

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

(NE)ŽIADÚCE ÚČINKY MEDITÁCIE: DEFINÍCIA, PREVALENCIA, KATEGÓRIE A FAKTORY

(UN)WANTED EFFECTS OF MEDITATION:
DEFINITION, PREVALENCE, CATEGORIES AND
FACTORS



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Mgr. Filip Lucinkiewicz**

Vedúci práce: **Mgr. Martin Kupka, Ph.D.**

Olomouc

2023

PodĎakovanie

Na tomto mieste by som rád vyjadril vĎaĎnosť ľuďom, ktorí prispeli ku vzniku tejto práce. V prvom rade som vĎaĎný za vedenie práce Mgr. Martinovi Kupkovi, Ph.D., ktorého prístup maximálne vyhovoval mojím potrebám. Ďalej patrí obrovská vĎaka všetkým mojím blízkym, ktorí mi poskytovali podporu. Najväčšiu mieru materiálnej i mentálnej podpory mi poskytla moja žena Kristýna. Bez tejto neutíchajúcej podpory by práca s veľkou pravdepodobnosťou ani nevznikla.

Čestne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „(Ne)žiadúce účinky meditácie: definícia, prevalencia, kategórie a faktory“ vypracoval samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedol som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
1 Vymedzenie základných pojmov	7
1.1 Meditácia.....	7
1.2 Programy založené na meditácii	8
2 Deficity výskumu meditácie	9
2.1 Začiatky výskumu nežiadúcich účinkov meditácie.....	10
3 Definícia nežiadúcich účinkov meditácie	13
3.1 Negatívna valencia	13
3.2 Negatívny dopad	14
3.3 Negatívna intencionalita.....	16
3.4 Predpokladaná kauzalita.....	17
3.5. Prechodný distress vs. Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom.....	21
4 Prevalencia nežiadúcich účinkov meditácie	23
4.1 Prevalencia menej závažných nežiadúcich účinkov meditácie	23
4.2 Prevalencia závažnejších nežiadúcich účinkov meditácie	26
5 Kategórie nežiadúcich účinkov meditácie	30
5.1 Afektívne nežiadúce účinky meditácie	30
5.2 Kognitívne nežiadúce účinky meditácie	32
5.3 Konatívne nežiadúce účinky meditácie.....	35
5.4 Perceptuálne nežiadúce účinky meditácie.....	36
5.5 Negatívne účinky meditácie v seba-pojatí (Ja)	38
5.6 Sociálne nežiadúce účinky meditácie.....	40
5.7 Somatické nežiadúce účinky meditácie	41
6 Faktory.....	43
6.1 Rovina životosprávy a zdravia	43
6.2 Rovina meditačnej praxe.....	45
6.3 Socio-kultúrna rovina.....	48
6.4 Rovina meditujúceho	50
7 Diskusia.....	53
7.1 Aká je charakteristika nežiadúcich účinkov meditácie?	53
7.2 Aké časté sú nežiadúce účinky meditácie?	54

7.3 Aké sú druhy nežiadúcich účinkov meditácie?	55
7.4 Aké faktory majú vplyv na nežiadúce účinky meditácie?.....	57
7.5 Limity a prínos práce.....	58
8 ZÁVER	60
9 SÚHRN	62
ZOZNAM LITERATÚRY	66
PRÍLOHY	73

ÚVOD

Dovolím si tvrdiť, že pojem meditácia u značnej časti populácie prirodzene evokuje pozitívne účinky na biologické, psychické, sociálne a spirituálne aspekty ľudského života. Priznávam, že túto predstavu som zdieľal aj ja do doby, než som pred pár rokmi mal možnosť zažiť odvrátenú stranu tejto v súčasnosti tak populárnej a popularizovanej aktivity založenej primárne na vytrvalom kultivovaní vlastnej mysle a vedomia. Tento zážitok s odvrátenou stranou meditácie sa v mojom prípade odohral počas intenzívneho meditačného pobytu. Presnejšie sa jednalo o techniku zvanú *vipassana*, ktorá sa radí medzi tie najstaršie, a ktorej cieľom je „vidieť veci také, aké v skutočnosti sú“. Zámerom tejto práce nie je osobná prípadová štúdia, preto len doplním, že pobyt som, po určitých výkyvoch svojho psychického stavu, ukončil po štyroch dňoch z plánovaných desiatich. Ešte teraz vnímam pri spomienke na túto udalosť ozveny priam eruptívnej radosti, ktorá sa dostavila ihneď po opustení meditačného centra. Mám potrebu dodať, že na samotnú meditáciu som nezanevrel aj napriek tomu, že ďalší meditačný pobyt som sa odvtedy nepokúsil absolvovať.

Práve snaha lepšie porozumieť tomu, čo som počas meditačného pobytu prežíval, ma priviedla k voľbe témy svojej bakalárskej práce. Výhradne teoretickú podobu práce som zvolil hlavne preto, že problematike nežiadúcich účinkov meditácie sa doposiaľ v tuzemskom akademickom prostredí detailne nevenoval žiaden odborný článok, ani žiadna diplomová práca. Vsadením predpony „ne“ do zátvoriek v názvu práce poukazujem na ambivalenciu skúmaného fenoménu, ktorému nie je jednoznačne a za všetkých okolností možné prisúdiť negatívnu hodnotu, ako sa čitateľ dozvie pri čítaní jednotlivých kapitol. Samotné kapitoly, ako je taktiež zrejmé z názvu práce, sú koncipované so zámerom poskytnúť odpovede na nasledujúce otázky:

- Aká je charakteristika nežiadúcich účinkov meditácie?
- Aké časté sú nežiadúce účinky meditácie?
- Aké sú druhy nežiadúcich účinkov meditácie?
- Aké faktory majú vplyv na nežiadúce účinky meditácie?

Pri formulovaní odpovedí vychádzam takmer výhradne z rešerší anglofónnej odbornej literatúry, pričom veľká časť citovaných vedeckých článkov bola publikovaná v posledných piatich rokoch. Z tejto skutočnosti usudzujem, že aj v zahraničí výskum

zameraný na lepšie porozumenie problematike nežiadúcich účinkov meditácie nedospel do štádia, kedy by bolo možné odpovedať na všetky vyššie uvedené otázky s konečnou platnosťou. Debata o charaktere, frekvencii, druhoch a faktoroch nežiadúcich účinkoch meditácie je nepochybne potrebná. O to väčší význam má, o čo väčší počet ľudí aj z tunajšieho prostredia prichádza s meditáciou do priameho kontaktu. Táto práca je preto určená nie len odbornej, ale i laickej verejnosti so záujmom o účinky meditácie, ktorým doteraz nebola venovaná dostatočná pozornosť.

1 Vymedzenie základných pojmov

1.1 Meditácia

Prvú komplikáciu predstavuje už samotné vymedzenie termínu meditácia, ktorý nadobúda v rôznych kontextoch rôzne významy (Perez-De-Albeniz & Holmes, 2000). Vo svojom pôvodnom význame odkazuje na široké spektrum praktík, ktoré využívali a stále využívajú náboženské tradície¹ ako akt spirituálnej kontemplácie (Farias et al., 2020). Lutz, Slagter a Dunne (2009) prišli s návrhom rozlišovať dve základné typy meditácie. Prvým typom je cielená pozornosť (*focused attention*). Praktiky na nej založené využívajú špecifický objekt (dych, mantru, modlitbu, apod.), na ktorý meditujúci sústredí svoju koncentráciu. Druhým typom je otvorené monitorovanie (*open monitoring*), počas ktorého meditujúci rozvíja holistické vnímanie prítomného okamihu tým, že registruje vo svojom vedomí podnety prichádzajúce z vonkajšieho i vnútorného prostredia bez potreby koncentrovať na nich svoju pozornosť. V tejto bakalárskej práci sa meditácia bude najčastejšie vzťahovať k budhistickej tradícii, keďže najväčší počet z citovaných odborných článkov sa venuje práve jej. Konečný cieľ budhistickej meditácie spočíva v oslobodení sa od utrpenia. Jeden z kľúčových prostriedkov pomáhajúcich smerovať k naplneniu tohto cieľa predstavuje práca s vlastnou myslou, prostredníctvom ktorej meditujúci postupne preniká do pravej povahy reality (Benda, 2010). Realitu nakoniec vníma ako jednotu, s ktorou tvorí neoddeliteľný celok, čo prakticky znamená, že nemá potrebu fenomenologicky ju členiť na jednotlivé entity a fenomény a vyčleňovať z nej samého seba. Rozlišovanie medzi subjektom a objektom tým pádom stráca zmysel, keďže neexistuje vedomie „Ja“.

V druhej polovici 20. storočia dochádza v euroamerickom prostredí k „vypreparovaniu“ spirituálneho základu meditácie, ktorá sa dostáva do povedomia odbornej i širokej verejnosti ako laická metóda s terapeutickým účinkom na kvalitu života meditujúceho. Najväčšiu popularitu si na Západe v posledných desaťročiach získala meditácia všímavosti (*mindfulness*) s pôvodom v Úvode spomenutej budhistickej technike zvanej *vipassana*, ktorej názov by sa dal preložiť ako „vidieť veci také, aké sú v skutočnosti“ (Lustyk et al., 2009). Benda (2019) definuje túto vlastnosť nasledovne: „Všímvosť lze

¹ V euroamerickom prostredí pojem meditácia evokuje primárne náboženstvá pochádzajúce z Ázie ako taoizmus, budhizmus a hinduizmus, hoci nepochybne existuje aj tradícia kresťanskej meditácie.

stručne definovat jako schopnost nezaujatě zaznamenávat psychické a tělesné fenomény (myšlenky, vjemy, pocity, nálady atd.) prožívané v přítomném okamžiku. Všíímavost zaujímá vůči prožívané zkušenosti akceptující, otevřený a laskavě zvědavý postoj.“ (porovnaj Baer et al., 2019; Zang et al., 2021).

1.2 Programy založené na meditácii

Meditáciu všímavosti ako terapeutickú metódu spopularizovali programy, z ktorých dva najznámejšie sú *Znižovanie stresu založené na všímavosti (Mindfulness-Based Stress Reduction, ďalej len MBSR)* a *Kognitívna terapia založená na všímavosti (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, ďalej len MBCT)*. Na rozdiel od tradičnej budhistickej meditácie všímavosti je ich trvanie časovo ohraničené: trvajú osem týždňov, počas ktorých sa účastníci stretávajú raz za týždeň na skupinových stretnutiach (2 – 2,5 h). Obsahom týchto stretnutí nie je výhradne len samotný tréning všímavosti, ale aj následný psychologicko-edukačný rozhovor, ktorý pomáha účastníkom identifikovať ich myšlienky, emócie, počítky a vzorce s nimi spojené. Terapeutický cieľ predstavuje postupom času vymeniť maladaptívne reakcie za tie adaptívne prostredníctvom zmeny postoja k prežívanej skutočnosti. Okrem týchto skupinových sedení, by účastníci mali trénovať všímavosť aj individuálne každý deň (ideálne 45 min) v domácom prostredí a v rámci programu absolvujú aj jeden intenzívnejší (niekoľkohodinový) tréning.

2 Deficity výskumu meditácie

Prezentovanie rozmanitých benefitov meditácie vo vedeckých i popularizačných článkoch miestami hraničilo s nekritickým oslavovaním ako priam zázračného „všeliaku“ (panacea) proti depresii, úzkosti, stresu, či rôznym druhom závislostiam a „nástroju“ zlepšujúcemu celkovú kvalitu života tým, že priaznivo vplýva na náladu, emočnú reguláciu, ale aj fyziologické faktory ako napríklad krvný tlak (Anderson et al., 2019). Väčšina ľudí zo Západu nepraktikuje meditáciu s transcendentálnym zámerom, ale ako ekvivalent mentálneho cvičenia zlepšujúceho ich celkovú kondíciu. Toto tvrdenie ilustruje výskum z roku 2012 na vzorke vyše 30 tisíc dospelých Američanov (National Center for Complementary and Integrative Health, n.d.). Až 73% ľudí, ktorí praktikovali výlučne meditáciu všímavosti (*mindfulness meditation*), uviedlo motiváciu v podobe celkového zdravia a prevencie chorôb.

Ku korekcii tejto predstavy meditácie ako metódy s bezvýhradne pozitívnymi účinkami dochádza (minimálne v anglofónnom akademickom priestore) s väčšou razanciou zhruba posledných 10 rokov. K realistickejšiemu, tj. nuancovanejšiemu, pohľadu na tento fenomén prispievajú predovšetkým metaanalýzy. Niektoré z nich poukazujú na závažné metodologické nedostatky primárnych výskumov, ktoré vedú k vylúčeniu takmer 75 % pôvodnému vzorku (Sedlmeier et al., 2012).² Ďalšie metaanalýzy poukazujú na to, že v porovnaní s inými druhmi intervencie (napríklad fyzickej aktivity) nevykazujú signifikantne rozdielne výsledky (Galante et al., 2021). Autori tejto metaanalýzy navyše upozorňujú na to, že kurzy všímavosti by mali byť implementované obozretne, keďže stále neexistujú presvedčivé dôkazy o ich účinnosti pre každého a za všetkých okolností. V neposlednom rade výsledky niektorých iných metaanalýz našli len slabé až mierne dôkazy, že osem týždňové meditačné programy založené na všímavosti vedú k zlepšeniu v dlhodobejšom horizonte v cielených oblastiach (depresia, úzkosť, stres a bolesť), prípadne v iných oblastiach (pozitívna nálada, pozornosť, spánok, váha, užívanie návykových látok) nenašli pre túto hypotézu žiaden dokaz (Goyal et al., 2014).

Deficity výskumu meditácie sa stali predmetom viacerých vedeckých článkoch (Lustyk et al., 2009; Farias & Wikholm, 2016; Davidson & Kaszniak, 2015; Hanley et al.,

² Za najčastejšie zmieňované nedostatky okrem nízkej kvality dizajnu výskumu býva považovaný nízky počet probandov, krátka doba sledovania probandov po ukočení intervencie a nekonzistentnosť na úrovni terminológie i nástrojov merania (Zang et al., 2021).

2016; Van Dam et al., 2018). Až na jednu výnimku (Davidson & Kaszniak, 2015), autori týchto článkov vyzdvihujú nežiadúce účinky meditácie ako jednu z oblastí, ktorej nebola doteraz venovaná dostatočná pozornosť, čo viedlo k mylnému presvedčeniu, že meditácia predstavuje intervenciu s minimálnym rizikom a nežiadúce účinky s ňou spojené sú relatívne vzácne (Vieten et al., 2018). To, že k bezpečnosti praktikovania meditácie, sa v súčasnej dobe nie je možné definitívne vyjadriť, uznávajú aj národné zdravotnícke inštitúty (National Center for Complementary and Integrative Health, n.d.). Lepšia znalosť nežiadúcich účinkov a ich intervenujúcich faktorov v oblasti meditácie tak môže mať viaceré praktické dopady ako napríklad vývoj a zavedenie skríningových procedúr umožňujúcich vopred vylúčiť rizikové osoby. Výskum v tejto oblasti by taktiež mohol viesť k tomu, že učitelia a lektori meditácie by mali k dispozícii nástroje určené k monitorovaniu a identifikácii nežiadúcich účinkov. Tieto nástroje spolu so štandardizovaným zoznamom overených doporučení ako na konkrétne z nich adekvátne zareagovať by mohlo vo výraznej miere viesť k zníženiu rizika rozvoja závažnejších symptómov a následkov (Aizik-Reebs et al., 2021).

2.1 Začiatky výskumu nežiadúcich účinkov meditácie

Zmienky o potencionálne negatívnych dopadoch a aspektoch meditácie existujú už v tradičných náboženských textoch (Lindhal et al, 2017; Compson, 2018). V religióznom kontexte je možné naraziť na termíny ako „meditačná choroba“ (Ahn, 2021) alebo „psychospirituálna kríza“³ (Benda, 2010; Janečková, 2008). Začiatok výskumu nežiadúcich účinkov meditácie v euroamerickom prostredí sa datuje do druhej polovice 70. rokov, kedy sa meditácia tešila už niekoľko rokov čoraz väčšej popularity a záujmu zo strany akademickej obce i verejnosti. V tejto dobe sa objavili prvé prípadové štúdie popisujúce klinicky závažné stavy u meditujúcich. Od tej doby vzniklo zhruba 15 takýchto prípadových štúdií⁴, z ktorých mnohé dokumentujú v súvislosti s praktikovaním meditácie príznaky natoľko závažných porúch ako sú tie z okruhu schizofrénie (Walsch & Roche, 1979;

³ Téma tejto bakalárskej práce sa do istej miery prekrýva s témou psychospirituálnej krízy, ktorej sa v českom akademickom prostredí dostalo predsa len viac pozornosti. Tento tematický prienik je zrejmý z nasledujúcej definície od Janečkovej (2008): „Jde o epizody neobvyklých zkušeností, které zahrnují změny vědomí a změny percepčních, emocionálních a psychosomatických funkcí. V těchto epizodách je patrný přesah obvyklých hranic definice a prožívání vlastního Já, tj. posun k transpersonálním či psychospirituálním zážitkům. Vynořování těchto neobvyklých zkušeností se může proměnit v potíže.“

⁴ Údaj získaný z prehľadovej štúdie Taylora et al. (2022).

