také ovlivnit jeho vyplnění.

Nejvyšších hodnot sum rozdílů v hodnocení před a po absolvování kurzu bylo dosaženo v následujících složkách všímavosti (dané dotazníkem FFMQ-15-CZ): vědomé jednání, nereagování na vnitřní prožitky, pozorování (tato kategorie sice dosahovala jako jediná menšího průměrného bodového hodnocení po absolvování kurzu, ale to z důvodu jejího ohodnocení jednou účastnicí jako o tři body nižší než na začátku), dále pak nehodnocení vnitřní zkušenosti a popisování.

Snahou autorky bylo jednotlivé výpovědi účastníků na konci kurzu kategorizovat do těch, jež byly dány složkami všímavosti dotazníku FFMQ-15-CZ. Avšak odpovědi účastníků se dle autorčina názoru nedaly jednoznačně přiřadit, jelikož výpovědi by často mohly spadat do více těchto složek. Proto byly vytvořeny nové kategorie, které necílí být novým konceptem pojmu mindfulness, ale slouží jako shrnutí často se opakujících odpovědí. Dle výpovědí účastníků se zdá být schopnost zastavení se tím, co je přimělo k přítomnějšímu prožívání života, většímu vnímání sebe i okolí. Toto zastavení se zdá být nejzásadnějším principem celého kurzu a celkového vnímání změny projevů ADHD, které bude více rozebráno v následující výzkumné otázce. Z popisu účastníků o vnímaném benefitu schopnosti zpomalení a zastavení by se dala tato kategorie připodobnit složce vědomého jednání použitého dotazníku. Všímavost vůči externím podnětům by pak mohla být obsahem složky pozorování. Ostatní autorkou vytvořené kategorie, jako je všímavost vůči vlastní osobě, přijetí či poodstoupení a nehodnocení, se zdají být komplexnější, a tudíž obtížně přiřaditelné k jednotlivým složkám všímavosti dle dotazníku FFMQ-15-CZ. Podobných výsledků v daných oblastech dosáhl i Heparik a jeho kolegové (2015). Ti použili KIMS, jehož znění lze nalézt v kapitole 4.2., a pozorovali u účastníků změny ve dvou složkách mindfulness jím definovaných, a to uvědomělé jednání a pozorování. Složka pozorování se ale ukázala jako statisticky nevýznamným mediátorem v popisované snížené míře projevů ADHD. Důvodů, proč u některých složek nebyla zaznamenána přílišná změna, může být několik (techniky nesměřovaly k rozvoji mindfulness v daném směru, účastníci si nejsou

vědomí změny apod.). Z autorčina pohledu se však jedná o čas věnování se technikám, který byl příliš krátký na projevení výraznějších změn v úrovni všímavosti, stejně jako se domnívá Heparik a kol. (2015).

Sdílený soubor Záznam plnění technik měl sloužit k zjištění, s jakou frekvencí jedinci v rámci týdne cvičili a jak se frekvence odráží v jejich úrovni všímavosti. Inspirací byly studie, jež se záznamy množství splněných technik také pracovaly. Např. účastníci ve studii Crane a kol. (2014) odškrtovali splnění technik do papírového formuláře, Day a kol. (2014) využívali online prostředí k zaznamenávání provedení zadaných cvičení. Dále plnil funkci zpětného ohlednutí se na míru, s jakou se technikám účastníci věnovali, což pro ně v mnoha případech mělo motivující charakter (ať už se jednalo o nízkou frekvenci, která je motivovala k dosažení lepšího „skóre“ v dalším týdnu, či vysokou frekvenci, jež některé nutila neslevovat ze svého nasazení). Několikrát během setkání bylo popisováno, že techniky plnili z důvodu výzkumu a obavy z nepoužitelnosti svých záznamů v rámci autorčina výzkumu. Jde o to se tedy zamyslet, zda nešlo čistě o mechanické plnění technik, což bylo v některých případech účastníky také popisováno. Míra frekvence se stala také informací ohledně relevantnosti výpovědi o dané technice. Komentáře těch, jež danou formální či neformální techniku vyzkoušeli jen s lektorkou, nebyly brány v potaz.

Procentuální míru četnosti, s jakou jedinci cvičili, je nutné brát jen orientačně. Za první proto, že některé týdny cvičili jedinci i jiné techniky či více dohromady. Dále v zaznamenávání plnění technik vznikla nejasnost ohledně toho, zda v den, kdy probíhala konzultace účastníka s lektorkou, mají být plněny ještě techniky z minulého týdne nebo už ne a zda v den, kdy probíhala tato konzultace, v rámci které je zkoušena nová technika, si lze považovat její provedení za splněné. Toto je vnímáno jako pochybení na straně autorky a do příště by chtělo vyplňování jasněji definovat. Z těchto i výše zmíněných důvodů (jako je kvalita provedení techniky, obtížné posouzení splnění techniky) zůstává ambiciózní cíl týkající se míry frekvence trénování formálních a neformálních technik potřebných ke změně množství všímavosti nezodpovězen.

## **2) Změní se míra subjektivního prožívání obtíží spojených se symptomy ADHD po absolvování kurzu?**

Druhá výzkumná otázka byla cílena na užitek tréninku mindfulness ke změně prožívání projevů symptomů ADHD. Výčet obtíží, jak byly účastníkům prezentovány, byl inspirovaný Kooijim a kol. (2019) a Barkleyem (2015). Lze se ale domnívat, že určité projevy by mohly spadat i pod jiné symptomy, a proto nejsou ve výsledcích interpretovány změny v oblasti symptomů, nýbrž samotných projevů. Účastníkům bylo nabídnuto sledovat

tří až pět projevů symptomů. Jeden účastník si vybral čtyři, ostatní využili maximální možné hranice výběru pěti projevů. Jedna účastnice si jich vybrala devět z důvodu zvýšeného zájmu o sledování více projevů. Do celkového hodnocení bylo započítáno jen pět projevů, které byly zaznamenány v tabulce Záznam intenzity vybraných projevů symptomů.

Míra subjektivního prožívání byla účastníky od začátku kurzu a pak v týdenních intervalech sledována a hodnocena na desetibodové škále (0 = vymizení projevu, 10 = nejvyšší intenzita projevu). Účelem mělo být sledování trendu, v jakém se projevy mění a s jakou výslednou hodnotou budou účastníci kurz končit, podobně jako Mitchell a kol. (2015), kteří ve své kazuistické studii ponechali účastníky hodnotit na škále celkovou týdenní změnu osmnácti projevů symptomů ADHD. Avšak v průběhu sledování se ukazovalo, že se jedná o změny ve vysoké míře závislé na externích vlivech (zhoršená covidová situace a čas lockdownu, nemoc v rodině, mnoho úkolů v práci) a přínosnost mindfulness byla ovlivněna dalšími postupujícími intervencemi v rámci léčby ADHD (psychoterapie, nová medikace apod.). Jak již bylo ve výsledcích uvedeno, data hodnocení míry projevů nebyla zpracována z důvodu chybějící operacionalizace odpovídajících hodnot projevů a sloužila pro účastníky jako zdroj sebereflexe. Toto rozhodnutí bylo podpořeno i skutečností, že někteří projevy hodnotili na konci kurzu stejně jako na začátku s konstatováním, že projev je stále stejný, ale že s ním umí lépe pracovat, tudíž k určité změně to nakonec vedlo. Tento způsob hodnocení projevů s týdenním rozstupem byl samotnými účastníky shledáván jako nevypovídající z důvodu již zmíněných vnějších vlivů, které do hodnocení zasahují, dále také z důvodu neuchopitelnosti ohodnotit míru projevů za daný týden, když se během něj projevy několikrát změnilly. Jedna účastnice z tohoto důvodu hodnotila projevy každý den a na konci týdne vyhodnotila průměrnou hodnotu (pracovala tedy s desetinnými čísly). Pro budoucí výzkumy autorka pokládá za nutné doplnit podrobnější popis jednotlivých projevů symptomů a k tomu důslednější operacionalizace hodnot jednotlivých bodů škály. Hodnocení změn každý den a závěrečný průměr na konci daného týdne se zdá být přesnější, leč také na disciplínu účastníků složitějším způsobem, jak míru projevů zaznamenávat.