Kuijpers et al., 2007) a afektívnych porúch vrátane manických epizód (Yorston, 2001), či symptómy (re)traumatizácie ako depersonalizácia a derealizácia (Castillo, 1990) a flashbacky (Miller, 1993).⁵ Nepochybne prípadové štúdie predstavujú dôležitú prvú fázu mapovania málo prebádaného fenoménu tým, že poskytujú obsiahly popis situácie, v rámci ktorej došlo k nežiadúcej udalosti počas alebo nejaký čas po aplikácii určitej intervencie (v tomto prípade praktikovaní meditácie). Avšak nekontrolované podmienky takéhoto typu výskumu umožňujú formulovať len predbežné hypotézy, ktoré je nutné následne overiť prostredníctvom systematického výskumu na veľkej vzorke populácie (Dimidjian & Hollon, 2010).

Je preto prekvapivé, že kvantitatívne výskumy nežiadúcich účinkoch meditácie boli dlhé roky raritou. Výnimku predstavuje výskum z 80. rokov (Otis, 1984 in Baer et al., 2019) zameraný priamo na negatívne účinky transcendentálnej meditácie na vzorke 574 ľudí, z ktorých 4,5 – 13,5 % uviedlo zhoršenie psychického stavu v podobe zvýšenej miery úzkosti, depresie, zmätku a ďalších príznakov. Pričom skúsenejší meditujúci uviedli síce viac príznakov, ale zároveň aj viac psychologických problémov datujúcich sa do doby pred začiatkom vlastnej praxe. Ďalší výskum z 90. rokov (Shapiro, 1992) kombinujúci kvalitatívny prístup s kvantitatívnym, bol zameraný taktiež na ľudí praktikujúcich transcendentálnu meditáciu, tentokrát však výhradne na vzorku populácie dlhodobo meditujúcich, ktorí navyše absolvovali v rámci samotného výskumu intenzívny meditačný pobyt (*retreat*). Z 27 probandov 17 uviedlo aspoň jeden negatívny účinok meditácie a z nich dvaja zažili v rámci intenzívnej meditácie natoľko závažné príznaky (dezorientácia a depresia), že prestali s jej praktikovaním. Výskum nežiadúcich účinkov meditácie sa dostal do ďalšej fázy až niekedy okolo roku 2010, pričom väčšina citovaných zdrojov v tejto bakalárskej práci bola publikovaná po roku 2015. Poznatky z týchto výskumov sú spracované v nasledujúcich kapitolách.

Aj na základe vyššie uvedeného je preto poľutovaniahodné, že v českom akademickom prostredí sa doteraz nevenovala nežiadúcim účinkom meditácie prakticky žiadna pozornosť. Samozrejme existuje niekoľko odborných textov, v ktorých je možné nájsť zmienku o tomto fenoméne. Na druhú stranu, nižšie uvedené príklady ilustrujú, že takéto zmienky majú

⁵ Už v roku 1977 Americká psychiatrická asociácia (APA) vyjadrila obavy nad existenciou nežiadúcich účinkov spojených s meditáciou, čo neskôr viedlo k publikovaniu správy na danú tému obsahujúcu odporúčané zásady v situáciách, kedy je meditácia využívaná ako forma liečby (Van Dam et al., 2018). Popis depersonalizácie spojennej s praktikovaním meditácie a ďalších klinicky relevantných symptómov sa potom objavil v štvrtom (1994) a piatom (2013) vydaní Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch.

povahu pomyselnej poznámky pod čiarou. Ondřej (2011) sa vo svojom článku zmieňuje o nežiadúcich účinkoch meditácie v podkapitole Zdravotní riziká, v ktorej uznáva, že sú „přehlíženy, a zdrojem informací tak zůstává starší literatura, přehledové a kazuistické studie.“ V nasledujúcich dvoch odsekoch stručne predstaví výsledky vybraných (prevažne) prípadových štúdií. Chýle (2021) v teoretickej časti síce poukazuje prostredníctvom dvoch výskumov (Wong et al., 2018; Hirshberg et al., 2020) na nízku mieru rizika pre účastníkov programov MBSR a MBCT, avšak v kapitole Diskuse sa aj napriek tomu objaví odporúčenie viac skúmať nežiadúce účinky u týchto intervencií.

Prostredníctvom portálu Theses.cz⁶ sa mi podarilo vyhľadať jednu akademickú prácu (Kasalová, 2021), kde sa píše o existencii negatívnych prežitkov spojených s meditáciou v rámci aplikovaného výskumu. Autorka síce nepoužíva priamo termín nežiadúce účinky, každopádne jej výskum poukazuje na závažnú skutočnosť, že „(ž)ádný z respondentů nevěděl, že meditace nemusejí vést vždy jen k příjemným zážitkům, a mohou spouštět celou řadu zážitků nepříjemných“. Následne prezentuje kategórie nepríjemne vnímaných zážitkov identifikované respondentmi svojho výskumu, ktoré sa v mnohom prekrývajú s kategóriami nežiadúcich účinkov meditácie popísaných v príslušnej kapitole tejto práce.

⁶ Vyhľadávanie sa uskutočnilo dňa 7.1.2023.

3 Definícia nežiadúcich účinkov meditácie

Snaha jednoznačne definovať nežiadúce účinky meditácie je problematická z viacerých dôvodov. Prvú prekážku predstavuje fakt, že v odbornej literatúre neexistuje konsenzus ohľadom terminológie. V článkoch sa tak môžeme stretnúť s označeniami takýchto účinkov ako „negatívnych“ (*adverse*, *negative*), „neprijemných“ (*unpleasant*), „obťažujúcich“ (*distressing*), „škodlivých“ (*harmful*), či „poškodzujúcich“ (*impairing*), prípadne vo forme podstatných mien ako „nevýhod“ (*drawbacks*) alebo „výziev“ (*challenges*). Pričom nie je neobvyklé, že aj v rámci jednej publikácie autori využijú viaceré termíny. Samozrejme užívanie rôznych pojmov môže byť podmienené tým, že jednotliví autori neodkazujú na úplne identické fenomény a používajú preto odlišné operacionálne definície. Väčšia miera konsenzu v rovine terminológie a metodológie by nepochybne prispela k väčšej miere validity, reliability a robustnosti metód výskumu nežiadúcich účinkov meditácie.

3.1 Negatívna valencia

Komplikácie pri snahe definovať nežiadúce účinky meditácie vyplývajú taktiež z ich nejednoznačnej povahy. Prvý aspekt, na prvý pohľad možno ten najmenej problematický, predstavuje **negatívna valencia** (Britton et al. 2021; Goldberg et al., 2022; Hanssen et al. 2021). V tomto zmysle je nežiadúci účinok meditácie taký, ktorý je samotným meditujúcim prežívaný negatívne a následne je tak i posudzovaný. Valencia účinku však nie je statická, ale dynamická premenná, ktorá navyše závisí na viacerých faktoroch.⁷ Za kľúčový faktor určujúci valenciu určitej fenomenologickej kategórie je považovaný komplexný proces posudzovania jej hodnoty a významu prostredníctvom interpretačných rámcov (Lindhal et al, 2017; Lindhal et al., 2019). Rovnakej kategórii účinkov meditácie sa tak v závislosti na kontexte prisudzujú atribúty ako „požadovaná“, „pozitívna“, či „prínosná“ alebo naopak „nežiadúca“, „negatívna“, prípadne „škodlivá“. Inak vyjadrené, rovnaká kategória účinku môže mať protikladnú valenciu pre rôzne osoby. Navyše priradenie valencie určitému účinku môže nadobúdať rôzne trajektórie: niekto hodnotí ten istý účinok ako výhradne pozitívny alebo naopak negatívny. Zároveň pre iných ten istý účinok môže byť spoiatku negatívny,

⁷ Tejto téme bude viac priestor venovaný v 6. kapitole.

aby neskôr bol prežívaný a vnímaný ako pozitívny. A u niektorých sa objaví presne opačné poradie posudzovania valencie toho istého účinku (Cooper et al., 2021).

3.2 Negatívny dopad

Druhý aspekt nežiadúcich účinkov meditácie predstavuje ich **negatívny dopad** na každodenné fungovanie meditujúceho. V záverečnom zozname termínov *Medzinárodnej klasifikácie pre pacientovu bezpečnosť* (WHO, 2010) Svetová zdravotnícka organizácia ponúka až 13 možných definícií nežiadúcich účinkov. Pričom často citovaná býva práve tá, ktorá vyzdvihuje ich negatívny dopad: „Mimoriadna udalosť, ktorá spôsobila pacientovi ujmu.“ (Pričom ujma „znamená poškodenie štruktúry alebo funkcie tela a/alebo akýkoľvek škodlivý účinok z toho vyplývajúci, vrátane choroby, zranenia, utrpenia, postihnutia a smrti, a môže byť fyzická, sociálna alebo psychologická.“)

Z hľadiska miery negatívneho dopadu sa odporúča rozlišovať medzi nežiadúcimi účinkami a závažnými nežiadúcimi účinkami, pričom určujúca je kombinácia kritérií ako dĺžka trvania účinkov, miera utrpenia, úroveň zhoršenia fungovania v nejakej oblasti, prípadne zhoršenia celkovej kvality života a miera rizika ohrozenia seba či inej osoby (Britton et al., 2021). Závažné nežiadúce udalosti sú definované ako „nečakaná príhoda zahrňujúca smrť alebo závažné fyzické alebo psychologické zranenie, prípadne ich veľké riziko“ (WHO, 2010). V súvislosti s meditáciou sa najčastejšie uvádza život ohrozujúce konanie (primárne suicidálne), prípadne akákoľvek iná situácia vyžadujúca hospitalizáciu, či iný druh akútnej liečby (napr. ataka psychického ochorenia) (Anderson et al., 2019; Baer et al., 2019; Farias et al., 2020; Lambert et al., 2021). Niektorí výskumníci (napr. Linden, 2013; Pauly et al., 2021) navrhujú odstupňovanie nežiadúcich účinkov meditácie z hľadiska závažnosti na:

1. slabé účinky bez akéhokoľvek dopadu
2. mierne vyvolávajúce obavy a znepokojenie
3. závažné vyžadujúce protiopatrenie
4. veľmi závažné s pretrvávajúcimi následkami
5. extrémne závažné (ohrozenie života, nutnosť hospitalizácie)

Kľúčovou otázkou je, či prvá kategória predstavuje vo svojej podstate nežiadúci účinok alebo nie. Pauly et al. (2021) na túto otázku poskytuje negatívnu odpoveď a navrhuje pre prvú kategóriu označenie „neprijemné zážitky“, keďže na rozdiel od zvyšných štyroch neimplikuje nejaký druh utrpenia, poškodenia, či zhoršenia v nejakej oblasti života. Dôležitým argumentom podporujúcim toto tvrdenie je, že nevyhnutnú súčasť meditačnej praxe tvorí rozvíjanie všímanosti voči akýmkoľvek podnetom, ktoré sú zaznamenané vedomím meditujúceho bez ohľadu na ich valenciu.

Brazier (2013) upozorňuje, že obzvlášť u začiatočníkov prináša meditácia zvýšenú mieru stresu a nepohodlia pri konfrontácii sa s myšlienkami a emóciami, ktorým sa za bežných okolností vyhýbajú. Začiatočníci ešte navyše nemajú osvojené potrebné kompetencie, ktoré pomáhajú zvyšovať toleranciu a odolnosť voči tomuto druhu podnetom. Ak sa im však podarí postupne zaujať voči nim postoj založený na pozorovaní bez nutnosti ich akokoľvek hodnotiť, potom sa reakcie ako nepokoj, úzkosť, nepohodlie alebo zmätok neobjavia vôbec, prípadne len s neporovnateľne menšou intenzitou. Takýto postoj by mal byť založený na súcite voči sebe i iným, otvorenosti voči všetkému a akceptácii všetkého, čo sa deje navonok i vo vnútri. Rozvíjanie takejto všímanosti sa považuje za terapeutické v tom zmysle, že ľuďom pomáha preskúmať a pochopiť všetky dimenzie prežívaných reakcií a uvedomiť si ich dočasnú povahu (Binda et al., 2022; Creswell, 2017). Názor, že dočasný distress predstavuje častokrát nevyhnutnú súčasť procesu zmeny k lepšiemu stavu, je rozšírený aj v rámci výskumu psychologických intervencií ako takých (Duggan et al., 2014).

Z tohto uhlu pohľadu negatívna valencia účinkov meditácia neimplikuje bezpodmienečne ich negatívne dopady na život meditujúcich, ba práve naopak môže viesť k tým pozitívnym. Dôkazy pre toto tvrdenie prinášajú viaceré kvalitatívne výskumy dlhodobu meditujúcich (Ekici et al., 2018; Lomas et al., 2015; Shaner et al., 2017), ale aj výskumy s kvantitatívnou zložkou uskutočnené na vzorke začiatočníkov. Jeden z takých výskumov s využitím zberu dát v podobe *experience sampling method* (ESM)⁸ a výpočtu indexu spoľahlivej zmeny (*Reliable Change Index*, RCI)⁹ dospel k záveru, že nežiadúce účinky prežívané priamo počas

⁸ Metóda spočíva v tom, že si probandi zaznamenávajú po signalizácii nejakým zariadením v nepravidelných intervaloch do dotazníku údaje týkajúce sa aktuálnej činnosti, okolností situácie a svojho psychického stavu. Do povedomia ju dostal americký psychológ maďarského pôvodu Csikszentmihalyi, ktorý prostredníctvom nej skúmal koncept flow.

⁹ RCI je index, prostredníctvom ktorého je možné zistiť, či je zmena dostatočne spoľahlivá, teda že nepredstavuje náhodnú chybu merania (Rissova, 2016).

praxe nie sú prediktorom pretrvávajúcich nežiadúcich účinkov (Aizik-Reebs et al., 2021). Okrem toho na základe vyhodnotenia dát autori ponúkajú nasledujúcu interpretáciu existencie pretrvávajúcich nežiadúcich účinkov: za deklarovaným zhoršením v určitých oblastiach života po ukončení 21 dní trvajúcej intervencie založenej na všímavosti sa skrýva väčšia miera uvedomovania si vnútorných stavov než samotné zhoršenie stavu v jednotlivých oblastiach. K rovnakému záveru dospel aj iný výskumný tím (Harel et al., 2018). Podľa zistení tohto tímu zvýšenie negatívnej afektivity a zhoršenie tej pozitívnej nepredikovalo u meditujúcich nováčikov týždeň po absolvovaní programu všímavosti ani negatívne dopady intervencie, ani riziko ukončenia programu.

3.3 Negatívna intencionalita

Z vyššie uvedeného vyplýva, že ďalší aspektom nežiadúcich účinkov meditácie okrem negatívnej valencie a dopadu predstavuje **negatívna intencionalita**, presnejšie prípad keď sa dostaví účinok intervencie, ktorý nie je jej cieľom (Van Dam et al., 2018). Z tejto perspektívy je potrebné rozlišovať medzi žiadúcimi účinkami s negatívnou valenciou, ktoré sú nevyhnutou súčasťou procesu na ceste k naplneniu stanoveného cieľa prostredníctvom meditácie a na nežiadúce účinky, ktoré naopak nie len, že nevedú k naplneniu cieľa (tj. na vedľajšie účinky), ale dokonca naopak môžu mať negatívny dopad na meditujúceho (tzn. potencionálne idú proti stanovenému cieľu).