Shrnutím výsledných změn v rámci jednotlivých projevů je patrné, že prostřednictvím většího zpřítomnění a zvědomění, zpomalení a zklidnění, schopnosti zastavit se účastníci popisují změny projevů ADHD způsobené mindfulness. Na základě zjištěných informací od účastníků je tento typ intervence nástrojem, jak s danými obtížemi pracovat. Někteří uváděli, že zdrojem změny projevů je současné provádění technik (např. u projevu netrpělivosti, absence negativních sebehodnotících myšlenek), kdy v případě jejich neprovedení se



příznaky zhoršily. I z těchto informací lze tedy usuzovat, že techniky mindfulness samy o sobě ovlivňují míru projevů ADHD, ale také, že jejich role je v odlišném uvažování, chování a jednání účastníků, což následně vede ke změně projevů. Podobného výsledku dosáhl i Schoenberg a jeho kolegové (2014) kteří zjistili, že jedinci vnímané snížení projevů symptomů hyperaktivity a impulzivity souviselo se zvýšenou mírou uvědomělého jednání a snížená míra nepozornosti souvisela s vyšší mírou inhibice. To by odpovídalo autorkou uvedené dovednosti zastavit se. Studie Heparka a jeho kolegů (2015) podporuje zjištění, že uvědomělé jednání je mediátorem výsledného vnímaného snížení projevů ADHD.

Lze polemizovat o tom, zda některé projevy symptomů jsou technikami mindfulness ovlivnitelnější. Pravděpodobně se jedná o ty, jež souvisejí s rychlostí, s jakou jedinci jednají, či s jakou jedinci přemýšlí. To vysvětluje změny v projevech týkající se reaktivity (projev impulzivity, výkyvy nálad) a tvorby myšlenek (projev mentálního neklidu, špatná pracovní paměť). A dále o ty projevy, jež souvisejí s větším uvědoměním (pravděpodobně spojené se zmíněnou rychlostí), jako je např. prokrastinace, neschopnost dokončit zvolenou aktivitu. Jedná se však jen o zjednodušený náčrt a interpretace by vyžadovaly dalšího zkoumání vzhledem k tomu, na základě kolika výpovědí a počtu voleb symptomů je na toto usuzováno.

Výsledné změny se u dvou účastnic vyskytly i v nežádoucím směru. Jedna účastnice uvádí vyšší míru vzteku. Jejími slovy ji mindfulness vedlo k zvědomění, kolik vzteku v sobě chová a potvrdila si opět nutnost řešit tyto obtíže psychologicky. Další účastnice popisovala vyšší míru vnímání svého těla, což pro ni ale v případech kousnutí hmyzem bylo nepříjemné. Sama také uvedla, že v některých případech může být vnímavost tělesných pocitů ku prospěchu. Důvod její vyšší nepozornosti autorka nespatřuje v mindfulness, jelikož tato účastnice cvičila sporadicky. Spíše usuzuje na zvýšenou nepohodu, kterou účastnice deklarovala v souvislosti s koronavirovou situací.

Účastnice, které nepociťovaly změny v úrovni všímavosti (ačkoli jejich dotazníky vykazovaly zlepšení o 7 a 10 bodů), byly zároveň těmi, které od kurzu neměly žádná očekávání, jedna z nich byla vůči přínosnosti tréninku přímo skeptická. Otázkou pak zůstává, nakolik přístup k samotnému kurzu a důvěra v nápomocnost dané techniky ovlivňuje výsledný efekt.

Změny projevů jsou také pravděpodobně závislé na způsobu provádění technik a frekvenci jejich plnění. Parsons a jeho kolegové (2017) ve své systematické shrnující studii uvádějí, že existuje malý efekt mezi frekvencí plnění technik a výslednými změnami v úrovni všímavosti, avšak heterogenita sledovaných výzkumů a odlišné způsoby záznamu plnění technik snižují hodnotu tohoto závěru. Ohodnocení míry a způsobu plnění formálních

technik (meditací) je jednodušší vzhledem k jejich jasnějšímu vymezení danému nahrávkou, avšak plnění neformálních technik, jako je např. všímavá procházka, kde není jasně uveden a dán rozsah její podoby, se může jevit náročnější. Je pak na samotném lektorovi, aby posoudil míru zdařilosti provedení techniky (Parsons et al., 2017), což opět podléhá zkreslením. Prostřednictvím přesnějšího zachycení míry frekvence plnění technik (jejich záznamu, případně kvalitnější operacionalizací podoby jejich splnění) a většího výzkumného souboru by se daly tyto údaje zkoumat s validnějšími závěry. Avšak autorka se domnívá, že tak by se z kurzu stala spíše vědecká studie, která by sice mohla přinést validnější výsledky, ale bez radosti a beneficence pro její participanty.

To, že samotné projevy ADHD nevytizely, nevnímá autorka jako něco, co by bylo očekáváno, stejně jako Janssen a kol. (2019). Jedná se o neurovývojovou poruchu, kde se cílené psychosociální intervence soustředí na nácvik dovedností umět s projevy pracovat (Ptáček & Ptáčková, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017). Zdá se tedy, že mindfulness účastníkům nabídlo nové způsoby introspekce a nástroje, jak s obtížemi nakládat.

Další dvě výzkumné otázky č. 3 a č. 4, které se týkají hodnocení technik užitých v rámci kurzu, byly sjednoceny za účelem větší propojenosti. Výzkumné otázky zněly:

**3) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako užitečné?**

**4) Jaké techniky mindfulness vnímají dospělí jedinci s ADHD jako náročné?**

Zklidňující efekt, stejně tak intenzivnější zvědomění a schopnost zastavení uvědomějí účastníci jako pozitivum provozování meditačních technik. Kvitovány byly účastníky ty meditace, které byly jednoduché na pochopení, a ty, které se zaměřovaly na více věcí najednou (u meditace přítomnosti to bylo soustředění se na několik vnějších i vnitřních vjemů, u meditace zvuků, dechu a těla to bylo na tyto tři věci). Lze tak usuzovat na to, že pravděpodobně rozmanitější techniky zamezí nudě, která se při opakovaných činnostech u jedinců s ADHD tak často objevuje (Žáčková & Jucovičová, 2017)

To, že meditace myšlenek byla jen v druhém kurzu hodnocena jako užitečná, může mít několik důvodů. Za nejrelevantnější pokládá autorka následující dva. Samotné vysvětlení techniky účastníkům prvního kurzu mohlo být nesrozumitelné z důvodu nezkušenosti lektorky. Nebo se mohlo v prvním kurzu jednat o účastníky s vyšší mírou mentálního neklidu, jelikož účastníci považovali tuto techniku spíše za náročnou z důvodu nemožnosti zachytit jen jednu myšlenku a rozvoje asociací během jejího praktikování.

Náročnost meditace nesnází je zřejmá již ze svého názvu. Účastníci se nechtěli vracet do minulosti a probírat se nepříjemnými momenty, neměla zklidňující efekt a jako jediná byla dle účastníků nepříjemná. Problémem byla prioritizace a nemožnost rozhodnutí vybrat

středně těžkou nesnáz (prioritizace je také jedním z obtíží spojených s ADHD, Surman et al., 2019). Do budoucna by bylo dobré meditaci nesnází nabídnout jen jako možnost k meditaci laskavosti a neponechat její praktikování po celý týden (ačkoli bylo doporučováno střídání těchto dvou technik). Případně by se hodilo uvést příklady, o jaké nesnáze se může jednat.