Možnosť jednoznačného rozlíšenia medzi týmito dvoma kategóriami komplikuje fakt, že proces osvojovania si kompetencie meditovať vôbec nemusí mať lineárny priebeh. Jeho súčasťou môžu byť fázy regresie, reštrukturalizácie a reintegrácie (Kornfield, 1979). Dočasný negatívny dopad meditácie tak postupom času môže byť vykúpený osobnostným rastom a v takom prípade by dočasné nežiadúce účinky pri retrospektívnom pohľade neboli posudzované meditujúcimi tak negatívne. Dôkaz pre toto tvrdenie prináša výskum (Hanssen et al., 2021), v rámci ktorého po absolvovaní osem týždňov trvajúceho programu MBCT sa časť vzorku osôb s bipolárnou poruchou, u ktorých sa prejavili nežiadúce účinky meditácie delila na dve skupiny. Početnejšia skupina (58 %, N = 11) vnímala ich existenciu ako súčasť terapeutického procesu práve preto, že vďaka nim rozvíjali schopnosti založené na všímavosti (napr. prijatie, decentrovanie, súcít), ktoré môžu aplikovať v náročných

životných situáciách. Druhá skupina (42 %, N = 8) ich hodnotila výhradne negatívne práve preto, že sa z ich pohľadu prostredníctvom nežiadúcich účinkoch ničomu nenaučili.

Čo však v prípade, ak si niekto stanoví cieľ v rámci meditácie celkové zlepšenie svojho stavu (prípadne zlepšenie v určitej oblasti) a jeho stav sa ani nezlepší, ani nezhorší? Z hľadiska výskumu nežiadúcich účinkov psychoterapie sa pre túto kategóriu používa termín nereagovanie na terapiu a niektorí psychoterapeuti i výskumníci ho považujú za nežiadúci účinok meditácie (Bysdett et al., 2014; Linden, 2013; Polakovská & Vybíral, 2018). Výsledky jedného výskumu (Baer et al., 2021) poukazujú na to, že takto definované účinky by sa vzťahovali na väčšinu probandov (neklinická vzorka populácie), ktorí absolvovali MBCT. Presnejšie v prvej štúdii (N = 84) validizovaný dotazník¹⁰ nepreukázal zlepšenie v oblasti úzkosti u 67 % ľudí, v prípade symptómov depresie¹¹ to bolo dokonca 85%. V druhej štúdii (N = 74) zameranej na celkový distress¹² sa hodnota prevalencie ľudí bez spoľahlivo merateľnej zmeny pohybovala na úrovni 75 %.¹³ Aby nedochádzalo k frustrácii ľudí začínajúcich s meditáciou a zároveň sa predchádzalo vzniku minimálne časti nežiadúcich účinkov meditácie, je viac než žiadúce pracovať s realistickými očakávaniami a realisticky definovanými cieľmi.

3.4 Predpokladaná kauzalita

Posledným a nemej problematický aspekt nežiadúcich účinkov meditácie reprezentuje **predpoklad kauzality**. Tento aspekt vyzdvihuje ďalšia relevantná definícia uvedená v *Medzinárodnej klasifikácii pre pacientovu bezpečnosť* (WHO, 2010): „Nečakaná a nežiadúca udalosť priamo spojená s poskytnutou starostlivosťou alebo službami pacientovi.“ V rámci klinického výskumu (obzvlášť psychologických intervencií) práve kauzalita môže predstavovať kritérium rozlíšenia medzi ujmom (*harm*) a nežiadúcou udalosťou (*adverse event*) (Duggan et al., 2014). V prvom prípade sa jedná o trvalé zhoršovanie priamo a nepochybne zapríčinené intervenciou. V druhom prípade taktiež dochádza k rovnako definovanej ujme, s tým rozdielom, že existuje len predpoklad

¹⁰ Autori využili dotazník GAD-7.

¹¹ Autori využili dotazník PHQ-9.

¹² Autori využili dotazník CORE-10.

¹³ Je potrebné uvedomiť si, že dosiahnuť spoľahlivú zmenu aj napriek správne uskutočnenej intervencii je u neklinickej (zdravej) populácie ťažšie ako u klinickej, keďže vykazuje už pred začiatkom intervencie prirodzene lepšie hodnoty (*baseline*) v oblastiach, na ktoré je zameraná.

kauzality. Linden (2013) navrhuje prostredníctvom Likertovej škály posudzovať pravdepodobnosť kauzality medzi intervenciou a zhoršením stavu nasledovne:

1. nesúvisiace
2. pravdepodobne nesúvisiace
3. možno súvisiace
4. pravdepodobne súvisiace
5. súvisiace

V rámci klinického výskumu sa za najvhodnejší spôsob určovania miery rizika nežiadúcich účinkov spojeného s praktikovaním určitej intervencie považujú randomizované kontrolné štúdie (Dimidjian & Hollon, 2010; Van Dam et al., 2018). Tie za týmto účelom využívajú monitorovanie zvolenej skupiny premenných u aktívnej a kontrolnej skupiny s náhodným zaradením probanda do jednej z nich. Porovnaním dát týkajúcich sa početnosti a povahy priaznivých i nepriaznivých udalostí a výsledkov za predpokladu dostatočne veľkej vzorky probandov je možné formulovať hodnovernú hypotézu o rizikách danej intervencie, ktorej platnosť je následne ďalej overovaná prostredníctvom metaanalýz. Prvým problémom v oblasti výskumu nežiadúcich účinkov meditácie je, že tento typ dizajnu sa využíva len v rámci výskumu programov ako MBSR a MBCT a nie tradičných meditačných smerov, u ktorých sa predsa len nevyžaduje (minimálne v takej miere) potvrdenie, že sa jedná o prax založenú na dôkazoch (*evidenced-based practice*).

Nasledujúci príklad upozorní na jeden závažný nedostatok v rámci výskumu nežiadúcich účinkov programov založených na meditácii s využitím práve randomizovaných kontrolných štúdií. Cieľom metaanalýzy Wonga a jeho kolegov (2018) bolo kvantifikovať nežiadúce účinky MBSR a MBCT programu v porovnaní s kontrolnou skupinou v rámci tohto typu štúdií. Na jednu stranu analýza dát nepreukázala signifikantné rozdiely medzi prevalenciou nežiadúcich účinkov u účastníkov programov MBSR a MBCT a kontrolnej skupiny. Na stranu druhú odhalila zarážajúci deficit: len zhruba 20% randomizovaných kontrolných štúdií spomenulo monitorovanie nežiadúcich účinkov.¹⁴ Čo vo svojej podstate

¹⁴ Ako ďalšie nedostatky týchto výskumov uvádza Van Dam et al. (2018) zameranie sa len na zhoršenie sledovaných premenných, čo vedie k ignorovaniu nových nežiadúcich účinkov, ktoré sa môžu v rámci intervencie objaviť. Ďalej je taktiež potrebné začať sledovať zlepšenie či zhoršenie probandov vo viacerých oblastiach, keďže v niektorých môže intervencia viesť k zlepšeniu s paralelným zhoršením v iných, hoci konečná hodnota účinku intervencie bude pozitívna.

znamená, že väčšina štúdií sa spoliehala na ich nesystematické pasívne monitorovanie, ktoré môže viesť až k dvadsať násobnému podhodnoteniu prevalencie (Bent et al., 2006). Je nutné poznamenať, že tento problém sa v globále týka klinického výskumu psychologických intervencií (Duggan et al., 2014).

Niektorí výskumníci v oblasti meditácie (konkrétne programov založených na všímavosti) už začali s aktívnym monitorovaním nežiadúcich účinkov prostredníctvom dotazníkov alebo klinických rozhovorov. Avšak častokrát sa primárne monitorujú len tie najzávažnejšie účinky (Lindhal et al., 2017). Preto nie je prekvapením, že programy MBSR a MBCT už v minulej dekáde implementovali do svojich štandardov tieto závažné účinky v podobe zoznamu možných rizík. Cieľom je minimalizovať riziko ich vzniku jasne nadefinovanými kritériami vylúčenia účastníkov z programu (reálne riziko samovraždy, aktuálna či nedávna závislosť na drogách a alkohole, psychotické ochorenie, PTSD, akútna depresívna fáza, závažná forma sociálnej fobie, fyzická bolesť)¹⁵ a informovaným súhlasom účastníkov (Kuyken et al., 2012; Santorelli, 2014).

V rámci kvalitatívneho výskumu nežiadúcich účinkov meditácie predstavil najexaktnejšiu metódu posudzovania kauzality tím vedcov skúmajúcich zážitky spojené s meditáciou popisované ako „náročné, bolestivé, vyvolávajúce utrpenie, funkčne poškodzujúce a/alebo vyžadujúce dodatočnú podporu“ (Lindhal et al., 2017). Rozhovory prebiehali s meditujúcimi (N = 60) i učiteľmi a klinickými pracovníkmi (N = 32) zo Západu, ktorí praktikovali jeden zo základných budhistických smerov (théravada, zen a tibetský). Prostredníctvom kvalitatívnej analýzy dát dospeli k taxonómii obsahujúcej 59 kategórií vyššie uvedených účinkov meditácie a k taxonómii 26 intervenujúcich faktorov.¹⁶ Na posúdenie kauzality medzi vyššie uvedenými zážitkami a samotnou meditačnou praxou autori výskumu zvolili 11 z 13 kritérií využívaných regulačnými inštitúciami v oblasti zdravia¹⁷ v situáciách, keď nie sú dostupné prospektívne dáta práve z randomizovaných kontrolných štúdií alebo epidemiologické dáta. Výsledky výskumu našli dôkazy pre všetky tieto kritériá spojené s kauzalitou daných nežiadúcich účinkov a meditačnej praxe. Autori aj napriek tomu správne uvádzajú, že tieto výsledky len znížili pravdepodobnosť, že všetky uvedené náročné zážitky majú súvislosť s praktikovaním meditácie len čisto náhodnú a

¹⁵ Výnimka je možná v prípade, že potencionálny účastník prejavuje vysokú motiváciu a aktívne hľadá liečbu niektorého z uvedených rizík, ktoré ho inak vylučuje z programu (Santorelli, 2014).

¹⁶ Obe taxonómie sú prezentované v 5. a 6. kapitole tejto práce.

¹⁷ Autori menujú World Health Organization (WHO), the Federal Drug Administration (FDA) a the National Institutes of Health (NIH).

preto mohli byť vyvolané inými príčinami (prirodzeným zhoršením už existujúceho stavu, náročnými životnými udalosťami, apod.).

Nepochybne je dôležité vo výskume nežiadúcich účinkov využívať subjektívne i objektívne metódy ich merania, pričom obe kategórie sa môžu ďalej deliť na tie udávané sebou a na tie udávané ostatnými (Duggan et al., 2014). V prípade objektívnych metód sa jedná napríklad o psychometricky validné a reliabilné dotazníky (udávané sebou) alebo klinický rozhovor a/alebo pozorovanie (udávané ostatnými). V prípade subjektívnych metód sa jedná napríklad o informovanie samotným probandom o zhoršení niektorých svojich symptómov, či o objavení nových symptómov alebo o zhoršení svojho fungovania v niektorých oblastiach života. Zdrojom informácii o potenciálne negatívnom dopade intervencie môžu byť aj ľudia z blízkeho okolia probanda (rodinní príslušníci, kolegovia, priatelia). Táto pomerne jednoduchá taxonómia poukazuje na komplexnú dynamiku posudzovania nežiadúcich účinkov, ktoré sa môžu prejaviť v rôznych oblastiach fungovania jedinca, a ktorých valencia a dopad môže byť posudzovaná odlišne rôznymi stranami výskumu. Preto je vhodné taktiež rozlišovať medzi vnímanou ujmou (zlepšením) a tou (tým) meranou objektívne.

Táto teoretická odbočka má význam z dôvodu, že väčšina výskumov zameraná na nežiadúce účinky meditácie využíva subjektívne metódy ich merania. Avšak probandi, ktorí uvádzajú zhoršenie svojho stavu, sa vôbec nemusia prekrývať s tými, ktorí zhoršenie síce neuvádzajú, ale vykazujú ho prostredníctvom objektívnych meraní. V jednej štúdii (Baer et al., 2021) sa jednalo v podstate o dve rozdielne podskupiny s výnimkou jednej osoby, ktorá sa radila do oboch. V druhej štúdii (Hanssen et al., 2021) klesla prevalencia nežiadúcich účinkov z 50 % na 38 % po tom, čo sedem probandov udávajúcich nežiadúce účinky MBCT absolvovalo rozhovor, ktorý odhalil, že tieto účinky nie je možné prisúdiť účasti v programe. Výskumu nežiadúcich účinkov meditácie by tak nepochybne prospelo zjednotenie operacionalizovaných definícií a používanie štandardizovaných postupov a metód ich merania, ktoré sú validizované a reliabilné.

3.5. Prechodný distress vs. Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom

V tejto kapitole bol venovaný priestor štyrom kľúčovým znakom nežiadúcich účinkov meditácie: negatívnej valencii, negatívnemu dopadu¹⁸, negatívnej intencionalite a predpokladu kauzality. Na ich základe je preto možné rozlíšiť:

- **Prechodný distress**, ktorý sa síce vyznačuje v istých okamihoch meditačnej praxe negatívnou valenciou, ale napriek tomu predstavuje jej nevyhnutnú súčasť. V konečnom dôsledku býva vykúpený benefitmi, ktoré praktikovanie meditácie z dlhodobej perspektívy prináša a preto sa nevyznačuje ani negatívnou intencionalitou a negatívnym dopadom.
- **Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom**, ktoré sa môžu ale nemusia vyznačovať negatívnou valenciou¹⁹ a ktoré môžeme ďalej kategorizovať prostredníctvom ich trvania a závažnosti. Môžu mať viaceré príčiny: nesprávne praktikovanie meditácie či jej vedenie, praktikovanie kontraindikovaným jedincom bez poskytnutia adekvátnej podpory alebo samotné (už známe) riziko meditácie. Za predpokladu, že sa na tieto nežiadúce účinky podarí správne zareagovať (tzn. zvolí sa adaptívny spôsob ich riešenia) a následne sa podarí ich úspešná integrácia, môžu reprezentovať len dočasnú ujmu, ktorá pri retrospektívnom pohľade má potenciál nadobudnúť v konečnom dôsledku pozitívny význam pre meditujúceho.

Inšpiráciu pre komplexnejšiu klasifikáciu typov nežiadúcich účinkov meditácie je možné čerpať v rámci výskumu psychoterapie, keďže sa nachádza v pokročilejšej fáze. Napríklad Linden (2013) navrhuje nasledujúcu taxonómiu (pozri tiež Polákovská & Vybíral, 2018):

- **Nežiadúca udalosť** je akákoľvek negatívna udalosť, ktorá sa objaví v priebehu alebo ako následok intervencie.
- **Reakcia na intervenciu** je reakcia pravdepodobne spôsobená správnou intervenciou a delí sa na:

¹⁸ Prípadne je možné za nežiadúci účinok považovať aj absenciu pozitívneho dopadu (viď. vyššie).

¹⁹ Napríklad v prípade manickej epizódy indukovanej meditáciou majú účinky dočasne veľmi pozitívnu valenciu pre meditujúceho.

- **Nežiadúcu reakciu** v prípade, že je vyvolaná správnu intervenciou.
- **Reakciu na pochybenie** v prípade, že je vyvolaná nesprávne vykonanou alebo aplikovanou intervenciou.
- **Nereagovanie na intervenciu** je charakterizované absenciou zlepšenia. Môže byť dôsledkom buď nežiadúcej reakcie alebo reakcie na pochybenie.
- **Zhoršenie stavu** (choroby) nemusí byť nutne nežiadúcou udalosťou za podmienky, že je dočasné a v konečnom dôsledku vedie k zlepšeniu. V prípade, že sa jedná o nežiadúcu udalosť, taktiež môže byť dôsledkom buď nežiadúcej reakcie alebo reakcie na pochybenie.
- **Samotné riziko intervencie** zahŕňa všetky doposiaľ známe nežiadúce reakcie. Osoba podstupujúca intervenciu má právo byť informovaná o závažných a častých rizikách intervencie, hoci niektoré z nich sú z hľadiska úspešnej intervencie nevyhnutné. Za základe týchto informácií sa potom môže náležite rozhodnúť, či jej známe riziká stoja za potencionálne benefity intervencie.
- **Kontraindikácie** reprezentujú podmienky, za ktorých sa nežiadúca reakcia v danom individuálnom prípade stáva veľmi pravdepodobnou.

4 Prevalencia nežiadúcich účinkov meditácie

Dostupné odhady prevalencie sa vyznačujú značnou variabilitou v dôsledku už vyššie uvedenej skutočnosti, že do značnej miery ich moduluje spôsob, ako daný výskum nežiadúce účinky meditácie definuje a ako ich meria (Baer et al., 2019; Farias et al., 2020). V nasledujúcej časti tejto práce budú tieto odhady prezentované zostupne podľa závažnosti formy od najmenej po najviac závažné nežiadúce účinky.