Překvapivým zjištěním byla náročnost meditace laskavosti, která by po vzoru předchozí sama měla napovídat o svém charakteru. Pro tři účastníky byla však náročná z hlediska negativních pocitů a uvědomění, ke kterým vedla. Náročnost dalších meditací byla spatřována v jejich délce, což by mohlo souviset s lehkou unavitelností a ztrátou pozornosti charakteristickou pro jedince s ADHD (Žáčková & Jucovičová, 2017). Proto by bylo vhodnější do budoucna meditace ponechat kratší (podobné délky jako měla Zylowska a kol. 2008) a pokusit se o jejich větší variabilitu (využívat různé nahrávky k dané technice tak, aby je účastníci mohli střídát a neztráceli u nich pozornost). Jiné problémy, v jejichž náročnosti by mohlo ADHD hrát roli, nebyly očividné.

Mezi užitečné neformální techniky patřily opět ty, které vedly k většímu zpřítomnění, zvědomění či zpomalení. Mezi nejčastěji uváděné patřila technika zápisů tří věcí, za které je člověk vděčný, pro její jednoduchost a uvědomění si, za kolik věcí může být člověk rád. Z autorčina pohledu se mnohem podstatnějších výsledků u účastníků dosáhlo v rámci technik nádechu a výdechu před prací a Prostoru k nadechnutí, jež byly často pojímány jako podobné. Vedly jedince k zpomalení, promýšlení dalších kroků, uvědomění času, uvědomění toho, co člověk právě dělá a jestli dělá to, co má, na co je zaměřována jeho pozornost. Tyto změny v chování a jednání se zdají být nápomocné ve zmírňování potíží způsobených ADHD.

Náročné se jevily techniky, které vyžadovaly od klientů určité zápisy do tabulky, jako byla tabulka spouštěčů emocí a zápis hodnotících myšlenek o sobě. Přestože neformální technika tabulka spouštěčů emocí nebyla cílena na negativní emoce, uvedením v rámci týdne, kdy se trénovala meditace nesnází, byla takto pojímána, a také proto se stala náročnou a problematickou. Technika zápisu hodnotících myšlenek mimo požadavek zápisu byla dále náročná v tom, že neměla pro účastníky užitek. Autorka se domnívá, že důvodem bylo její provedení bez viditelného efektu, který by pravděpodobně byl zřejmější, pokud by se s těmito hodnotícími soudy pracovalo. Na to v rámci kurzu mindfulness nebyl prostor a spíše se jedná o techniku hodnou psychoterapeutické intervence.

V kapitole Výsledky bylo uvedeno, že se pro zodpovězení těchto dvou výzkumných otázek nevyužívalo průběžného hodnocení technik, které bylo po jedincích v rámci

individuálních setkání požadováno. Důvodem bylo nepřesné zadání, co jedinci hodnotí, zda míru užitečnosti nebo míru, s jakou se účastníkovi techniku dařila plnit. Opět ani zde nebylo využito konkrétnějšího popisu škály hodnocení, které by přineslo validnější výsledky. To by mohlo být, kdyby bylo definováno, jaké míře projevu hodnota na škále 0-10 odpovídá, případně ponechat účastníky hodnotit jak užitečnost, tak míru, do jaké vnímají, že se jim technika dařila splnit.

### **5) S jakými obtížemi v plnění technik se dospělí jedinci s ADHD v rámci kurzu mindfulness setkávají?**

Výzkumná otázka č. 5 se snažila shrnout všeobecné problémy a komentáře. Pro přehlednost byla rozdělena stejně jako v kapitole Výsledky do tří kategorií: obtíže se strukturou kurzu, s prováděním technik, s nahrávkami.

Osmítýdenní kurz mindfulness se jeví pro klienty s ADHD jako příliš dlouhý a zhruba v polovině kurzu byly zaznamenávány komentáře ohledně toho, že trénink technik už začínají dělat jen z povinnosti a jen z důvodu vnímaného závazku vůči autorce práce. Je nutné respektovat určitou strukturu kurzu, ale do budoucna by pravděpodobně bylo vhodnější nabídnout více technik, které by si mohli účastníci v rámci tématu daného týdne vyzkoušet. Ovšem zde zase může vzniknout problém nemožnosti rozhodnout se, s jakou technikou začít a odkládat tak plnění. Struktura individuálních setkání byla navržena z důvodu výzkumu a do budoucna by určitě bylo vhodné držet formát, který v kurzech mindfulness je, a to skupinový, nejlépe tváří v tvář (Kabat-Zinn, 2016; Zylowska et al., 2008). Dohled nad účastníky, jako byla každotýdenní kontrola plnění technik, se ukázal pro jedince vysoce motivující z hlediska vnímaného závazku dostát nastavenému počtu plnění technik z předchozích týdnů. Jeden účastník dokonce uvedl, že kdyby viděl tabulky ostatních, zastyděl by se a motivovalo by ho to více techniky plnit.

Problémy, které vyvstaly nad rámec obsahu jednotlivých technik, byly uvedeny ve Výsledcích. Pro většinu jedinců je obtížné najít ideální čas a místo na meditaci. Obzvlášť ale pro jedince s ADHD, kteří mají potíže s plánováním a denním režimem (jedna z dalších potíží, které Surman a jeho kolegové ve své publikaci uvádí, 2019). Klíčové bylo nastavit určitý datum a čas. To probíhalo především na začátku kurzu. Autorka se snažila otevřenými otázkami přenechat zodpovědnost na volbě místa a času provádění technik na samotných účastnících. Přestože to byla určitá časová investice, u většiny klientů se vyplatila. Do budoucích kurzů mindfulness pro jedince s ADHD doporučuje zařadit individuální konzultaci ohledně určení správného času a místa tak, aby se právě toto nestalo důvodem selhávání v tréninku mindfulness.

Dále pak dělaly problém ty neformální techniky, které se nedaly nijak předem naplánovat a jedinci si na ně nemohli vzpomenout, nebo ty, jež vyžadovaly určitý zápis. Do příštího kurzu by autorka volila takové neformální techniky, které účastníky více nezatěžují, které se dají naplánovat a které nemají terapeutický přesah (jako např. autorkou vnímaný zápis hodnotících myšlenek, viz předchozí výzkumná otázka).

Délka nahrávek byla již komentována. Nahrávky byly autorské a nahrané přes diktafon mobilního telefonu, tudíž jejich kvalita nebyla profesionální. To mohlo být důvodem nelibosti zvuku komentované jednou účastnicí. Přestože ve struktuře nahrávek bylo vycházeno ze Zylowske (2012), účastníky často od záměru meditace vytrhávalo během meditace opakované upozornění na možnou ztrátu pozornosti a její navrácení zpět. Jeden účastník navrhol tuto větu uvést jen na začátku každé meditace. Další návrh byl na spojitost této věty s určitým zvukovým signálem, který by během meditace několikrát zazněl, čímž by byl medituující upozorněn na navrácení se zpátky k záměru meditace. Ošetřením špatného načasování pauz k soustředění na určitou věc by mohla být verze nahrávky s delšími pauzami a méně textem. Avšak na druhou stranu riskujeme u jedinců s ADHD útek myšlenek jiným směrem.

#### **6) Jaký efekt se objevuje s časovým odstupem od ukončení kurzu u dospělých klientů s ADHD?**

Na tuto otázku byly obdrženy jen čtyři odpovědi (z toho jedna strohá ohledně toho, že se nic nezměnilo). Důvodů pro tak malou návratnost může být několik. Z těch nejpravděpodobnějších se autorce jeví, že v rámci kurzu účastníci plnili již tolik požadavků z důvodu pojmání kurzu jako výzkumu, že další požadavek už byl nad úroveň jejich ochoty. Mohlo se však také stát, že jedincům se e-mail mezi dalšími ztratil, či nastávající doba letních prázdnin nemotivovala k odpovídání na dotazy. Do budoucna autorka vnímá jako důležité tuto skutečnost o kontaktování po určitém intervalu od konce kurzu účastníkům sdělit včas a opakovat ji vícekrát.