4.1 Prevalencia menej závažných nežiadúcich účinkov meditácie

Najvyšší odhad prevalencie dočasného stresu spojeného s meditáciou poskytuje už spomínaný výskum Aizik-Reebs et al. (2021), v rámci ktorého zažilo aspoň jeden dočasný nežiadúci účinok počas meditácie všímavosti až 87% probandov (N = 82). V ďalšom výskume (Baer et al., 2021) uviedli nepríjemné zážitky v súvislosti s praktikovaním všímavosti počas kurzu MBCT po jeho ukončení zhruba dve tretiny vzorku v oboch štúdiách (N1 = 84, N2 = 74). Pričom väčšina z týchto ľudí (85 – 92%) vôbec nehodnotila tieto zážitky ako znepokojujúce, prípadne ich označila len za trochu znepokojujúce. K podobnému výsledku (58 %) prevalencie účinkov meditácie s negatívnou valenciou dospel aj ďalší výskum (Britton et al., 2021) na podobne veľkej vzorke (N = 96). Všetky tri výskumy majú spoločné, že sa jedná o štúdie kombinujúce kvalitatívny a kvantitatívny prístup. V dvoch prípadoch sa jednalo o jeden z programov založených na meditácii všímavosti (Aizik-Reebs et al., 2021; Baer et al., 2021). V prípade výskumu Britton et al. (2021) boli probandi rozdelení do troch podobne veľkých skupín podľa druhu praxe: MBCT (N = 30), otvorené monitorovanie (N = 31) a sústredená koncentrácia (N = 35). Za limit všetkých troch výskumov je možné označiť to, že boli realizované bez kontrolnej skupiny na pomerne málo početnej neklinickej vzorke populácie pochádzajúcej zo špecifického socio-kultúrneho prostredia, ktorá v dvoch prípadoch bola reprezentatívna z hľadiska typu subpopulácie vyhľadávajúcej programy ako je MBSR a MBCT.²⁰ Existuje predpoklad, že v inej

²⁰ Jedná sa o výskum Aizik-Reebs et al. 2021 realizovaný v Izraeli a o výskum Britton et al. 2021 realizovaný v USA. V prípade výskumu Baer et al. 2021 sa jednalo o dve špecifické subpopulácie Veľkej Británie (učiteľov zapojených do kurzu pre lektorov všímavosti a vysokoškolských študentov na univerzite Oxford).

subpopulácii a v inom socio-kultúrnom prostredí bude prevalencia menej i viac závažných nežiadúcich účinkov meditácie odlišná.

Jedna z mála randomizovaných kontrolných štúdií priamo zameraná na výskum nežiadúcich účinkov súvisiacich s MBCT (Hanssen et al., 2021) bola realizovaná v Holandsku na klinickej vzorke osôb s bipolárne-afektívnou poruchou (N = 144). Obe skupiny absolvovali bežnú liečbu daného psychického ochorenia (*treatment as usual*, TAU). V experimentálnej skupine program dokončilo 58 osôb²¹. Ako som už uviedol v podkapitole 3.4, „prevalencia nežiadúcich účinkov (klesla) z 50% na 38% potom, čo sedem probandov udávajúcich nežiadúce účinky MBCT absolvovalo rozhovor, ktorý odhalil, že tieto účinky nie je možné prisúdiť účasti v programe.“ Pre porovnanie v kontrolnej skupine uviedlo nežiadúce účinky bežnej liečby 32% ľudí.²² Autori výskumu v závere svojho článku upozorňujú, že práve aktívne monitorovanie môže nadhodnocovať hodnotu prevalencie vzhľadom na to, že niektoré z nežiadúcich účinkov nebolo možné prisúdiť účasti v programe. Na druhú stranu pripúšťajú aj opačnú možnosť, že hodnotu prevalencie podhodnocujú faktory ako odstúpenie z programu, či neodovzdanie dotazníku. Tieto faktory môžu do určitej miery korelovať s existenciou nežiadúcich účinkov, ktoré v konečnom dôsledku neboli zahrnuté do výsledkov výskumu. Navyše rovnako ako u predchádzajúcich troch výskumov je vzorka relatívne malá.

Ďalší zdroj odhadu prevalencie menej závažných nežiadúcich účinkov meditácie predstavujú priamo prevalenčné štúdie, ktoré zbierali dáta formou on-line dotazníkov. Ich nepochybnou výhodou oproti predošlým výskumom je väčšia vzorka populácie.²³ Za ďalší významný rozdiel je možné považovať fakt, že sa nejedná o frekventantov nejakého druhu programu založeného na meditácii, ale o meditujúcich v menej kontrolovaných podmienkach, ktorí majú skúsenosť s praktikovaním určitého tradičného typu meditácie. Prevalencia sa v prípade troch štúdií pohybuje okolo 25 % (Cebolla et al., 2017; Pauly et al. 2021; Schlosser et al. 2019). Štvrtá prevalenčná štúdia (Goldberg et al., 2022) však dospela k dvojnásobnej hodnote prevalencie.

Ako si danú diskrepanciu vysvetliť? Prvé tri štúdie zisťovali prevalenciu len formou jednej položky. Tento spôsob zberu dát s veľkou pravdepodobnosťou podhodnocuje hodnotu

²¹ Sedem ľudí na program ani nenastúpilo a ďalších sedem ho z rôznych dôvodov neukončilo.

²² Šesť ľudí označilo za nežiadúce vedľajšie účinky medikácie a zvyšných 17 nejaký druh somatického ochorenia či fyzickej bolesti (napr. migrénu, chrípku).

²³ V prípade štyroch nižšie citovaných štúdií sa počet účastníkov pohybuje v intervale N = 342 – 1370.

prevalencie. Dokazuje to štúdia práve Goldberga a jeho kolegov (2021), v rámci ktorej hodnota prevalencie by vyšla 32 % za podmienky, ak by sa počítali len kladné odpovede probandov na položku „Osobne mám skúsenosť s výzvou predstavujúcim, náročným alebo znepokojujúcim zážitkom v súvislosti s praktikovaním meditácie“. Okrem tejto položky bol použitý aj špecifický dotazník obsahujúci 11 položiek nežiadúcich účinkov meditácie²⁴. Po započítaní dát z tohto dotazníku prevalencia narástla na vyššie uvedených 50 %. K ešte markantnejšiemu rozdielu medzi týmito dvoma spôsobmi zberu dát dospel už spomínaný výskum (Britton et al., 2021), v rámci ktorého otvorená otázka správne odhalila len 26 z 80 probandov so zážitkom aspoň jedného vedľajšieho účinku meditácie²⁵, čo predstavuje podhodnotenie prevalencie takmer o 70 % oproti systematickému monitorovaniu a zberu dát.

Všetky spomínané prevalenčné štúdie sa vyznačujú okrem už uvedených aj nasledujúcimi limitmi. Za prvé, už z povahy dizajnu nie je možné určiť kauzalitu medzi nežiadúcimi účinkami a samotným praktikovaním meditácie. Za druhé, výsledná hodnota prevalencie bude podhodnotená v dôsledku skreslenia pri retrospektívnom vybavovaní si nežiadúcich účinkov, z ktorých niektoré sa mohli udiť aj niekoľko mesiacov, či rokov pred výskumom. Tento fakt by vysvetľoval nižšie hodnoty prevalencie v prípade prevalenčných štúdií než v prípade vyššie uvedených výskumov vykonaných na menšej vzorke, ktoré zbierali dáta s menším časovým odstupom, v dôsledku čoho bude toto skreslenie s veľkou pravdepodobnosťou nižšie. Za tretie, on-line dotazník nedokončila značná časť ľudí (napr. v prípade výskumu Pauly et al. (2021) to bolo až 84,2 % účastníkov), čo sa taktiež mohlo vo výraznej miere podpísať na výslednej hodnote prevalencie. A za štvrté, dané výskumy sa vyznačujú heterogenitou vzorky. Goldberg et al. (2022) sa snažil docieľiť reprezentatívneho vzorku populácie USA a naplneniu tohoto cieľu sa v niektorých aspektoch priblížil. Zvyšné tri štúdie boli medzinárodné. V prípade Cebolla et al. (2017) väčšina účastníkov pochádzala z hispanofónnej oblasti²⁶. U Schlossera et al. (2019) bol vo vzorke populácie najviac reprezentovaný euroamerický geografický priestor²⁷ (65,2 %), rovnako ako u Pauly et al. (2021) (86,3%). Je zaujímavé, že aj napriek tejto heterogenite výsledná hodnota prevalencie bola takmer identická²⁸. Jednou z hypotéz preto môže byť, že nežiadúce účinky s menšou

²⁴ Meditation-Related Adverse Effects Scale – Mindfulness-Based Program version

²⁵ Autori tento druh účinku označujú skratkou MRSE (Meditation-related Side Effect). Do tejto kategórie sa radia nežiadúce účinky bez negatívnej valencie.

²⁶ Len zo samotného Španielska pochádzalo takmer 43% účastníkov.

²⁷ Európa, Severná Amerika, Austrália a Nový Zéland

²⁸ Až na štúdiu Goldberga et al. (2022) a to z vyššie uvedených dôvodov.

mierou závažnosti sa dotýkajú pomerne veľkého počtu meditujúcich, minimálne tých pochádzajúcich z euroamerického geografického priestoru. Isté dôkazy pre túto hypotézu prinášajú aj už spomínané kombinované výskumy (Aizik-Reebs et al., 2021; Baer et al., 2021; Britton et al., 2021).

4.2 Prevalencia závažnejších nežiadúcich účinkov meditácie

Hodnoty prevalencie nežiadúcich účinkov prirodzene klesnú, pokiaľ ich obmedzíme špecificky len na tie s negatívnym dopadom. Znovu sa zameriame najprv na systematickejšie výskumy realizované na menšom počte probandov. Britton et al. (2021) dospel k výslednej hodnote prevalencie 37 % ľudí s negatívnym dopadom účinkov meditácie. Nižšiu hodnotu prevalencie „pretrvávajúcich nežiadúcich účinkov“ (konkrétne 25 %) uvádza Aizik-Reebs et al. (2021). Rozdiel môže byť podmienený odlišným intervalom medzi post-testom a ukončením intervencie: v prípade Aizik-Reebs et al. (2021) sa jedná o 3,5 dňa, v prípade Britton et al. (2021) o päť mesiacov.

Ešte väčšie rozpätie hodnôt vykazuje metaanalýza výskumov MBSR (Hirshberg et al. 2020), avšak z iných dôvodov. Jej autori dospeli k výsledku 15 % účastníkov MBSR so zhoršenými symptómami v čase post-testu²⁹ v prípade, že sa jednalo o MBSR realizované v komunite (prirodzenom prostredí) a takmer 44 % v prípade, že sa jednalo o MBSR realizované v rámci randomizovanej kontrolnej štúdie. Pre porovnanie u kontrolnej skupiny ľudí, ktorí čakali na absolvovanie programu (*waitlist control condition*), sa jednalo o takmer 57 % ľudí. Výsledný rozdiel medzi MBSR realizovaných v komunite a MBSR v rámci randomizovaných kontrolných štúdií môže byť podmienený diskrepanciou v rovine počtu probandov³⁰ a potencionálnym skreslením vyplývajúcim z interskupinových rozdielov³¹.

²⁹ Uvádzajú, že post-test bol realizovaný v štúdiách zhruba po 10 týždňoch.

³⁰ MBSR v komunite (N = 2155) vs. MBSR aktívna skupina (N = 156) vs. MBSR kontrolná skupina (N = 118)

³¹ Van Dam a Galante (2020) vo svojom kritickom komentári na metaanalýzu Hirshberga et al. (2020) (okrem iného) upozorňujú, že populácia, ktorá cielene vyhľadáva program MBSR, sa vyznačuje signifikatne väčšou mierou poškodenia či zhoršenia (Global Severity Index; GSI) než experimentálna a kontrolná skupina. Predpokladajú preto, že táto vzorka populácie reprezentuje ľudí ochotných investovať financie, čas i úsilie absolvovať MBSR za účelom naučiť sa zvládať svoj psychologický stres. Podľa ich názoru je preto pravdepodobné, že takýto účastníci budú inklinovať k pozitívnemu hodnoteniu programu. Tí, ktorým účasť v programe neprinášala požadované benefity, s väčšou pravdepodobnosťou program podľa ich názoru ani neukončia.

Nežiadúce účinky s pretrvávajúcim negatívnym dopadom sa vyznačujú variabilitou z hľadiska ich dĺžky trvania. Britton et al. (2021) túto kategóriu označuje ako „pretrvávajúce zlé účinky“ a ďalej ju kategorizuje na:

- trvajúce viac než deň (prevalencia 14 %)
- trvajúce viac než týždeň (prevalencia 9 %)
- trvajúce viac než mesiac³² (prevalencia 6 %)

Je potrebné myslieť na to, že každá predchádzajúca kategória zahŕňa výsledky prevalencie kategórie za ňou nasledujúcej. K vyšším hodnotám prevalencie dospela prevalenčná štúdia Goldberga a jeho tímu (2022), ktorá kategórie na rozdiel od Brittona et al. (2021) jasne ohraničuje prostredníctvom intervalov na:

- trvajúce menej než jeden týždeň (30 %)
- trvajúce dlhšie než týždeň a zároveň kratšie než mesiac (9,4 %)
- trvajúce viac než mesiac (10 %), z ktorých viac než rok (6,5 %).

V súčte sa jedná o takmer 40 % probandov so skúsenosťou s nežiadúcimi účinkami meditácie s dlhším trvaním, čo je veľmi blízka hodnota výsledku výskumu Britton et al. (2021).³³ Väčšia dĺžka trvania nežiadúcich účinkov ešte nemusí implikovať väčšiu mieru závažnosti ich dopadu, na čo upozorňuje aj Britton et al. (2021): traja probandi uviedli nežiadúci účinok meditácie v podobe narušenej schopnosti šoférovať, ktorý síce trval menej než deň, ale vyznačuje sa značným rizikom pre samotnú osobu i jej okolie. Častejšie sa preto uvádza prevalencia nežiadúcich účinkov, kedy je práve časové hľadisko upozadené na úkor práve intenzity a rizika negatívneho dopadu.

Dáta o najzávažnejšom type nežiadúcich účinkov meditácie je možné porovnať prostredníctvom troch prevalenčných štúdií, ktoré poskytujú odhad prevalencie tohto typu účinkov počas praktikovania meditácie v nekontrolovaných podmienkach prirodzeného prostredia. Výskum Pauly et al. (2021) dospeľ k hodnote 0,2 % prevalencie extrémne

³² Horný interval vyplývajúci z dizajnu výskumu je 5 mesiacov.

³³ Autori tohto výskumu poukazujú na pozoruhodne podobné výsledky prevalencie nežiadúcich účinkov v oblasti meditácie a psychoterapie. Konkrétne prostredníctvom systematického merania zhoršenia už existujúcich symptómov (prípadne zhoršenia stavu v dôsledku nových symptómov) výskumy účinkov psychoterapie dospeli k hodnotám prevalencie medzi 42 % a 51 %. Hodnota prevalencie pretrvávajúcich negatívnych účinkov sa podľa iných výskumov v oblasti nežiadúcich účinkov psychoterapie pohybuje medzi 3 % a 14 %. (viď. Britton et al., 2021).

vážnych nežiadúcich účinkov (život ohrozujúce, vyžadujúce hospitalizáciu), u veľmi závažných účinkov s pretrhávajúcim dopadom to bolo 0,9 % a u závažných účinkov s potrebou protiopatrenia to bolo 3,1 %. Goldberg et al. (2022) aj napriek mierne odlišnej metodológii dospel k podobným číslam. Nejakú mieru funkčného poškodenia v dôsledku meditácie uviedlo 10,6 % účastníkov, z ktorých 7,1 % ju označilo za nízku, 2,3 % za miernu a 0,2 % za vysokú. K vyššej hodnote (2,3 %) prevalencie najzávažnejšej formy nežiadúcich účinkov³⁴ dospel výskum Anderson et al. (2019) na vzorke 240 meditujúcich. Samozrejme je potrebné mať na pamäti už zmienené limity prevalenčných štúdií. Aj napriek tomu spolu s existenciou prípadových štúdií popisujúcich vážne zhoršenie zdravotného stavu meditujúcich v podobe rozmanitých klinických symptómov (viď. 2. kapitola) tieto výsledky naznačujú, že praktikovanie meditácie v prirodzenom prostredí je absolútne bezpečné.