Určité změny byly popisovány ve volbě užívání technik, a to podle toho, do čeho se účastníkovi chce a co vnímá, že mu v dané situaci pomůže. Autorka se domnívá, že takto využívané techniky mohou být velice prospěšné. Pravidelnost, s jakou jedinci cvičí, je různá. Jeden účastník uvedl, že určitý dohled (kontrola) nad jeho mírou trénování by přispěl k pravidelnějšímu provádění. Tato skutečnost byla již popsána výše, ohledně motivujícího charakteru dohledu či možnosti získat informace, jak jsou ostatní úspěšní v plnění technik. To, že se symptomy ADHD nezměnily, může mít několik důvodů. Jednak může jít o krátký čas od absolvování kurzu k tomu, aby se změny projevíly. Mnohem relevantnější se ale zdá

fakt, že ADHD je neurofyzilogicky podmíněné onemocnění, u kterého terapie tohoto druhu nemůže zásadně změnit fungování mozku, může být ale nápomocná v získání nástrojů, jak s obtížemi způsobenými tímto onemocněním pracovat.

## Závěr

Snahou této práce bylo zjistit, zda se prvky mindfulness mohou řadit k potenciálně prospěšným intervencím v redukci symptomatiky ADHD u dospělých jedinců. Na základě dvanácti jedinců absolvovaného osmitýdenního kurzu mindfulness se ukazuje, že změny na úrovni chování, jednání a prožívání, které s sebou rozvoj všímavosti u většiny účastníků přinesl, v různé míře hrají roli v rozdílném vnímání intenzity projevů symptomů ADHD. Podstatou této změny se zdá být větší zvědomění a zpřítomnění, zpomalení a zklidnění, schopnost zastavit se. Tyto jedinci vnímané rozdíly v jejich fungování se pravděpodobně odráží ve způsobu práce s obtížemi spojenými s poruchou pozornosti, které by se daly zahrnout do kategorie uvědomělejšího jednání.

Ukazuje se, že kurz mindfulness pro tyto jedince by měl mít určitá specifika. Meditace by měly být kratší a v rámci daného záměru poskytnout větší paletu možností, jak určitou techniku procvičit. Neformální techniky by pak měly být spíše takové, které jsou lehce naplánovatelné do dne a jsou spíše doplňkovými než vyžadujícími zvýšené nároky na účastníky kurzu.

Tento výzkum a v rámci něho proběhlý kurz měl určitá specifika daná cílem práce i situací spojenou s koronavirovou situací. I přes to doufáme, že se jeho podoba může stát zdrojem inspirace pro kurzy budoucí a přispěje tak k rozšíření možnosti tohoto druhu podpory, která prozatím v České republice není běžně využívána.

## Seznam literatury

Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 55*, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>

Ambrosino, S., de Zeeuw, P., Wierenga, L. M., van Dijk, S., & Durston, S. (2017). What can Cortical Development in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Teach us About the Early Developmental Mechanisms Involved? *Cerebral Cortex, 27*(9), 4624–4634. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhx182>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). New York: APA. 10.1176/appi.books

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *The Lancet Psychiatry, 3*(6), 568–578. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30032-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30032-3)

Baer, R. (2018). Assessment of mindfulness by self-report. *Current opinion in psychology, 28*, 42–48. <https://doi.org/10.31231/osf.io/cfxjz>

Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly Change in Mindfulness and Perceived Stress in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Clinical Psychology, 68*(7), 755–765. <https://doi.org/10.1002/jclp.21865>

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report. *Assessment, 11*(3), 191–206. <https://doi.org/10.1177/1073191104268029>

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>



Barkley, R. A. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*. New York: The Guilford Press.

Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4th ed.). London: The Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2008). *ADHD in adults : what the science says*. London: The Guilford Press.

Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>

Bitter, I., Mohr, P., Balogh, L., Látalová, K., Kakuszi, B., Stopková, P., Zmeškalová-Jelenová, D., Pulay, A., & Czobor, P. (2019). ADHD: a hidden comorbidity in adult psychiatric patients. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *11*(1), 83–89. <https://doi.org/10.1007/s12402-019-00285-9>

Bokor, G., & Anderson, P. D. (2014). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Pharm Pract*, *27*(4), 336-349. <http://doi.org/10.1177/0897190014543628>

Boomsma, D. I., Saviouk, V., Hottenga, J. J., Distel, M. A., De Moor, M. H., Vink, J. M., Geels, L. M., van Beek, J. H. D. A., Bartels, M., de Geus, E. J. C., & Willemsen, G. (2010). Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PloS one*, *5*(5), 1-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010621>

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders. *JAMA Psychiatry*, *71*(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

Bozhilova, N. S., Michelini, G., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2018). Mind wandering perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *92*, 464-476. <http://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.07.010>

- Brikell, I., Kuja-Halkola, R., & Larsson, H. (2015). Heritability of attention-deficit hyperactivity disorder in adults. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *168*(6), 406-413. <http://doi.org/10.1002/ajmg.b.32335>
- Brown, K. W. (2015). Mindfulness training to enhance positive functioning. V Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*. (311–325). New York: The Guilford Press.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, *1*(1), 11-34.
- Cai, Y., Xing, L., Yang, T., Chai, R., Wang, J., Bao, J., Shen, W., Ding, S., & Chen, G. (2021). The neurodevelopmental role of dopaminergic signaling in neurological disorders. *Neuroscience Letters*, *741*, 135540. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2020.135540>
- Cairncross, M., & Miller, C. J. (2016). The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapies for ADHD: A Meta-Analytic Review. *Journal of Attention Disorders*, *24*(5), 627–643. <https://doi.org/10.1177/1087054715625301>
- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J. M., & Perroud, N. (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*, *28*(1), 103-107.
- Conners, C. K., & MHS Staff (Eds.) (2000). *Conners' Continuous Performance Test II: Computer Program for Windows Technical Guide and Software Manual*. North Tonwanda, New York: Mutli-Health Systems.
- Conners, K. C., Erhardt, D., & Sparrow, E. (2002). *Conners' Adult ADHD Rating Scales—Self-Report: Screening Version (CAARS—S:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.

Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J. V., Silverton, S., Williams, J. M., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 17–24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015>

Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M., & Kuyken, W. (2016). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, *47*(6), 990–999. <https://doi.org/10.1017/s0033291716003317>

Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, *68*, 491–516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>

Čablová, L., Mioviský, M., Kalina, K., & Šťastná, L. (2015). Význam diferenciální diagnostiky poruch osobnosti u pacientů s ADHD v léčbě závislosti. *Česká a Slovenská psychiatrie*, *111*(2), 99–107.