V kontrolovaných podmienkach výskumu programov ako MBSR a MBCT sa javí byť riziko veľmi závažných negatívnych účinkov meditácie ešte menšie. Vo výskume zameranom na nežiadúce účinky MBCT (Hanssen et al.; 2021) ani jeden účastník s bipolárne-afektívnou poruchou nezažil závažný negatívny účinok meditácie a dokonca v kontraste s výsledkami výskumu Britton et al. (2021) sa neobjavili ani pretrvávajúce nežiadúce účinky. Rovnako vo výskume Baer et al. (2021) ani jeden účastník neuviedol, že by pre neho bola účasť v programe MBCT extrémne škodlivá. Zároveň iba u jedného účastníka, ktorý uviedol menej závažné zhoršenie svojho stavu v spojitosti s účasťou v programe, bolo objektívne identifikované zhoršenie prostredníctvom validizovaných dotazníkov. U zvyšných účastníkov, ktorý ho uviedli taktiež (3 – 7 % vzorku), nebolo objektívne zhoršenie preukázané.

Na rovnako minimálne riziko závažných účinkov poukazuje aj metanaalýza randomizovaných kontrolných štúdií MBSR a MBCT (Wong et al., 2018). V ani jednej skupine štúdií nebola evidovaná závažná udalosť a prevalencia nežiadúcich udalostí bola porovnateľná s ich prevalenciou u kontrolnej skupiny (okolo 1 %). Tak nízku hodnotu prevalencie menej závažných nežiadúcich účinkov je potrebné brať s rezervou. Veľmi pravdepodobne je podhodnotená v dôsledku metodologických nedostatkov samotných randomizovaných kontrolných štúdií ako nedostatočné monitorovanie nežiadúcich účinkov

³⁴ Autori ich definujú ako závažné funkčné narušenia ako napríklad suicidálne myšlienky, halucinácie, či psychóza.

a ich príliš úzko vymedzenú definíciu (Baer et al., 2019; Farias et al., 2020; Van Dam et al., 2018; Wong et al., 2018.)

5 Kategórie nežiadúcich účinkov meditácie

Primárnym zdrojom pre napísanie tejto kapitoly bol článok *The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists* (2017) spolu s doplnkovým materiálom vo forme *Phenomenology Codebook*. Taxonóniu vytvorenú tímom okolo Jareda L. Lindahla preberám s niekoľkými úpravami. V afektívnej oblasti neuvádzam plač a smiech, ktoré považujem za behaviorálne prejavy obsiahnuté v iných kategóriách. Z rovnakého dôvodu kategóriu vizuálne svetlá vnímam ako súčasť kategórie halucinácie (perceptuálna oblasť) a kategóriu straty pocitov činiteľa ako súčasť kategórie straty pocitov vlastníctva (oblasť seba-pojatia). V sociálnej oblasti som neuviedol zvýšenú sociabilitu, keďže účastníkmi výskumu bola vnímaná vo všeobecnosti ako primárne pozitívny účinok meditácie. Je potrebné pripomenúť, že ani jeden z uvedených nežiadúcich účinkov meditácie nie je inherentne negatívny, čo sa týka valencie i dopadu. Skôr je možné ich považovať za *potencionálne* nežiadúce účinky meditácie. Tento potenciál sa prejaví za istých okolností, ktoré sú multifaktoriálne podmienené (viac v nasledujúcej kapitole *Faktory*). Výskumníci, ale aj samotní učitelia meditácie, klinickí odborníci a meditujúci by k nežiadúcim účinkom mali preto zvoliť individuálny (idiomatický) prístup (Lidahl et al, 2019).

5.1 Afektívne nežiadúce účinky meditácie

Afektívne nežiadúce účinky meditácie súvisia so zmenami na úrovni typu, frekvencie alebo intenzity emócií. Môžu sa objavovať počas meditácie ako samostatné zážitky, ale aj ako reakcia vyvolaná negatívnym zážitkom v iných oblastiach. V prvom prípade sa jedná o primárne a v druhom prípade o sekundárne afektívne nežiadúce účinky. Z hľadiska zmien intenzity emocionality vyvolanej meditáciou dochádza k obom fenoménom: meditujúci môžu zažívať zvýšenie i zníženie emocionality. Z hľadiska emocionálnej valencie môžu taktiež nastať oba prípady: u meditujúceho sa objavia pozitívne i negatívne emócie, pričom z podstaty vecí druhý prípad je obvyklejší, ako ilustruje nasledujúca taxonómia afektívnych nežiadúcich účinkov meditácie.

Podľa viacerých výskumov (Farias et al., 2020; Goldberg et al., 2021; Lindahl et al., 2017; Taylor et al., 2022)³⁵ predstavuje **strach, úzkosť a panika** najčastejšie reportovanú kategóriu nie len z afektívnej oblasti nežiadúcich účinkov meditácie, ale celkovo. Možné vysvetlenie pre túto skutočnosť je to, že tieto emócie predstavujú častú reakciu na nepríjemne zážitky, napríklad v situácii, keď meditujúci zažíva halucinácie alebo narušenie vlastného Ja (Lidahl & Britton, 2019).

Medzi ďalšie emócie s negatívnou valenciou sa radí kategória zahrňujúca **depresiu, dysfóriu a smútok**. Táto kategória býva medzi prvými troma najčastejšie zmieňovanými nežiadúcimi účinkami meditácie (Farias et al., 2020; Hanssen et al., 2021). V niektorých prípadoch depresívny stav sa môže transformovať do klinicky ešte závažnejšej formy – **suicidality**. Myšlienky na samovraždu sa môžu objaviť spontánne alebo v dôsledku iných afektívnych stavov; môžu zostať v rovine neurčitých predstáv alebo vyústiť do premýšľania nad konkrétnou realizáciou.

Ďalšou prevalenčne hojne zastúpenou kategóriou je **znova prežívanie traumatických zážitkov**, ktoré sa môže odohrávať explicitne (vybavovaním si konkrétnych spomienok), ale aj implicitne (objavením afektu súvisiaceho s traumatickým zážitkom bez konkrétnej spomienky naň). Vo výskume Britton et al. (2021) znovu prežívanie traumatického zážitku predstavovalo druhý najčastejší vedľajší účinok meditácie a prvý z hľadiska negatívnej valencie. Druhý najčastejší bol taktiež vo výskume Goldberg et al. (2021).

Medzi ďalšími, už menej častými, negatívnymi afektívnymi účinkami meditácie sa objavuje **nervozita a podráždenosť**, ktoré môžu prejsť do ešte intenzívnejších prejavov **hnevu, či agresie**. Afektívne zmeny v rovine **pochýb a viery**, rovnako v oblasti **k sebe vzťahujúcich sa emócií** (napr. hanba, hrdosť, vina) predstavovali často druhotné reakcie na iné zážitky spojené s meditáciou a typicky mali negatívny dopad v sociálnej oblasti. Obzvlášť **hanba** pozitívne koreluje so zvýšenou mierou distressu.³⁶

Za istých okolností môže aj **afekt s pozitívnou valenciou** predstavovať negatívne účinky meditácie. V niektorých prípadoch po blaženosti a eufórii nasledovala depresia a nervozita a to buď v rámci samotného kontextu meditačnej praxe alebo pri prechode

³⁵ V Goldbergovej prevalenčnej štúdii (2021) prevalencia úzkosti dosiahla hodnoty takmer 27 %.

³⁶ Zvýšené tendencie k prežívaniu hanby odlišujú zdravú populáciu od klinickej, na čo poukazuje aj výskum zahrnutý v knihe *Všímavosť a soucit se sebou* (2019).

z tohto kontextu do kontextu každodenného života, čo môže vyvolať ďalší negatívny účinok v podobe emocionálnej lability (viď. nižšie). V ďalších prípadoch môžu byť pozitívne afektívne stavy natoľko intenzívne a pretrvávajú tak dlhú dobu, že majú negatívny dopad na život meditujúceho do tej miery, že situácia končí jeho hospitalizáciou. Tieto stavy môžu spĺňať diagnostické kritéria bipolárne-afektívnej poruchy alebo niektorej diagnostickej jednotky z okruhu psychotických porúch, ako dokazujú viaceré výskumy (Lomas et al., 2015; Yorston, 2001).

Do zvýšenej emocionality sa radia dve kategórie. Prvú predstavuje zvýšená **emocionálna labilita**, ktorá sa prejavuje rýchlymi zmenami nálad, väčším rozpätím emócií a/alebo silnými nepriliehavými reakciami na podnety. Druhou kategóriou zvýšenej emocionality je **afektívna senzitivita a reaktivita**, pri ktorej meditujúci obvykle negatívne prežíva nadmernú empatiu s ostatnými. Obe kategórie majú svoje protipóly v podobe **emočnej oploštelosti** či priam **odpojenosti**, pričom objaviť sa môže aj alexitymia³⁷ a v podobe **afektívnej desenzibilizácie**, kedy meditujúci pociťuje ľahostajnosť alebo priam averziu v sociálnych situáciách a voči sociálnym interakciám. Ako naznačujú výsledky prevalenčnej štúdie Goldberga a jeho spolupracovníkov (2021), výskyt týchto nežiadúcich účinkov je pomerne bežný: emočná senzitivita bola tretím najčastejším nežiadúcim účinkom a pocit odpojenosti piatym.

Výskum Britton et al. (2021) sa zamerail aj na rizikové kategórie z hľadiska rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov. Z afektívnych kategórií sa v zozname rizikových faktorov (prediktorov) pretrvávajúcich negatívnych účinkov objavili tri. Najrizikovejšia bola emočná oploštelosť, pri ktorej hrozilo riziko pretrvávajúcich negatívnych účinkov s trvaním viac než týždeň 6,3 krát viac než v prípade, keď ju meditujúci nezažíval. V prípade prežívania úzkosti a paniky bolo toto riziko 3,5 krát vyššie než v prípade ich absencie a v prípade traumatického znovu prežívania toto riziko bolo 0,6 krát vyššie.

5.2 Kognitívne nežiadúce účinky meditácie

Vo výskume Lindahl et al. (2017) predstavuje táto kategória druhú najviac reportovanú práve po afektívnych nežiadúcich účinkoch a v prehľadovej štúdií Farias et al. (2020) tretiu.

³⁷ Alexitymia je charakterizovaná neschopnosťou vnímať, popisovať a vyjadrovať emočné stavy u seba i iných (Orel et al., 2020).

Kognitívne nežiadúce účinky sa týkajú zmien v rovine myslenia, kedy meditácia ovplyvňuje frekvenciu, kvalitu a obsah myšlienok. Rovnako sa tieto nežiadúce účinky týkajú zmien v oblasti iných kognitívnych procesov ako je plánovanie, rozhodovanie a fungovanie pamäte. Zmeny v oblasti kognitívneho fungovania sa môžu prejavovať oboma smermi: buď jeho znížením alebo zvýšením. Prítomnosť nejakého druhu exekutívnej dysfunkcie predstavuje podľa výskumu Britton et al. (2021) najväčší rizikový faktor rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov. Konkrétne toto riziko bolo v ich výskume 13,9 krát vyššie než v prípade, keď sa u meditujúceho exekutívna dysfunkcia neobjaví. Na jeden z možných príkladov kognitívnej dysfunkcie poukazuje prehľadová štúdia Lamberta a jeho kolegov (2021), ktorá cituje výskumy poskytujúce dôkazy väčšej miery náchylnosti k falošným spomienkam u ľudí praktikujúcich meditáciu všímavosti.

Väčšina kognitívnych nežiadúcich účinkov sa prejavuje v oblasti myslenia. Prvou kategóriou je **mentálna nehybnosť**, ktorá odkazuje k stavu mysle s veľmi limitovaným alebo žiadnym myšlienkovým tokom, prípadne s veľmi obmedzenou schopnosťou jeho uvedomovania si. Mentálna nehybnosť môže byť samotným cieľom meditácie, ale taktiež sa môže objaviť mimovoľne ako neočakávaný, nežiadúci a pretrvávajúci stav pripomínajúci „zahmlenie“ mysle. V extrémnom prípade sa môže objaviť úplná neschopnosť myslieť. Za istých okolností môže predstavovať nežiadúci účinok meditácie aj **mentálna jasnosť** (na úrovni kognitívne spracovávanie alebo uvedomovania si ako takého) a **metakognícia** (schopnosť monitorovať svoje kognitívne procesy). Faktory, ktoré na to vplyvajú, sú ich intenzita a súvisť s inými nežiadúcimi účinkom, predovšetkým v perceptuálnej, somatickej, afektívnej oblasti a oblasti týkajúcej sa seba-pojatia (Ja).

Ďalšiu kategóriu predstavuje **úzkostlivé a obsesívne myslenie**, často špecificky zamerané na morálne a náboženské otázky. To sa prejavuje hlavne u meditujúcich, ktorí sa snažia dodržiavať etické normy a pravidlá obsiahnuté v náboženskej doktríne. Do istej miery s touto kategóriou súvisia aj **zmeny v oblasti svetonázoru**, kedy u meditujúceho dochádza k posunom v spôsobe, akým premýšľa nad sebou a realitou. Nežiadúce účinky v tomto prípade nastávajú, ak počas jeho ideologickej transformácie dochádza k zmätku vyplývajúceho zo stretov rôznych svetonázorov, primárne tých osvojených pred a počas meditácie. Môže nastať aj prípad, kedy meditujúci zažíva **dezintegráciu konceptuálnych (sémantických) systémov**, pre ktorú je charakteristické, že človek pri vnímaní objektov stráca schopnosť spojiť si ich s konkrétnou mentálnou reprezentáciou, či ich významom

(napr. že červená na semafore znamená zastaviť). Jedná sa primárne o situácie, kedy má meditujúci problém nájsť vhodné slovo pro určité objekty alebo javy.

Medzi kognitívne nežiadúce účinky sa radí aj **zvýšené kognitívne spracovanie**. Meditujúci prežíva zvýšenú schopnosť spracovať väčšie množstvo senzorických informácií než obvykle a narastá tempo objavovania sa jeho vlastných myšlienok a pocitov, čo môže viesť až k neprijemnému stavu, kedy je zahltený podnetmi a pociťuje úzkosť. Myšlienkový trysk je navyše častým symptómom manickej epizódy.

Symptómom manickej, či psychotickej epizódy môže byť aj posledná kategória kognitívnych nežiadúcich účinkov – mylné, iracionálne alebo paranormálne presvedčenia, tzn. **bludy**. Podľa výskumného tímu Lindahl et al. (2017) práve túto kategóriu kognitívnych nežiadúcich účinkov bolo najťažšie operacionalizovať. Ako hlavný dôvod výskumníci uvádzajú, že jednotlivé presvedčenie môže byť posudzované rôznymi spôsobmi, ktoré sú podmienené samotným meditujúcim a socio-kultúrnym kontextom. Je možné, že meditujúci si iracionálnu povahu takýchto presvedčení uvedomuje v momente, kedy sa objavujú. Taktiež je možná situácia, kedy náhľad získa až postupom času a ako mylné a iracionálne ich bude označovať pri retrospektívnom pohľade. Takéto presvedčenia môžu pripadať nezvyčajné a vzbudzovať obavy u učiteľov alebo iných členov komunity, prípadne u rodinných členov a kolegov alebo klinických odborníkov. V dôsledku toho hrozí riziko ďalších nežiadúcich účinkov v sociálnej oblasti. Predovšetkým sa to týka tých mylných a iracionálnych presvedčení, ktoré majú pretrvávajúci charakter a sú spojené so stratou schopnosti testovať realitu, čo vedie k celkovému zhoršeniu fungovania jedinca.

Ako príklad je možné uviesť účastníka vo výskume VanderKooia (1997), ktorý bol presvedčený o tom, že jeho učiteľ je Boh alebo ďalšieho účastníka výskumu Lomasa a jeho kolegov (2015), ktorý veril tomu, že je nový Budha a ako spätne priznal, toto presvedčenie pravdepodobne viedlo k jeho celkovému „zrúteniu sa“. Niektoré prípadové štúdie popisujú meditujúcich, u ktorých sa iracionálne a mylné presvedčenia objavili spolu s ďalšími symptómami (napr. halucinácie, dezorganizované myslenie, bizarné behaviorálne prejavy), čo viedlo k ich vyhodnoteniu odborníkmi ako súčasť klinického obrazu bipolárne afektívnej poruchy, či niektorej z porúch z okruhu schizofrénie (najčastejšie z okruhu akútnych a prechodných psychotických porúch) (Kuijpers et al., 2007; Sharma et al., 2019; Walsch & Roche, 1979; Yorston, 2001). V mnohých prípadoch sa jednalo o natoľko závažný stav, že meditujúci boli hospitalizovaní a podstúpili farmakoterapiu. Zároveň je nutné zmieniť, že

meditační učitelia uznávajú náročnosť úlohy rozlíšiť takýto nežiadúci účinok meditácie od zážitku, ktorý je z religiózneho hľadiska v norme („pravé spirituálne vhl'ady a vízie“) (Lidahl et al., 2017; Lindahl et al., 2019).