Davidson, R. J., & Kaszniak, A. W. (2015). Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. *American Psychologist*, *70*(7), 581–592. <https://doi.org/10.1037/a0039512>

Day, M. A., Thorn, B. E., & Rubin, N. J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A mixed-methods analysis comparing treatment responders and treatment non-responders. *Complementary Therapies in Medicine*, *22*(2), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2013.12.018>

De Crescenzo, F., Cortese, S., Adamo, N., & Janiri, L. (2016). Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evidence Based Mental Health*, *20*(1), 4–11. <https://doi.org/10.1136/eb-2016-102415>

Deiber, M.-P., Hasler, R., Colin, J., Dayer, A., Aubry, J.-M., Baggio, S., Perroud, N., & Ros, T. (2020). Linking alpha oscillations, attention and inhibitory control in adult ADHD with EEG neurofeedback. *NeuroImage: Clinical*, *25*, 102145. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102145>

- Dittner, A. J., Hodsoll, J., Rimes, K. A., Russell, A. J., & Chalder, T. (2018). Cognitive-behavioural therapy for adult attention-deficit hyperactivity disorder: a proof of concept randomised controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *137*(2), 125-137. <https://doi.org/10.1111/acps.12836>
- DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2012). Comorbidity of LD and ADHD. *Journal of Learning Disabilities*, *46*(1), 43-51. <https://doi.org/10.1177/0022219412464351>
- Fan, J., & Posner, M. (2004). Human Attentional Networks. *Psychiatrische Praxis*, *31*, 210-214. <https://doi.org/10.1055/s-2004-828484>
- Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, *24*(4), 562-575. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0>
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B.-E., Piazza, M., ... Kessler, R. C. (2016). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *9*(1), 47-65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, *29*(3), 177-190. <https://doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Fullen, T., Jones, S. L., Emerson, L. M., & Adamou, M. (2020). Psychological Treatments in Adult ADHD: A Systematic Review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *42*(3), 500-518. <https://doi.org/10.1007/s10862-020-09794-8>
- Galéra, C., Bouvard, M.-P., Lagarde, E., Michel, G., Touchette, E., Fombonne, E., & Melchior, M. (2012). Childhood attention problems and socioeconomic status in adulthood: 18-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, *201*(1), 20-25. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.102491>

Gallant, S. N. (2016). Mindfulness meditation practice and executive functioning: Breaking down the benefit. *Consciousness and Cognition*, 40, 116–130. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.01.005>

Garland, E. L., Fredrickson, B., Kring, A. M., Johnson, D. P., Meyer, P. S., & Penn, D. L. (2010). Upward spirals of positive emotions counter downward spirals of negativity: Insights from the broaden-and-build theory and affective neuroscience on the treatment of emotion dysfunctions and deficits in psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 849–864. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.002>

Geffen, J., & Forster, K. (2018). Treatment of adult ADHD: a clinical perspective. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 8(1), 25–32. <https://doi.org/10.1177/2045125317734977>

Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *Adhd - porucha pozornosti s hyperaktivitou*. Praha: Galén.

Golden, C. J. (1978). *Stroop Color and Word Test: a manual for clinical and experimental uses*. Chicago: Stoelting.

Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. G. M. (2016). 8-week Mindfulness Based Stress Reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice – A systematic review. *Brain and Cognition*, 108, 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2016.07.001>

Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28(7), 791–802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>

Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D., & Young, S. (2012). An epidemiological study of ADHD symptoms among young persons and the relationship with cigarette smoking, alcohol consumption and illicit drug use. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(3), 304–312. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02489.x>

- Guendelman, S., Medeiros, S., & Rampes, H. (2017). Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological, and Clinical Studies. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00220>
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (1995). *Driven to Distraction: Recognizing and Coping with Attention Deficit Disorder from Childhood Through Adulthood*. New York: Touchstone.
- Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2021). *Adhd 2.0: new science and essential strategies for thriving with distraction - from childhood through adulthood*. New York: Ballantine.
- Hassonová, G. (2015). *Technika mindfulness: Jak se vyvarovat duševní prokrastinace pomocí všímavosti a bdělé pozornosti*. Praha: Grada Publishing.
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Hepark, S., Janssen, L., de Vries, A., Schoenberg, P. L., Donders, R., Kan, C. C., & Speckens, A. E. (2015). The Efficacy of Adapted MBCT on Core Symptoms and Executive Functioning in Adults With ADHD: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders*, 23(4), 351–362. <https://doi.org/10.1177/1087054715613587>
- Hirvikoski, T., Lindström, T., Carlsson, J., Waaler, E., Jokinen, J., & Bölte, S. (2017). Psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): A pragmatic multicenter and randomized controlled trial. *European Psychiatry*, 44, 141–152. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.005>
- Hoogman, M., Bralten, J., Hibar, D. P., Mennes, M., Zwiers, M. P., Schweren, L. S., ... & Franke, B. (2017). Subcortical brain volume differences in participants with attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: a cross-sectional mega-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 4(4), 1-10. <https://doi.org/310-319>. 10.1016/S2215-0366(17)30049-4
- Hou, R. J., Wong, S. Y.-S., Yip, B. H.-K., Hung, A. T. F., Lo, H. H.-M., Chan, P. H. S., Lo, C. S. L., Kwok, T. C.-Y., Tang, W. K., Mak, W. W. S., Mercer, S. W., & Ma, S. H. (2014). The Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Mental Health of Family Caregivers: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45–53. <https://doi.org/10.1159/000353278>

Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E., & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton mindfulness questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, 47(4), 451–455. <https://doi.org/10.1348/014466508x314891>

*ICD-11, International Classification of Diseases 11th Revision* (2021, květen). WHO. Vzato 12. července 2021, z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f821852937>.

*IVA-2 – Evaluate Visual and Auditory Attention*. BrainTrain, Inc. Vzato 12. července 2021, z <https://www.braintrain.com/iva2/>.

Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). *DIVA 2.0. Diagnostic Interview ADHD in Adults*. The Netherlands: DIVA Foundation.

Janssen, L., Kan, C. C., Carpentier, P. J., Sizoo, B., Hepark, S., Schellekens, M. P. J., Donders, A. R., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy v. treatment as usual in adults with ADHD: a multicentre, single-blind, randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 49(1), 55–65. <https://doi.org/10.1017/s0033291718000429>

Jensen, C. M., Amdisen, B. L., Jørgensen, K. J., & Arnfred, S. M. (2016). Cognitive behavioural therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(1), 3–11. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0188-3>

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)

Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation for everyday*. New York: Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma: Jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Brno: Jan Melvil Publishing.

Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., Lenderking, W. R. & Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 936-943. . <https://doi.org/10.1176/ajp.149.7.936>

Kemmis, S. & McTaggart, R. (Eds.) (1988). *The Action Research Planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>

Kiken, L. G., Garland, E. L., Bluth, K., Palsson, O. S., & Gaylord, S. A. (2015). From a state to a trait: Trajectories of state mindfulness in meditation during intervention predict changes in trait mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 81, 41–46. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.044>

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balazs, J., ... & Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry*, 56(1), 14-34. <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001> 092

Kořínek, D., Benda, J., & Žitník, J. (2019). Psychometrické charakteristiky krátké české verze dotazníku Pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ). *Československá psychologie*, 63(1), 55-70.

Lao, S.-A., Kissane, D., & Meadows, G. (2016). Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Consciousness and Cognition*, 45, 109–123. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.08.017>

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., ... & Devins, G. (2006). The Toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of clinical psychology*, 62(12), 1445-1467. <https://doi.org/10.1002/jclp.20326>

Levinson, D. B., Stoll, E. L., Kindy, S. D., Merry, H. L., & Davidson, R. J. (2014). A mind you can count on: validating breath counting as a behavioral measure of mindfulness. *Frontiers in Psychology*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01202>



Linehan M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1991). Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060-1064. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>

Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Jama*, 300(11), 1350-1352. <https://doi.org/10.1001/jama.300.11.1350>

Lutz, A., Jha, A., Dunne, J. D., & Saron, C. D. (2015). Investigating the phenomenological matrix of mindfulness-related practices from a neurocognitive perspective. *American Psychologist*, 70(7), 632–658. <https://doi.org/10.1037/a0039585>.

Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in cognitive sciences*, 12(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>

Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatria pre prax*, 15(3), 112-116.

Matthies, S., van Elst, L. T., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., Perlov, E., Ebert, D., & Philipsen, A. (2011). Severity of Childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder—A Risk Factor for Personality Disorders in Adult Life? *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 101–114. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.101>

Mawjee, K., Woltering, S., Lai, N., Gotlieb, H., Kronitz, R., & Tannock, R. (2017). Working memory training in ADHD: controlling for engagement, motivation, and expectancy of improvement (pilot study). *Journal of attention disorders*, 21(11), 956-968. <https://doi.org/10.1177/1087054714557356>

McNiff, J., & Whitehead, J. (2016). *You and your action research project* (3rd ed.). London: Routledge.

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie Adhd: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

Mitchell, J. T., Zylowska, L., & Kollins, S. H. (2015). Mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: Current empirical support, treatment overview, and future directions. *Cognitive and behavioral practice*, 22(2), 172-191. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2014.10.002>

MKN-10, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (2021, 1. ledna). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Vzata 12. července 2021, z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90-F98>.

Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2019). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058–1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>

Mrazek, M. D., Smallwood, J., & Schooler, J. W. (2012). Mindfulness and mind-wandering: finding convergence through opposing constructs. *Emotion*, 12(3), 442-448. <https://doi.org/10.1037/a0026678>

Murphy, K. R. (2015). Psychological Counseling of Adults with ADHD. V Barkley, R. A. (Eds.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4th ed.). (741-756). London: The Guilford Press.

Nanamoli, B., & Bodhi, B. (1995). *The middle length discourses of the Buddha*. Kandy: Buddhist Publication Society.

Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. V Robinson, M., Meier, B., & Ostafin, B. (Eds.). *Handbook of mindfulness and self-regulation*. (121-137). New York: Springer.

Nikolas, M. A., & Burt, S. A. (2010). Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. *Journal of abnormal psychology*, 119(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/a0018010>

Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.

- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour research and therapy*, *95*, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Piñeiro-Dieguez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P., Soler-López, B., & CAT Study Group. (2016). Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: the CAT study. *Journal of attention disorders*, *20*(12), 1066-1075. <https://doi.org/10.1177/1087054713518240>.
- Poissant, H., Mendrek, A., Talbot, N., Khoury, B., & Nolan, J. (2019). Behavioral and Cognitive Impacts of Mindfulness-Based Interventions on Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Behavioural Neurology*, *2019*, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2019/5682050>
- Posner, M. I., Sheese, B. E., Odludaš, Y., & Tang, Y. Y. (2006). Analyzing and shaping human attentional networks. *Neural Networks*, *19*(9), 1422–1429. <https://doi.org/10.1016/j.neunet.2006.08.004>
- Ptáček, R., & Novotný, M. (a kol.). (2017). *Biofeedback v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.
- Pugnerová, M. (2016). Syndrom hyperaktivity ADHD, ADD. V Pugnerová, M. & Kvintová, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. (170-184). Praha: Grada Publishing.
- Quaglia, J. T., Brown, K. W., Lindsay, E. K., Creswell, J. D., & Goodman, R. J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness. V Brown, K. W., Creswell, J. D., & Ryan, R. M. (Eds.). *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice*. (151-170). New York: The Guilford Press.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2015). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach* (2nd ed.). New York: Routledge.

Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., ... & Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(12), 1443-1457.

Reale, L., Bartoli, B., Cartabia, M., Zanetti, M., Costantino, M. A., Canevini, M. P., Termine, C., & Bonati, M. (2017). Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1443–1457. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1005-z>

Reitan, R. M. (1979). *Manual for administration of neuropsychological test batteries for adults and children*. Tucson: AZ Neuropsychology Laboratory.

Rigler, T., Manor, I., Kalansky, A., Shorer, Z., Noyman, I., & Sadaka, Y. (2016). New DSM-5 criteria for ADHD — Does it matter? *Comprehensive Psychiatry*, 68, 56–59. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.03.008>

Roflíková, M. & vančurová, M. (2021). *Mindfulness pro každého: 8 týdnů, které změni váš život*. Praha: Grada Publishing.

Sciberras, E., Mulraney, M., Silva, D., & Coghill, D. (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0753-2>

Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Behavior Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: The Guilford Press.

Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2012). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Schoenberg, P. L. A., Hepark, S., Kan, C. C., Barendregt, H. P., Buitelaar, J. K., & Speckens, A. E. M. (2014). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on neurophysiological correlates of performance monitoring in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical Neurophysiology*, 125(7), 1407–1416. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2013.11.031>

- Scholz, L., Werle, J., Philipsen, A., Schulze, M., Collonges, J., & Gensichen, J. (2020). Effects and feasibility of psychological interventions to reduce inattention symptoms in adults with ADHD: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 1–14. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1818189>
- Schooler, J. W., Mrazek, M. D., Franklin, M. S., Baird, B., Mooneyham, B. W., Zedelius, C., & Broadway, J. M. (2014). The middle way: Finding the balance between mindfulness and mind-wandering. *Psychology of learning and motivation*, 60, 1-33. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800090-8.00001-9>
- Solanto, M. V. (2019). The prevalence of “late-onset” ADHD in a clinically referred adult sample. *Journal of attention disorders*, 23(9), 1026-1034. <https://doi.org/10.1177/1087054718765672>
- Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., Igland, J., Haavik, J., & Klungsøyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 176-186. <https://doi.org/10.1111/acps.12845>
- Stern, A., Malik, E., Pollak, Y., Bonne, O., & Maeir, A. (2016). The Efficacy of Computerized Cognitive Training in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(12), 991–1003. <https://doi.org/10.1177/1087054714529815>
- Surman, C., Bilkey, T., & Weintraubová, K. (2019). *Fast Minds / Jak se vyrovnat s ADHD (nebo když se bojíte, že ADHD máte)*. Praha: Galén.
- Van Dam, N. T., van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, A., Meissner, T., Lazar, S. W., Kerr, C. E., Gorchov, J., Fox, K. C. R., Field, B. A. Britton, W. B., Brefczynski-Lewis, J. A., & Meyer, D. E. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on psychological science*, 13(1), 36-61. <https://doi.org/10.1177/1745691617709589>
- van der Velden, A. M., Kuyken, W., Wattar, U., Crane, C., Pallesen, K. J., Dahlgaard, J., Fjorback, L. O., & Piet, J. (2015). A systematic review of mechanisms of change in

mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 37, 26–39. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.001>

Van Eck, K., Ballard, E., Hart, S., Newcomer, A., Musci, R., & Flory, K. (2015). ADHD and suicidal ideation: The roles of emotion regulation and depressive symptoms among college students. *Journal of attention disorders*, 19(8), 703-714. . <https://doi.org/10.1177/1087054713518238>

Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2015). Towards a second generation of mindfulness-based interventions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(7), 591–592. <https://doi.org/10.1177/0004867415577437>

Van Veen, V., & Carter, C. S. (2002). The anterior cingulate as a conflict monitor: fMRI and ERP studies. *Physiology & behavior*, 77(4-5), 477-482. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(02\)00930-7](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(02)00930-7)

Vňuková, M., Ptáček, R., Děchtěrenko, F., Weissenberger, S., Ptáčková, H., Braaten, E., Raboch, J., Anders, M., Klicperová-Baker, M., & Goetz, M. (2020). Prevalence of ADHD Symptomatology in Adult Population in the Czech Republic—A National Study. *Journal of Attention Disorders*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1087054720934042>

Wechsler, D. (1981). *Wechsler adult intelligence scale-revised*. Texas: Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1991). *Wechsler Intelligence Scale for Children* (3rd ed.). Texas: Psychological Corporation.

Wielgosz, J., Goldberg, S. B., Kral, T. R. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 285–316. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093423>

Williams, M., & Penman, D. (2014). *Všímavost: jak najít klid v uspěchaném světě*. Praha: ANAG.

Wong, S. Y., Chan, J. Y., Zhang, D., Lee, E. K., & Tsoi, K. K. (2018). The Safety of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Mindfulness*, 9(5), 1344–1357. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-0897-0>

Young, K. S., van der Velden, A. M., Craske, M. G., Pallesen, K. J., Fjorback, L., Roepstorff, A., & Parsons, C. E. (2018). The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: A systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 84, 424–433. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.003>

Zylovska, L. (2012). *The mindfulness prescription for adult Adhd: an eight-step program for strengthening attention, managing emotions, and achieving your goals*. Boston & London: Trumpeter.