5.3 Konatívne nežiadúce účinky meditácie

Konatívne nežiadúce účinky meditácie sa môžu prejavíť v dvoch oblastiach. Prvou sú **negatívne zmeny v motivácii** (na cieľ zamerané správanie), ktoré sa často objavujú spolu so zmenami v svetonázore a sociálnej sfére. Existujú dôkazy, že meditácia všímavosti znižuje motiváciu riešiť všedné i príjemné úlohy bez toho, že by ovplyvnila samotnú výkonnosť (Hafenbrack & Vohs, 2018) a že môže znižovať motiváciu v oblasti morálneho konania (Schindler et al., 2019).

Druhou sú **negatívne zmeny v oblasti úsilia**, ktoré môže byť mentálneho, fyzického alebo emocionálneho charakteru a ktoré sa prejavujú buď jeho **nadmerným zvýšením** alebo **znížením** v súvislosti s praktikovaním meditácie. V prvom prípade sa jedná o priam nezdravú mieru nadšenia a entuziazmu, u ktorej hrozí vybudovanie si závislosti na meditácii s negatívnymi dopadmi ako je distres, disociácia a interpersonálne konflikty (Shonin et al., 2014) a ktorá sa častokrát vyskytuje spoločne s ďalšími negatívnymi účinkami, predovšetkým v afektívnej, perceptuálnej a somatickej oblasti. O nadmernom úsilí sa zároveň v ďalšej kapitole píše ako o rizikovom faktore, ktorý spôsobuje iné nežiadúce účinky.

V druhom prípade sa jedná o pravý opak: zníženie úsilia spojeného s praktikovaním meditácie, ktoré sa prejavuje znížením dĺžky trvania a frekvencie meditačnej praxe a v iných oblastiach života. Meditácia môže vyvolať nežiadúce účinky vo forme **anhedonie**, kedy meditujúci stratí schopnosť mať potešenie z aktivít, ktoré mal v obľube a **absencie motivácie nasledovať akékoľvek ciele** (*avolition*), pričom anhedonia často vedie práve k strate motivácie a môže súvisieť s afektívnymi negatívnymi účinkami ako je depresia a emočná oploštelosť. Oba účinky môžu mať negatívne dopady v sociálnej a pracovnej sfére.

5.4 Perceptuálne nežiadúce účinky meditácie

Perceptuálne nežiadúce účinky meditácie súvisia s negatívne prežívanými, neočakávanými zmenami s potencionálne negatívnym dopadom v jednom, či viacerých senzorických systémov (zrak, sluch, chuť, čuch a somatosenzorický vrátane interocepce a propiocepce). U meditujúceho sa môže prejavíť **perceptuálna hypersenzitivita** v každom z vyššie uvedených senzorických systémoch, najčastejšie v podobe extrémnej precitlivenosti na zvuky, svetlo, farby, pachy alebo taktilné podnety z okolia. V prípade vysokej miery hypersenzitivity hrozí, že meditujúci bude ťažko znášať každodenné vzruchy a podnety. Za takýchto okolností sa u neho s veľkou pravdepodobnosťou objaví taktiež nervozita a nepokoj (viď. afektívne nežiadúce účinky). Perceptuálna hypersenzitivita sa bežne vyskytuje spoločne so zvýšeným kognitívnym spracovaním (viď. kognitívne nežiadúce účinky) a najčastejšie býva označovaná ako stresujúca v situáciách prechodu meditujúceho od intenzívneho praktikovania do každodenného života (Shapiro, 1992).

Pri praktikovaní meditácie, kedy je pozornosť zameraná na pominuteľnú povahu reality, môže meditujúci zažiť **čiasťočné** alebo **kompletné zmiznutie určitých objektov**, prípadne priamo zmiznutie celého zrakového poľa. Objekty sa pre meditujúceho môžu javiť ako zložené z iskrivého svetla, či pixelov alebo sa rozpúšťajú. Perceptuálne skreslenie môže nadobúdať aj ďalšie podoby vo forme **skreslenia času a/alebo priestoru** a **derealizácie**. V prvom prípade sa objavujú abnormality vo vnímaní priestorovej vzdialenosti a mierky skresľujúce samotné priestorové vzťahy a abnormality vo vnímaní časovej kauzality a postupnosti vrátane existencie časových medzier s rizikom amnézie (Farias et al., 2020). Derealizácia označuje stav, kedy je prostredie vnímané ako divné, nereálne alebo pripomínajúce sen, v dôsledku čoho meditujúci môže nadobudnúť pocit odcudzenia a izolovanosti od okolitého sveta. Taktiež môže pociťovať zmätok ohľadom svojho stavu bdelosti a spánku. Pre derealizáciu býva charakteristická emočná oploštelosť (viď. afektívne nežiadúce účinky), keďže realita pre meditujúceho stráca emocionálne zafarbenie a hĺbku.

Ilúzie a halucinácie sú ďalšie druhy perceptuálnych nežiadúcich účinkov, ktoré súvisia s deformáciou konsenzuálnej reality. O ilúzie sa jedná v prípade, že vnímaný objekt je nejakým spôsobom zmenený (napr. časti vlastného tela sa javia byť väčšie či menšie než obvykle). O halucinácie sa jedná v prípade, že človek vníma imaginárny objekt bez prítomnosti konkrétnych senzorických podnetov. Za špecifický druh halucinácie je označovaná vízia. Za jej pôvodom vníma meditujúci nejakého externého činiteľa alebo silu

a na rozdiel od halucinácie jej pripisuje pravdivostnú hodnotu (napr. meditujúci zažije počas meditácie víziu Budhy, o ktorej súdi, že nie je len preludom (tj. halucináciou), ale skutočným, hoci imaginárnym stelesnením Budhovej podstaty, ktorý mu bol zoslaný „vyššou silou“). Vízie obvykle bývajú prechodné a objavujú sa v rámci meditačnej praxe na rozdiel od mnohých halucinácií a ilúzií, ktoré sa často objavujú spoločne s iracionálnymi a mylnými presvedčeniami (vid'. kognitívne nežiadúce účinky) a ďalšími nežiadúcimi účinkami meditácie (napr. agitovanosť, intenzívne negatívne emócie, neobvyklé správanie, insomnia, nechutenstvo). Rozlíšenie medzi halucináciami a víziami je vo veľkej miere dôsledkom situačného kontextu a sociálnych interakcií. Veľmi podobný zážitok tak môže byť označený za halucináciu (napr. v prípade, že sa jedná o program MBSR, kde lektorom je klinický odborník) i za víziu (napr. v prípade, že ho meditujúci zažije počas meditačného pobytu a za víziu ju označí aj učiteľ).

Je zaujímavé, že vo výskume Lindahl et al. (2017) boli z perceptivej oblasti najčastejšie reportované (so signifikantným rozdielom) práve halucinácie, vízie a ilúzie, čo nekorešponduje s výsledkom výskumu Britton et al. (2021), kde naopak (so signifikantným rozdielom) dominovala v tejto oblasti perceptiveká hypersenzitivita a halucinácie sa neobjavili vôbec. V prvom výskume figurovali ako účastníci meditujúci a učitelia jednej z budhistických tradícií, z ktorých väčšina (92%) mala minimálne tisíc hodín praxe, zatiaľ čo v druhom výskume boli účastníkmi meditační nováčikovia reprezentujúci populáciu, na ktorú obvykle bývajú cielené programy založené na meditácii všímavosti, a ktorí absolvovali osem týždňový kurz (buď štandardný MBCT alebo len výhradne otvorené monitorovanie alebo výhradne cielenú koncentráciu).

Zároveň podľa vyššie citovaného výskumu (Britton et al., 2021) štyri kategórie perceptivekých nežiadúcich účinkov meditácie predstavujú rizikový faktor pre rozvoj pretrvávajúcich negatívnych účinkov: derealizácia (riziko zvýšené 10 násobne), halucinácia v podobe svetelných fenoménov (riziko zvýšené 4,6 násobne), perceptiveká hypersenzitivita (riziko zvýšené 3,9 násobne) a skreslené vnímanie priestoru a/alebo času (riziko zvýšené 1,3 násobne).

5.5 Negatívne účinky meditácie v seba-pojatí (Ja)

Meditácia prispieva k zmenám v rôznych rovinách seba-pojatia (*sense of self*). Ako už zaznelo v prvej kapitole tejto práce, pôvodný cieľ (minimálne budhistickej) meditácie predstavuje transcendencia smerujúca k prežitku jednoty, ktorá by nebola možná bez konceptu nie-Ja (dekonštrukcie / deštrukcie Ja). Nevyhnutne je preto brať na vedomie fakt, že mnohé z nižšie uvedených zmien sú posudzované samotnými meditujúcimi aj ich učiteľmi ako súčasť normatívnej trajektórie pri naplňovaní tohto spirituálneho cieľa. Avšak v iných prípadoch tieto zmeny meditujúci i učitelia vnímajú ako potencionálny problém vyžadujúci klinickú intervenciu. Kritériá pre jednoznačné rozlíšenie prvého prípadu od druhého nie sú pevne dané a niektorí autori (Lindahl et al., 2019; Lindahl et al. 2020) preto navrhujú pristupovať ku každému prípadu nanajvýš individuálne.

Prvou kategóriu nežiadúcich účinkov meditácie v tejto oblasti sú **zmeny v rovine naratívneho Ja**. Naratívne Ja je zo všetkých uvedených kategórií v tejto podkapitole najviac autobiografické v zmysle, že vyjadruje individuálnu koncepciu vlastnej identity, ktorá závisí primárne na „príbehu vlastného života“. Tento príbeh sa praktikovaním meditácie môže modifikovať viacerými spôsobmi. Za prvé, do popredia sa dostanú latentné aspekty alebo dôjde k zmene perspektívy, čo môže mať za následok revíziu, spochybňovanie, ale aj popretie nie len vlastného príbehu, ale aj identity. Za druhé, meditácia môže viesť k čiastočnej alebo kompletnej strate naratívnej identity. Takéto zmeny môžu vyústiť u meditujúceho do pocitu zmätenosti a do straty v oblasti motivácie (viď. konatívne nežiadúce účinky).

Druhou kategóriu je **strata pocitu vlastníctva**, ktorá sa typicky manifestuje tak, že meditujúci nevníma vlastné činy, pohyby, myšlienky, emócie, spomienky alebo telesné prežitky ako „svoje“. Môže mať dojem, že patria niekomu inému alebo ich zažíva ako neosobné javy, ktoré nepatria nikomu. Táto kategória sa často objavuje spolu s emočnou odpojenosťou (viď. afektívne nežiadúce účinky) a v niektorých výskumoch figuruje pod termínom disociácia alebo depersonalizácia (Farias et al., 2020; Hanssen et al., 2021; Lambert et al., 2021; Lomas et al., 2015).³⁸

Ďalšou kategóriou, ktorá je spojená so stratou na úrovni seba-pojatia je **strata pocitu bazálneho Ja**, kedy vedomie a dojem vlastného Ja mizne úplne. Meditujúci tento stav môžu

³⁸ Tieto dva termíny sa môžu prekrývať aj s inými nižšie uvedenými kategóriami.

popisovať slovami ako „moje Ja absentuje“, „zmizlo“, „nie je prítomné“. Zmeny na tejto úrovni sa odohrávajú obvykle spolu s inými zmenami v seba-pojatí (strata pocitu vlastníctva, zmeny pocitov súvisiacich s vtelením). Dištinktívnym znakom pre túto kategóriu je práve prítomnosť fundamentálnej fenomenologickej zmeny u meditujúceho v podobe absencie ontologického Ja.

Štvrtú kategóriu predstavujú **zmeny pocitu vteleného Ja**, ktoré nadobúdajú viaceré podoby. Meditujúci môže zažívať pocit, že jeho Ja sa nenachádza v jeho tele. Buď zažíva oddelenie vedomia Ja a svojho tela, ktoré sa stále z jeho perceptuálnej perspektívy nachádza v určitej vzdialenosti (napr. akoby na seba nazeral spoza alebo zvrchu seba samého) alebo zažíva také oddelenie vedomia Ja a svojho tela, že nie je schopný vnímať jeho aktuálnu polohu, (napr. zažíva pocit pripomínajúci „padanie“ alebo „let“ vesmírom). Taktiež môže zažívať dojem, že jeho Ja sa vtelilo do nezvyčajnej časti tela (napr. do stredu hlavy alebo do srdca).

Poslednú kategóriu v tejto oblasti tvoria **zmeny vo vzťahu Ja – Iný a Ja – Svet**. Hranice medzi Ja a inými entitami alebo Ja a svetom ako takým sa môžu zväčšovať, zmenšovať, stať sa priepustnými alebo zmiznúť úplne. Meditujúci tak môže fenomenologicky existovať vo svete, kde sú len iné entity bez prítomnosti jeho vlastného Ja alebo naopak vo svete, kde jeho Ja splynie s ostatnými entitami.

Existujú dôkazy (Lindahl et al., 2017; Lindahl & Britton, 2019) o pozitívnej korelácii medzi počtom zmien v rovine seba-pojatia v dôsledku meditácie a vyšším stupňom ujmy (zhoršenia fungovania) meditujúceho. V danom výskume väčšina účastníkov (konkrétne 65 %), ktorí uviedli aspoň jeden zážitok spojený so zmenami na úrovni vlastného Ja, uviedla aspoň jednu ďalšiu kategóriu z tejto oblasti a 41 % dokonca uviedlo skúsenosť s aspoň tromi vyššie uvedenými kategóriami. Čo sa týka negatívnej valencie a dopadu takýchto zmien, z účastníkov, ktorí mali zážitok s aspoň jednou kategóriou zmien v oblasti Ja, 55 % z nich v súvislosti s týmito zmenami uviedlo distress a 45 % nejaký druh poškodenia na úrovni svojho fungovania. V súlade s týmito výsledkami je aj výskum Britton et al. (2021), ktorý uvádza, že riziko rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov je 5,8 násobne vyššie za prítomnosti bližšie nešpecifikovanej poruchy v oblasti seba-pojatia než v prípade jej absencie u meditujúceho.

5.6 Sociálne nežiadúce účinky meditácie

Nežiadúce účinky meditácie v tejto oblasti sa vyznačujú negatívnymi zmenami v interpersonálnom fungovaní. Dochádza k zhoršeniu na úrovni sociálneho zapojenia meditujúcich a kvalitu ich vzťahov s okolím, čoho sprievodnými znakmi môžu byť častejšie konflikty alebo stiahnutie sa do samoty. Vo výskume Britton et al. (2021) predstavovala prítomnosť zhoršenia v sociálnej oblasti 4,8 násobne vyššie riziko rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov než v prípade ich absencie.

Prvú kategóriu nežiadúcich účinkov v sociálnej oblasti reprezentuje **problematický prechod** z meditačného pobytu alebo intenzívnej praxe do každodenného života. V kontexte intenzívneho praktikovania meditácie dochádza k zmenám v rôznych oblastiach života meditujúceho, ktoré dokáže prostredníctvom učiteľa, komunity a vhodných podmienok dobre integrovať a akceptovať. Problém nastáva vtedy, keď sa tieto zmeny (napr. perceptuálna a afektívna hypersenzitivita) ťažko zlučujú s nárokmi každodenného života a spolu s tým meditujúci príde o sociálnu oporu poskytovanú meditačnou komunitou.

Existuje viacero ďalších kategórií nežiadúcich účinkov v sociálnej oblasti, pričom diferenciálnym kritériom je práve sociálna sféra, kde sa negatívne účinky meditácie prejavajú. Zhoršenie v dôsledku iných nežiadúcich účinkov meditácia sa môže prejavovať **v zamestnaní, v blízkych vzťahoch alebo vo vzťahu k meditačnej alebo sociálnej, či kultúrnej komunite**. Meditujúci môže mať problémy s bežnou sociálnou interakciou v danom kontexte a vykonávať sociálne role, ktoré v minulosti zvládal. Spolu s tým súvisí riziko výrazného zhoršenia kvality alebo úplnej straty vzťahov v jednej či viacerých sférach, čo môže viesť k už spomínaným konfliktom, sociálnej izolovanosti, či priam sociálnej fóbie a pocitom osamelosti. Niekedy účinky meditácie na sociálny život meditujúceho nemusia byť sami o sebe negatívne. Stačí, keď je meditácia vnímaná negatívne sociálnym okolím jedinec do tej miery, že je možné hovoriť o nej ako o stigme (Anderson et al., 2019).