Zylovska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., Hale, T. S., Pataki, C. & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *Journal of attention disorders*, 11(6), 737-746. <https://doi.org/10.1177/1087054707308502>

Žitník, J. (2010). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení* (diplomová práce). Praha: Univerzita Karlova.

## Seznam zkratek

ADHD	Attention Deficit hyperactivity Disorder
ADD	Attention Deficit Disorder
CNS	Centrální nervová soustava
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. verze
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
ICD-11	International Classification of Diseases, 11. revize
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
WHO	World Health organization



## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Symptomy nepozornosti a jejich projevy (dle Kooij et al., 2019).....	22
Tabulka č. 2: Struktura kurzu mindfulness (u obou běhů kurzu byla v každém týdnu dopsána i data, u společného setkání i konkrétní čas konání). .....	60
Tabulka č. 3: Symptomy ADHD a jejich projevy (inspirováno Barkley, 2015 a Kooij et al., 2019).....	60
Tabulka č. 4: Průměrné změny hodnot složek mindfulness daných FFMQ-15-CZ před a po absolvování kurzu (včetně sumy rozdílů daných složek před a po absolvování kurzu) jedenácti účastníky. ....	71
Tabulka č. 5: Kategorizace změn v projevech všímavosti po absolvování kurzu doplněné komentáři účastníků.....	72
Tabulka č. 6: Přehled četnosti volby projevů symptomů ADHD.....	74
Tabulka č. 7: Seřazení formálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich užitečnosti doplněné relevantními komentáři.....	78
Tabulka č. 8: Seřazení neformálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich užitečnosti doplněné relevantními komentáři.....	80
Tabulka č. 9: Seřazení formálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich náročnosti doplněné relevantními komentáři.....	82
Tabulka č. 10: Seřazení neformálních technik dle četnosti zmínění v závěru kurzu z hlediska jejich náročnosti doplněné relevantními komentáři.....	85

# Příloha 1

## **Informace a informovaný souhlas k osmitýdennímu kurzu mindfulness pro dospělé klienty s ADHD**

### **Úvod**

Dovoluji si Vás pozvat na osmitýdenní kurz mindfulness pro dospělé klienty s ADHD, který je prováděn za účelem diplomové práce nesoucí název Využití prvků mindfulness u dospělých klientů s ADHD pod záštitou katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Cílem práce je zjistit, zda tyto techniky dokážou zmírnit symptomy ADHD a dále popsat zkušenosti získané jejich praktikováním. Výsledky výzkumu by tak mohly rozšířit škálu nabízené pomoci pro dospělé klienty s ADHD o prvky mindfulness s doporučeními vycházejícími ze zkušenosti dospělých klientů s ADHD.

### **Jak bude kurz probíhat**

Úvodní setkání proběhne v druhé polovině ledna v týdnu od 17.1. - 22.1.2021 (konkrétní datum bude upřesněno v závislosti na všech účastnících kurzu po emailové domluvě). Zde dostanete bližší informace ke struktuře kurzu a společné komunikaci, od dalšího týdne, tedy od 24.1. do 29.1.2021 budou již probíhat první individuální lekce mindfulness. Na lednovém úvodním setkání si stanovíme také pevné termíny toho, kdy se budeme potkávat v online prostoru. Dále dostanete k vyplnění dotazník MMFQ (The Five Facet Mindfulness Questionnaire), který zodpovíte znovu i na konci kurzu. Budeme tím tak zjišťovat, zda se Vaše všímavost/pozornost během kurzu změnila. Obsahem úvodního setkání bude též úkol na první individuální setkání – ze seznamu symptomů ADHD vybrat ty, které budeme během kurzu sledovat, hodnotit. A dále se také zamyslet nad motivací k absolvování kurzu.

Naše online setkávání bude probíhat zhruba 30 minut, bude ale dobré počítat s tím, že čas může být v závislosti na dané technice či problému klienta o něco delší, nepřesáhne však jednu hodinu. Každá lekce bude začínat rekapitulací Vašeho týdne, co se Vám dařilo, v čem se vyskytly obtíže. Dále bude uvedena nová technika, kterou si rovnou během online setkání vyzkoušíte, proto bude dobré naplánovat si s lektorem takový čas, kdy nebudete rušení okolními vlivy.

Na každý týden dostanete cvičení formální a neformální. Formálním cvičením jsou myšleny meditace, které budete mít za úkol dělat během týdne, a to alespoň 6x v týdnu. Neformální cvičení, využití všímavosti v každodenním životě, budete praktikovat tolikrát, kolikrát to jen půjde. Na prvním setkání se budete s lektorem domlouvat o možných způsobech, jak zařadit tyto techniky do běžného dne. Formální cvičení trvají zhruba 10 minut a budete mít k dispozici nahrávky. Neformální cvičení trvají jen pár minut. Techniky na daný týden spolu s nahrávkami budete mít v Google dokumentu sdíleném s lektorem. Zde bude i tabulka, do které budete vyplňovat, zda jste cvičení daný den udělali. Každý účastník kurzu bude mít svoji složku sdílenou s lektorem, která nebude přístupná nikomu dalšímu.

Po čtvrtém setkání bude pro zájemce kurzu možné uspořádat online hromadné setkání, na kterém by proběhlo sdílení zkušeností a společná meditace. Tato část není povinná, ale zdá se být v kurzech mindfulness velice přínosná.

### **Co je ještě dobré vědět**

Výše zmíněný kurz je výzkumným projektem k diplomové práci a nemůže suplovat akreditované kurzy mindfulness vedené lektory s mnohaletou zkušeností. Naopak výhodou tohoto kurzu je představení technik, které byly uzpůsobeny pro klienty s ADHD. Individuální přístup a setkávání online z pohodlí Vašeho domova je také potenciálně možným benefitem.

Kurzu se mohou účastnit všichni dospělí klienti s ADHD, kteří mají chuť vyzkoušet novou techniku práce na sobě a pokusit se zmírnit své projevy poruchy pozornosti. Kurz je jen doplňkovou metodou pro snížení symptomatiky ADHD a nenárokuje si zastoupit jiné metody léčby, a to ani té farmakologické. Kurz není vhodný pro ty, kteří trpí akutní depresí, posttraumatickou stresovou poruchou či jinými závažnými psychickými obtížemi. Pokud si nejste jisti, zda je pro Vás kurz vhodný, konzultujte své pochyby s lektorem kurzu, a to i v případě, kdy se během kurzu vyskytnou problémy výše zmíněného charakteru.

### **Důvěrnost údajů**

Veškeré vaše osobní údaje (jméno, pohlaví, věk) budou v diplomové práci anonymizovány a pozměněny tak, aby nebyla Vaše osoba identifikovatelná. Dále se obě strany zavazují k důvěrnosti, že veškeré osobní informace, které se vyskytnou na individuálních či skupinových setkání, budou pokládány za důvěrné a budou využity jen pro účely diplomové práce.

Pro zjištění, zda medikace či jiná přidružená onemocnění mohou mít dopad na průběh kurzu, budou od Vás zjišťovány i tyto údaje.

Ke komunikaci s Vámi bude ve výzkumu požadována Vaše emailová adresa, jejímž prostřednictvím s Vámi bude lektor komunikovat.

Z důvodu přesného zachycení a možného opětovného ověření sdělovaných informací v rámci online setkávání budou jednotlivá sezení nahrávána. Audionahrávky budou sloužit výhradně diplomové práci a po jejím obhájení budou nahrávky smazány, nejdéle však rok od absolvování kurzu.