5.7 Somatické nežiadúce účinky meditácie

Somatické nežiadúce účinky meditácie je možné pozorovať v rôznych zmenách telesných funkcií a fyziologických procesov. Medzi najfrekventovanejšie somatické nežiadúce patria **zmeny v oblasti spánku**. Konkrétne u meditujúcich sa objavuje znížená potreba spánku, či priamo insomnia alebo parasomnie (nočné mory, živé a lucídne sny). V prehľadovej štúdií Taylor et al. (2022) táto kategória predstavovala najfrekventovanejší somatický nežiadúci účinok a vo výskume Lidahl et al. (2017) tesne druhý.

Ďalšou veľmi frekventovanú kategóriu predstavuje **vnem tlaku a napätia** niekde v tele, pričom sa objavuje aj intenzívna a akútna bolesť. V prehľadovej štúdií Farias et al. (2020) táto kategória bola tou najčastejšie reportovanou v somatickej oblasti a v štúdií Taylor et al. (2022) druhou najčastejšou. S uvoľnením tlaku, napätia a bolesti sa niekedy môže dostaviť pozitívny afekt spolu s návalom energie, ale inokedy práve naopak toto uvoľnenie je spojené so znovu prežívaním traumatickej udalosti a s rôznymi formami negatívneho afektu.

V niektorých prípadoch toto uvoľnenie sprevádza jav v podobe **somatickej energie** charakteristický pocitom „elektrického prúdu“ alebo „vibrácie“ prúdiacej celým telom. Meditujúci môže (ale nemusí) mať pocit, že má toto „prúdenie“ somatickej energie pod kontrolou. Málokedy meditujúci zažije somatickú energiu ako izolovaný zážitok bez nadväznosti na iné nežiadúce účinky (Cooper et al., 2021). Za okolností, keď sú návaly somatickej energie obzvlášť intenzívne, sa objavuje obvykle ďalší somatický negatívny účinok v podobe **mimovoľných pohybov tela** (napr. tiky, tras a kŕče). Tieto mimovoľne pohyby vytvárajú buď sériu alebo sa odohrajú len raz. Somatické energie sú najčastejšie reportovanou kategóriou somatických účinkov meditácie vo výskume Lindahl et al. (2017) a Britton et al. (2021).

Medzi ďalšie pomerne časté somatické účinky meditácie bývajú uvádzané **zmeny v oblasti apetítu**, pričom častejšie býva jeho zníženie, a v oblasti **termoregulácie**, kedy sa pocit tepla či chladu rozprestiera v celom tele alebo je lokalizovaný len v určitej jeho časti. Ako menej frekventované³⁹ výskum Lindahl et al. 2017 uvádza **závrate** a **synkopu (mdloby)**, **gastrointestinálne ťažkosti** (napr. hnačka, nadúvanie, kŕče, nevoľnosť, vracanie), **nepravidelné dýchanie** (spomalenie, zrýchlenie, krátke zastavenie), **srdečné**

³⁹ Reportované menej než 20 probandmi.

nepravidielnosti (napr. palpitácia, tachykardia), **únavu a slabosť**, **migrény a tlak v hlave**, a **zmeny súvisiace so sexualitou** (jej časté a náhle zvýšenie alebo zníženie).

Budhistickí učitelia meditácie považujú somatické zmeny za očakávateľné účinky meditačnej praxe, obzvlášť intenzívneho a dlhodobého charakteru (Linhadl et al., 2019). Stretávajú sa s nimi však aj meditační nováčikovia počas kratších programov, ako dokazuje výskum Britton et al. (2021). V rámci tohto výskumu zhodne 12,5 % účastníkov uviedlo zážitok v podobe nočných mor alebo lucídnych snov a somatických energií. Menej časté (2,1 – 7.3 %) somatické kategórie boli reportované: mimovoľné pohyby tela, zmeny v apetíte, insomnia, nepravidielnosti pri dýchaní, migrény a tlak v hlave, bolesť alebo tlak v tele a potenie. Iba jediná z týchto kategórií predstavuje podľa výsledkov tohto výskumu rizikový faktor rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov. Ide o insomniu, ktorej prítomnosť zvyšuje riziko rozvoja týchto účinkov 7,4 násobne, čo znamená, že jej patrí tretie miesto v rebríčku rizikovosti po kognitívnej dysfunkcii a derealizácii.

6 Faktory

Rovnako ako v prípade minulej kapitoly bol primárnym zdrojom výskum publikovaný v článku Lindahla a jeho spolupracovníkov (2017), ktorého výsledky boli komparované s výsledkami článkov citovaných priamo v texte. Aj tentokrát taxonómiu preberám s niekoľkými úpravami. Najväčší počet zmien sa uskutočnil v kapitole *Sociálna rovina*, kde došlo k redukcii kategórii zo šiestich na tri prostredníctvom ich kompresie. Ďalšou zmenou bolo vynechanie kategórie svetonázor a interpretačné rámce v *Rovine meditujúceho* a to z dôvodu ich zmienky práve v kapitole *Sociálna rovina*. Rovnako je potrebné upozorniť, že platí to čo u kategórii nežiadúcich účinkov: jednotlivé faktory sa nejavia byť inherentne protektívne (resp. terapeutické) alebo naopak inherentne rizikové (resp. škodlivé), či minimálne neúčinné. Ten istý faktor tak môže byť posudzovaný rôznymi osobami pokojne opačne v závislosti na rôznorodých podmienkach.

6.1 Rovina životosprávy a zdravia

Vo všeobecnosti platí, že faktory súvisiace so zdravím sú vnímané ako rizikové z hľadiska rozvoja nežiadúcich účinkov meditácie v prípade, že u meditujúceho sa prejavuje určitý deficit alebo nadbytok, prípadne sú nevhodne nastavené a naopak ako protektívne, keď dané premenné podporujú prirodzený stav homeostázy a sú vhodne nastavené. **Deficit spánku** alebo **pohybu**, či **nevhodná diéta** alebo **typ cvičenia** tým pádom reprezentujú rizikové faktory, zatiaľ čo **dostatok spánku a pohybu** alebo **vhodná úprava stravy**⁴⁰ a **cvičenia** môžu pomôcť meditujúcim, ktorí zažívajú nejaký druh nežiadúcich účinkov meditácie.

Ďalšími protektívnymi (terapeutickými) faktormi bývajú niektorými meditujúcimi označované **aktivity založené na práci s telom**. Konkrétne sa jedná o uzemňovacie aktivity (*grounding activities*) vykonávané so zámerom stabilizovať stav meditujúceho tým spôsobom, že ho viac dostanú do kontaktu svojím telom, vďaka čomu ho viac sprítomnia a stabilizujú jeho psychický stav. Medzi takéto aktivity sa radí uvedomovanie si kontaktu chodidiel s podložkou, dotýkanie sa objektov v okolí, prípadne zameranie pozornosti na

⁴⁰ Je zaujímavé, že somatické energie (viď. podkapitolu Somatické nežiadúce účinky meditácie) podľa názoru viacerých meditujúcich a učiteľov zhoršuje vegetariánska strava, cukor a kofeín a ako vhodné opatrenia preto navrhujú do jedálneho lístka zaradiť mäso a vylúčiť práve cukor a kofeín (Cooper et al., 2021)

dych alebo otvorenie očí. Práve tieto uzemňovacie aktivity menovali ako užitočné probandi výskumu Hanssen et al. (2021). S telom pracujú aj metódy ako jóga, masáž, akupunktúra alebo kraniosakrálna terapia, ktoré prostredníctvom práce s telom nie len vplyvajú na samotné fyzické a fyziologické aspekty zdravia, ale taktiež môžu mať pozitívny vplyv na celkovú psychickú kondíciu a jednotlivé jej aspekty. Nie vždy sa však pozitívne účinky takýchto intervencií dostavia (Cooper et al., 2021).

Za terapeutický faktor býva označovaná **psychoterapia a farmakoterapia**⁴¹. Obe bývajú používané v prípade, že sa stav meditujúceho v dôsledku veľmi vážnych nežiadúcich účinkov signifikantne zhorší a iné druhy intervencie nie sú účinné.⁴² Cooper et al. (2021) popisuje príklady dvoch meditujúcich, ktorí počas praxe boli konfrontovaní s vlastným traumatickým obsahom. Obom podľa ich vlastných slov pomohla terapeutická metóda priamo zameraná na spracovanie traumy (*Somatic Experience*). Stáva sa, že meditujúci musí minimálne na nejakú dobu prerušiť prax do doby⁴³, než sa jeho stav prostredníctvom vhodne zvolenej medicíny a/alebo psychoterapie nezlepší. Niektorí meditujúci si však tento druh intervencie (obzvlášť sa to týka farmakoterapie) asociujú so stigmatizáciou vlastnej osoby v meditačnej komunite (Cooper et al., 2021; Lindahl et al., 2019). Môžu nadobudnúť dojem, že nejakým spôsobom zlyhali a pociťujú preto hanbu, či vinu. Vyhybanie sa medicíne, či iným klinickým intervenciám tak síce môže validizovať sociálny status v rámci komunity meditujúcich, ale zároveň zvyšuje riziko chronického ochorenia v dôsledku neliečených symptómov (Lindahl et al., 2019).

Užívanie rekreačných drog niektorí meditujúci uvádzajú ako rizikový faktor, no iní naopak ako protektívny v tom zmysle, že im táto skúsenosť pomohla pri konfrontácii s istými druhmi nežiadúcich účinkov meditácie. Niektorí meditujúci dokonca siahli (s nejednoznačnými výsledkami) po rekreačných drogách v situácii, keď chceli dosiahnuť úľavy od náročného stavu vyvolaného meditovaním.

⁴¹ Alternatívou farmakoterapie je fytooterapia predpísaná liečiteľmi z tradičnej tibetskej alebo čínskej medicíny (Cooper et al., 2021).

⁴² Farmakoterapiu a psychoterapiu využili aj niektorí účastníci s bipolárne-afektívnou poruchou výskumu Hanssen et al. (2021) počas absolvovania programu MBCT. Jeden účastník začal s traumaterapiou (*EDMR*) a niekoľko ďalších užívalo medicínu na zmiernenie nežiadúcich účinkov predovšetkým v podobe úzkosti a paniky (hlavne z kategórie benzodiazepínov).

⁴³ Toto prerušenie má niekedy formu hospitalizácie.

6.2 Rovina meditačnej praxe

V rovine samotnej praxe Lindahl et al. (2017) rozlišuje päť kategórií faktorov. Prvú kategóriu predstavuje **objem, intenzita a konzistentnosť** meditačnej praxe. Za rizikový faktor rozvoja nežiadúcich účinkov meditácie býva považované intenzívne a dlhšie praktikovanie. Dôkazy pre túto hypotézu prinášajú aj ďalšie výskumy (Cebolla et al., 2017; Hanssen et al., 2021), ktoré charakterizujú intenzívnu meditáciu takú, ktorá trvá viac než 40 minút. Kratšia a dlhšia meditácia môže mať dokonca opačný účinok, minimálne v súvislosti s kvantitou spánku. Vo výskume Britton et al. (2014) kratšie praktikovanie meditácie všímavosti viedlo k väčšej potrebe spánku, zatiaľ čo dlhšie naopak k menšej. V kontraste s tým sú výsledky výskumu Schlosser et al. (2019), ktoré nenašli dokaz pre vzťah medzi priemernou dĺžkou meditačného sedenia, frekvenciou týchto sedení alebo celkovou dĺžkou meditačnej praxe a nežiadúcimi účinkami meditácie.

Špecifickú **formu** intenzívnej meditačnej praxe predstavuje meditačný pobyt (*retreat*). Podľa viacerých výskumov (Pauly et al., 2021; Schlosser et al., 2019) skúsenosť s meditačným pobytom koreluje so zážitkom nežiadúcich účinkov meditácie. To potvrdzuje aj výskum Lindahl et al. (2017), v ktorom väčšina meditujúcich (72 %) uviedla, že sa problematické zážitky spojené s meditáciou objavili priamo počas meditačného pobytu alebo tesne po ňom. Ako upozorňuje Schlosser et al. (2019) za touto koreláciou sa môžu skrývať aj iné faktory než priamo intenzita meditácie (napr. osobnostné charakteristiky meditujúcich vyhládajúcich tento spôsob praxe, zmeny v spánkovom a stravovacom režime, veľmi limitovaná možnosť sociálnej interakcie a celkovej distrakcie). Na druhú stranu metaanalýza výskumov účinkov meditačných pobytov (Koury et al., 2017) síce prezentuje dôkazy ich potenciálnych benefitov vo viacerých oblastiach (úzkosť, depresia, stres, emocionálna regulácia a kvalita života), zároveň upozorňuje, že v ani jednom výskume nebolo zahrnuté meranie obzvlášť nepríjemných zážitkov spojených s meditáciou.

Ani absencia skúsenosti s meditačným pobytom nemusí predstavovať protektívny faktor, ako dokazujú výsledky výskumu Cebolla et al. (2017): väčšina účastníkov (41,3 %) sa vyjadrila, že zažila nežiadúce účinky meditácie počas individuálnej praxe.⁴⁴ Väčšia

⁴⁴ 13,7% účastníkov uviedlo skúsenosť s nežiadúcimi účinkami meditácie počas meditačného pobytu a 10,3 % počas skupinových sedení. Zvyšok na túto položku v dotazníku neodpovedal.

intenzita a vyššia frekvencia individuálnej neformálnej praxe⁴⁵ súvisela s počtom nežiadúcich účinkov s negatívnym dopadom a s väčšou pravdepodobnosťou rozvoja pretrvávajúcich negatívnych účinkov v rámci výskumu Britton et al. (2021). Vzhľadom na nejednoznačné výsledky, nie je možné formulovať všeobecné pravidlá týkajúce sa intenzity a frekvencie meditačnej praxe platné za každých okolností pre každého. Creswell (2017) predpokladá existenciu troch základných pravidiel pre dávkovanie meditácie všímvosti:

1. väčšie dávky pravdepodobne prinášajú väčší účinok,
2. pravidelné praktikovanie pravdepodobne spôsobuje väčší účinok
3. a pravdepodobne existuje horný limit dennej praxe, po ktorého prekročení nie je pre začiatočníkov meditácia prínosná.

Britton (2019) odporúča aplikovať Yerkes-Dodsonov zákon optimálneho nabudenia aj na proces osvojovania si rôznych aspektov meditácie všímvosti s poukázaním na fakt, že je potrebné poznať v každej oblasti optimálnu mieru, po ktorej prekročení hrozia práve prejavy v podobe nežiadúcich účinkov.

Ďalším faktorom je **postoj**, ktorý poukazuje buď na správne alebo naopak nesprávne spôsoby, akými meditujúci pristupuje k meditovaniu. Vo viacerých kvalitatívnych výskumoch (Cooper et al., 2021; Hanssen et al., 2021; Lindahl et al., 2019; VanderKooi, 1997) meditujúci alebo meditační učitelia zmieňujú prehnané úsilie pri meditácii ako rizikový faktor pre rozvoj, či zhoršenie nežiadúcich účinkov meditácie. Z čoho jasne vyplýva, že práve výmena tohto postoja za jeho pravý opak môže pomôcť pri nežiadúcich účinkoch meditácie. Tento postoj spočíva v zotrvávaní v „okne vlastnej tolerancie“ (Treleaven, 2018), kedy sa meditujúci nesnaží excesívne prekonávať hranice toho, čo zvládne v rámci meditácie.

S vyššie uvedenou kategóriou do veľkej miery súvisí aj **reakcia na nežiadúci účinok**, ktorá odkazuje na spôsob, s akým meditujúci pristupuje k vlastným nežiadúcim účinkom meditácie. Značná časť meditujúcich a učiteľov zastáva názor, že nežiadúce účinky meditácie sa musia bezpodmienečne prijímať a pozorovať bez potreby ich hodnotiť (Baer et al., 2019; Kerr et al., 2011; VanderKooi, 1997). Na tomto princípe je založená aj meditácia

⁴⁵ Formálna prax spočívala priamo v praktikovaní meditácie alebo používaním zvukových nahrávok riadených meditačných praktík, zatiaľ čo neformálna prax sa odohrávala neplánovane, počas denných aktivít a bez použitia zvukových nahrávok. Je zaujímavé, že intenzita a frekvencia formálnej praxe v tomto výskume nepredstavovala rizikový faktor nežiadúcich účinkov meditácie.

všímavosti. Pravdepodobne, vo väčšine situácii tento prístup bude fungovať. Niekedy však sám o sebe nestačí a u niektorých meditujúcich viedol podľa ich názoru k zbytočnému predlžovaniu nežiadúcich účinkov v dôsledku oddiaľovania inej, vhodnejšej forme intervencie (Lidhahl et al., 2019). Obzvlášť rizikové predstavuje bezpodmienečné akceptovanie disociatívnych účinkov (Britton et al., 2021; Treleaven, 2018).