Já \_\_\_\_\_ (jméno a příjmení), nar. \_\_\_\_\_ jsem se seznámil(a) s podmínkami výzkumu diplomové práce Využití prvků mindfulness u dospělých klientů s ADHD a souhlasím se svým zapojením do projektu.

Datum:

Podpis:

## Příloha 2

### Polostrukturovaný rozhovor

#### 1. Přivítání

- **Jaký byl tvůj všímavý týden?**
- **Co se ti dařilo?**
- **Co ti dělalo problémy u formální techniky? Co ti dělalo problém u neformální techniky?**
- **Co bys potřeboval, aby bylo jinak a techniky se ti dařily plnit?**
- **Co bys potřeboval, aby bylo jinak a vedlo to k posílení tvé chuti mindfulness trénovat?**
- **Na škále od 0 do 10, kdy nula je nejhorší a 10 je nejlepší ohodnot' techniky tohoto týdne? Proč jsi zvolil toto hodnocení?**
- **Je něco, co tě v prvním všímavém týdnu překvapilo?**
- **Za co by ses tento první všímavý týden pochválil?**
- **Kolikrát jsi za předchozí týden cvičila formální a neformální techniku?**
- **Proč se ti nedařilo trénovat pravidelněji?**

- Díky čemu si během dne vzpomeneš, že máš dělat neformální techniku?
- **Pozoruješ nějaké změny v množství všímavosti?**
- **Pozoruješ nějaké změny v symptomech?**
- **Pozoruješ nějaké změny v životě?**
- **Jak bys k dnešnímu dni ohodnotil míru intenzity symptomů?**
- **Co by sis přál, aby bylo do příště jinak ve tvém trénování všímavosti?**

## 2. Techniky – vyzkoušení

- **Co si o technice myslíš, napadá tě k tomu něco?**

### Další otázky

- **Pomohlo ti něco z těch doporučení?**
- **Zkoušel jsi alternativy?**
- **Využíval jsi nahrávku?**

## Příloha 3

### Otázky kladené s časovým odstupem od ukončení kurzu

Vážení účastníci kurzu mindfulness,

ráda bych Vás ještě jednou touto cestou požádala o pomoc v rámci svého výzkumu k diplomové práci, a to o zodpovězení pěti otázek týkajících se efektů tréninku všímavosti s několikaměsíčním odstupem od jeho ukončení. Budu vděčná za jakýkoli komentář k otázkám

Děkuji.

Zdraví a krásné léto přeje,

Radka J.

- 1) Co z kurzu praktikujete dodnes?
  
- 2) Jak často a jakou formou rozvíjíte svou všímavost?
  
- 3) Změnily se po několikaměsíčním odstupem od ukončení kurzu projevy symptomů ADHD? Případně jak?
  
- 4) Na co s kurzu si vzpomínáte?
  
- 5) Napadá Vás ještě něco, co by mohlo být pro výzkum přínosné a nebyl prostor se vyjádřit?

## Příloha 4

### Příklad souboru obsahujícího formální a neformální techniku

## Druhý týden – meditace dechu

### Formální meditace – Meditace dechu

V tomto cvičení budeš zaměřovat svou pozornost na dech. Během tohoto cvičení si také budeš všimnout své toulající mysli a pokusíš se ji přimět k záměru soustředění se na dech.

- Najdi si příjemnou pozici, ve které dokážeš vydržet po celou dobu meditace. Může to být vleže, vsedě. Pokud sedíš, zkus narovnat záda do vzpřímené, důstojně vypadající pozice. Ruce polož do klína.
- Uvědom si, kde se tvé tělo dotýká země či podložky. Poté si uvědom jednotlivé části těla, které se navzájem dotýkají. Zkus vnímat tělo jako celek.
- Řekni si, co je tvým záměrem: „Právě teď se budu soustředit na svůj dech.“
- Udělej hluboký nádech a výdech. Pokus se myšlenky a starosti nechat běžet na pozadí.
- Zaměř se na svůj dech, jak prochází nosními dírkami. Můžeš vnímat proud chladnějšího vzduchu, který jde směrem do těla, a teplejšího vzduchu, který ho opouští. Postupně přenes pozornost k hrudníku, jak je nádechem a výdechem ovlivněn. Poté se zaměř na břicho a pozoruj jeho zvedání a klesání.
- Pokud se mysl zatoulá, nic se neděje. Jen si s upřímnou laskavostí připomeň svůj záměr. I kdyby se to mělo opakovat několikrát za meditaci. Buď na sebe hodný, nehodnot, jak ti to jde nebo nejde, jen se zájmem pozoruj, jak tvá mysl pracuje.
- Na závěr meditace si poděkuj za to, že jsi sám sobě věnoval čas, že jsi trénoval svoji pozornost a že ses snažil být více tady a teď.

### Neformální meditace – všímavý nádech a výdech před prací

Často se klientům s ADHD stává, že se vstupem do zaměstnání se bezhlavě vrhají do práce, aniž by se ujistili, co je v ten den důležité udělat a uklidnili svůj tok myšlenek. Jeden hluboký a všímavý nádech a výdech před usednutím k práci nám vytváří prostor pro vědomé rozhodnutí, s jakou aktivitou pracovní den začít, zklidní naše myšlenky.



## Tipy a doporučení

Možná se stane, že se ti nebude dařit udržet pozornost u dechu. Nevadí, můžeš ji kdykoli vrátit zpátky k dechu. Zajímavé pro tebe může být ale zjištění, jak danou situaci nebo sebe hodnotíš (např. „Sakra, to jsem tak neschopný/á, že se nedokážu alespoň chvíli soustředit?“). Zkus se vyvarovat těchto soudů o sobě. Můžeš si říct: „Aha, to je zase moje ADHD v akci.“

K udržení pozornosti u dechu ti může pomoci v duchu si říkat „nádech, výdech“. Nebo můžeš zkusit počítat, např. nádech bude „jedna, dva, tři“, výdech „jedna, dva, tři“. Pokud jsi neklidný, můžeš si také říct slova jako „klid“, „relax“ atd. Dále může pomoci i představa vzduchu, který jde do těla a z těla.

Pokud se v tvém těle objeví neklid, můžeš ho uvolnit tím, že uděláš několik hlubokých nádechů a výdechů, změníš pozici nebo se protáhneš. Možnou pomocí může být také vybití svého neklidu skrze rychlou chůzi, kterou postupně zpomaluj do doby, než budeš schopen vydržet u meditace.

Když se ti u meditace bude chtít spát, narovnej znovu záda nebo otevři oči. Nepozoruj dění kolem, ale zaměř se na jeden bod před sebou.

Je možné, že se během meditace objeví nenadálé zvuky, které tě vyruší. Zkus je nehodnotit, jen pojmenovat, uvědomit si, jaké pocity to v tobě vzbudilo a vrať se zpátky k dechu.

Je možné, že tě tato meditace bude nudit. Jen pojmenuj to, co se děje „nuda“, uvědom si pocity v těle, které nuda vyvolala a vrať se zpátky k dechu.

**Alternativa:** Tuto meditaci můžeš zkoušet i za chůze. Zvol si krátký úsek v místnosti, kde chceš provádět meditaci dechu. Chod' pomalu, svůj zrak zaměř na bod, kam chceš dojít, a přitom vnímej svůj dech. Můžeš sladit svůj dech s chůzí, tedy např. když půjdeš pravou nohu dopředu, uděláš nádech, a když levou půjdeš dopředu, tak výdech.

## **Příloha 5**

### **Závěrečné otázky kladené na konci kurzu**

V čem si myslíš, že byl kurz přínosný?

Která technika ti připadala nejužitečnější a v čem?

Která technika ti připadala nejnáročnější a v čem?

Pozoruješ změny projevů ADHD po absolvování kurzu?

Je něco, co ti v kurzu scházelo?

Chceš pokračovat v provádění technik i po skončení kurzu? Máš nějaký plán?