Ďalším faktorom je **typ meditačnej praxe**. Ten predstavuje riziko v prípade nehody medzi ním a osobnostnými predispozíciami meditujúceho alebo jednoducho preto, že niektoré typy praxe sú už z vlastnej podstaty rizikovejšie z hľadiska rozvoja istých nežiadúcich účinkov. Zmena tohoto typu praxe tak môže predstavovať pre meditujúceho vhodnú a účinnú intervenciu. Podľa výsledkov výskumu Schlosser et al. (2019) zvýšené riziko nežiadúcich účinkov meditácie existuje pri výhradnom praktikovaní dekonštruktívneho typu meditácie. Praktikovanie tohto typu cieľi prostredníctvom pokladania otázok sebe samému na oslabenie či priamo kompletnú dekonštrukciu konceptuálnych rámcov a kognitívnych modelov týkajúcich sa vlastnej osoby, iných ľudí, sveta a vedomia ako takého (Dahl & Lutz, 2015). Vyššie uvedený výskum nenašiel dôkazy pre hypotézu, že zvýšené dva typy meditačnej praxe (koncentratívna⁴⁶ a konštruktívna⁴⁷) predstavujú rizikový faktor z hľadiska nežiadúcich účinkov meditácie. Autori tohto výskumu svoje zistenia vysvetľujú tak, že dekonštruktívny typ predstavuje v niektorých tradíciách ten najnáročnejší, na ktorý sa meditujúci musí pripraviť pomocou praktikovania práve zvyšných dvoch. Výskum Pauly et al. (2021) tieto výsledky nereplikoval: autori nenašli dokaz vzťahu medzi nežiadúcimi účinkami a dekonštruktívnym typom meditácie, ani zvyšnými dvoma typmi. Limitom testovania tejto hypotézy je malý počet meditujúcich, ktorí sa venujú výhradne tomuto typu meditácie⁴⁸. Väčšina meditujúcich sa neobmedzuje na výhradné praktikovanie len jedného meditačného štýlu.

Ani výskum Britton et al. (2021) nenašiel súvislosť medzi určitým typom praxe a nežiadúcimi účinkami meditácie, konkrétne účasťou v MBCT, praktikovaním výhradne koncentrovanej pozornosti alebo otvoreným monitorovaním. Proti tejto hypotéze vystupujú výsledky viacerých výskumov (napr. Cebolla et al., 2017; Hanssen et al., 2021; VanderKooi, 1997) naznačujúce, že praktikovanie meditácie založenej na koncentrácii pozornosti je

⁴⁶ Tento typ je založený na zlepšení regulácie rôznych procesov spojených s koncentráciou, primárne schopnosti započat' a udržať meta-kogníciu. (Dahl & Lutz, 2015).

⁴⁷ Tento typ je založený na kultivácii a posilňovaní kognitívnych a afektívnych vzorcov podporujúcich celkový pocit duševnej pohody tak, že podporuje zdravú interpersonálnu dynamiku a/alebo dodržiavanie etických hodnôt (Dahl & Lutz, 2015).

⁴⁸ Vo výskume Pauly et al. (2021) sa jednalo o 2,2 % probandov.

rizikovejšie z hľadiska nežiadúcich účinkov meditácie než práve otvorené monitorovanie. Je evidentné, že tak ako v prípade mnohých iných faktorov, ďalší výskum v tejto oblasti by mohol prispieť k presnejšiemu vyhodnoteniu reálneho rizika konkrétneho faktoru za určitých podmienok.

Posledným faktorom v rovine meditačnej praxe je jej **štádium**. Predovšetkým podľa názoru meditačných učiteľov niektoré nežiadúce účinky môžu byť prirodzenou súčasťou určitého štádia v rámci praxe. Čo znamená, že po jeho prekonaní prirodzene odznejú. Podmienkou tohto prechodu do vyššieho štádia praxe býva práve integrovanie nežiadúcich účinkov spojených s meditáciou do koherentného a konzistentného fenomenologického rámca. Epstein a Lieff (1981) identifikovali dve štádiá praxe s vyššou pravdepodobnosťou výskytu nežiadúcich účinkov. Tým prvým je hneď to úvodné, kedy sa meditujúci učí udržať stabilitu svojej pozornosti a rozvíjať schopnosť všímavosti. Osvojovanie si týchto kompetencií častokrát prináša mnohé formy mentálneho i fyzického distresu a diskomfortu, ktoré miznú spolu s tým, ako sa v nich meditujúci zlepšuje, čo potvrdzujú výsledky viacerých výskumov (Aizik-Reebs et al., 2021; Hanssen et al., 2021). Druhým štádiom s väčším rizikom výskytu nežiadúcich účinkov je to spojené s dosiahnutím nových vhládov, ktoré menia u meditujúceho doterajšie modely a perspektívy, prostredníctvom ktorých rozumel realite a existoval v nej. Tento proces ukotvovania nových modelov a perspektív môže byť stresujúci, mätúci a vyvolávať komplikácie, ako potvrdzujú viaceré kvalitatívne výskumy skúsených meditujúcich (Lindahl et al. 2017; Lomas et al., 2015).

6.3 Socio-kultúrna rovina

Existujú tri hlavné sociálne sféry, v ktorých sa prejavujú faktory nežiadúcich účinkov meditácie. Prvú tvoria **vzťahy meditujúceho s ďalšími členmi meditačnej komunity**, predovšetkým s učiteľmi. Rizikovým faktorom sú vtedy, keď absentujú úplne (napr. Kuijpers et al., 2007; Lomas et al., 2015) alebo kvalita týchto vzťahov je z hľadiska meditujúceho nízka (napr. Hanssen et al., 2021). Kvalita týchto vzťahov sa odvíja od premenných ako empatia, porozumenie problémov meditujúceho, komunikácia ohľadom povahy meditačnej praxe, schopnosť naučiť meditujúceho tejto praxi a schopnosť zvládať ťažkosti u meditujúcich (Baer et al., 2019). Nie je prekvapujúce, že viacero výskumov poukazuje na podporu zo strany učiteľa a ostatných členov komunity ako na protektívny

(terapeutický) faktor nežiadúcich účinkov meditácie. Dokonca vo výskume Canby et al. (2021) sa ukázali byť sociálne faktory silnejšími prediktormi zlepšenia v oblasti depresie, stresu a všímavosti než faktory špecificky spojené s praktikovaním všímavosti.

Sociálna podpora môže spočívať aj v poskytnutí **adekvátneho interpretačného rámca**, vďaka ktorému meditujúci porozumie svojim nežiadúcim účinkom meditácie, čo mu prinesie úľavu a zníži distres (Cooper et al., 2021). Sociálna dynamika formujúca interpretáciu tohto fenoménu nemusí byť vždy tak priamočiara. Každopádne viacerí autori (napr. Lidahl, 2017; Lindahl et al., 2017; Lidahl et al., 2019; VanderKooi, 1997) vyzdvihujú sociálnu pozíciu a kultúrne pozadie aktérov ako významný faktor ovplyvňujúci fenomenológiu nežiadúcich účinkov meditácie, ktoré môžu byť vnímané ako normatívne prejavy progresu, bezvýznamné vedľajšie účinky alebo symptómy psychopatológie. Ak sa meditujúci musí vysporiadať s nekompatibilnými perspektívami a interpretáciami nežiadúcich účinkov vyvolaných meditovaním, hrozí ešte väčšie zhoršenie jeho zdravotného stavu (Lindahl et al., 2017; Schlosser et al., 2019). S tým súvisí odporúčanie autorov Kaselionyte a Gumley (2018), ktorí volajú po väčšej miere spolupráce medzi meditačnými učiteľmi, terapeutmi a klinickými odborníkmi s cieľom vytvoriť pre meditujúceho zo Západu dobré podmienky, ktoré by mu pomohli so spracovaním obzvlášť náročných zážitkov v dôsledku meditácie.

Druhú a tretiu sociálnu sféru, ktoré modulujú podobu nežiadúcich účinkov meditácie, tvoria **blízke a vzdialené vzťahy meditujúceho s ľuďmi mimo meditačnú komunitu**. Blízkymi vzťahmi sa myslia primárne vzťahy s rodinou, priateľmi, prípadne kolegami. Vzdialené vzťahy odkazujú na širší socio-kultúrny kontext. Podľa charakteru a kvality je možné aj tieto vzťahy deliť na rizikové a protektívne faktory. Prvý prípad ilustrujú výskumy poukazujúce na interpersonálne konflikty medzi meditujúcim a jeho blízkym okolím, ktoré neprijíma praktikovanie meditácie *en bloc* alebo niektoré jeho aspekty (Anderson et al., 2019; Ekici et al., 2018). Úroveň kompatibility medzi svetonázormi, hodnotami a cieľmi meditujúceho a širšieho socio-kultúrneho prostredia, v ktorom žije, môže mať taktiež vplyv na nežiadúce účinky meditácie. Táto práca je zameraná predovšetkým na výskumy zamerané na ľudí praktikujúcich meditáciu v euroamerickom prostredí. V ich prípade hrozí menšia miera kompatibility medzi socio-kultúrnymi normami a hodnotami spoločnosti, v ktorej žijú a osvojenými normami a hodnotami spojenými s meditovaním než u meditujúcich žijúcich v spoločnosti, kde meditácia má historickú tradíciu. Nižšia miera kompatibility znamená vyššiu mieru rizika v súvislosti s nežiadúcimi účinkami meditácie (Lindahl et al., 2017).

6.4 Rovina meditujúceho

V rovine meditujúceho existujú štyri kategórie faktorov. Za prvé, **identitu** meditujúceho konštituuju rozmanité demografické premenné, ktoré môžu mať súvislosť so vznikom, charakterom a priebehom nežiadúcich účinkov meditácie. Za rizikové faktory je predbežne možné označiť nižší vek⁴⁹, príslušnosť k určitej marginalizovanej sociálnej skupine (etnická minorita, s nižším vzdelaním a s nižším príjmom) (Goldberg et al., 2021) a mužské pohlavie (Lomas et al., 2015; Schlosser et al., 2019)⁵⁰. Protektívnym faktorom sa javí byť väčšia miera religiozity (Schlosser et al., 2019)⁵¹.

Za druhé, nežiadúce účinky meditácie môžu súvisieť s faktormi ako **prítomnosť psychiatrickej** či inej **medicínskej diagnózy** alebo **traumatického zážitku** v anamnéze. Existujú dôkazy, že psychiatrická diagnóza pred začiatkom meditačnej praxe predstavuje v tomto ohľade rizikový faktor (Pauly et al., 2021)⁵². Goldberg et al. (2021) našiel súvislosť medzi aktuálnymi symptómami depresie, úzkosti a osamelosti a výskytom nežiadúcich účinkov meditácie. Dizajn tohto výskumu (tj. prevalenčná štúdia) umožňuje určiť len mieru korelácie medzi týmito dvoma premennými. Možno zážitok s nežiadúcim účinkom meditácie zhoršil duševný stav meditujúcich, čo sa prejavilo výraznejšími príznakmi depresie, úzkosti a osamelosti. Alebo existencia týchto symptómov odzrkadľuje u meditujúcich s vyššou mierou nežiadúcich účinkov určité osobnostné predispozície viažuce sa na senzitivitu voči negatívnemu prežívaniu. Analýza prípadových štúdií v rámci výskumu Lambert et al. (2021) však prichádza s dôkazom, že väčšina účastníkov (N = 17; 55 %) nemala vo svojej anamnéze žiadnu psychiatrickú diagnózu pred skúsenosťou s nežiadúcimi účinkami meditácie oproti menšine (N = 11; 36 %), ktorá ju naopak mala. Zároveň je pravdepodobné, že psychicky zraniteľnejšie osoby budú viac profitovať z im prispôsobenej intervencii založenej na meditácii (napr. MBCT) než tí, ktorých psychický stav je celkovo lepší (Baer et al., 2019; Kuyken et al., 2016).

⁴⁹ Platnosť hypotézy o väčšom riziku meditácie z hľadiska nežiadúcich účinkov pre mladšie osoby naopak nepotvrdil výskum Pauly et al. (2021).

⁵⁰ Platnosť hypotézy o väčšom riziku meditácie z hľadiska nežiadúcich účinkov pre mužov naopak nepotvrdil výskum Goldberg et al. (2021) ani Pauly et al. (2021).

⁵¹ Platnosť hypotézy o menšom riziku meditácie z hľadiska nežiadúcich účinkov pre religióznejších jedincov naopak nepotvrdil výskum Pauly et al. (2021).

⁵² Autori tohoto výskumu si výsledok štatistickej analýzy vysvetľujú tak, že ľudia s duševným ochorením majú väčšie sklony k nadmernej identifikácii s nepríjemnými emóciami, čo vedie k vyššej miere ich distresu.

Medzi zraniteľnejšie osoby je možné nepochybne zaradiť aj tie s nepriaznivými zážitkami z detstva, u ktorých s vyššou mierou pravdepodobnosti hrozí zážitok nejakého nežiadúceho účinku meditácie. Taktiež pravdepodobne táto skupina zažije väčší počet nežiadúcich účinkov a meditácia u nich bude viesť k zhoršeniu ich stavu (Goldberg et al., 2021). Na základe svojho kvalitatívneho výskumu aj Lindahl (2017) dospel k záveru, že meditujúci traumatizovaní v minulosti, ktorí zároveň počas meditácie znova prežili tieto traumatické zážitky, predstavovali jednu zo skupín s najväčšou mierou distresu a ujmy. Niektorým z nich pomohlo až prerušenie meditačnej praxe a/alebo psychoterapia či psychiatrická liečba. Lindahl (2017) zároveň upozorňuje na skutočnosť, že u niektorých ďalších v minulosti traumatizovaných jedincov sa toto traumatické znovu prežívanie neobjavilo a taktiež, že traumatické zážitky počas meditácie sa objavili u ľudí, ktorí neuviedli vo svojej anamnéze traumy. Hanssen et al. (2021) potvrdzuje, že psychiatrická diagnóza a traumatický zážitok patria do kategórie faktorov s označením „predisponujúce“ k nežiadúcim účinkom meditácie. Rovnako tam radí aj somatické ťažkosti ako chronická bolesť, únava a menopauza.

Za tretie, nežiadúce účinky meditácie môžu súvisieť s určitými **rysmi osobnosti** alebo **temperamentu** meditujúceho. Ako rizikový faktor sa vo výskumoch objavuje sklon k repetitívnemu negatívne mysleniu (Pauly et al., 2021; Schlosser et al., 2019), neuroticismus (Pauly et al., 2021), perfekcionizmus, emocionálna hypersenzitivita, sklony k úzkosti z výkonu a vyššia miera seba-kritickosti (Hanssen et al., 2021). Ondřej (2011) za rizikové subpopulácie označuje tie, pre ktoré „je typická osobnostní struktura vyznačující se velmi křehkou úrovní sebepojetí, nedostatkem empatie, rigidní kontrolou.“ Vyššie uvedené rysy predstavujú zároveň transdiagnostické premenné spoločné pre mnohé psychiatrické diagnózy. Čo znamená, že za pozitívnu koreláciu týchto faktorov a nežiadúcimi účinkami meditácie sa skrýva práve faktor v podobe psychiatrickej diagnózy. Dôkaz pre toto tvrdenie prináša výskum Pauly et al. (2021): po kontrolovaní premennej „už existujúce duševné ochorenie“ ani neuroticismus, ani repetitívne negatívne myslenie neboli naďalej významnými prediktormi závažnosti nežiadúcich účinkov meditácie. Na základe toho autori usudzujú, že duševné ochorenie má rolu mediátora v korelačnom vzťahu týchto dvoch rysov a nežiadúcich účinkov meditácie.

Za štvrté, za ďalšie faktory v rovine meditujúceho sú považované určité **zámery, ciele a motivácia**. Hanssen et al. (2021) poukazuje na riziko z pohľadu nežiadúcich účinkov v podobe neadekvátnych očakávaní ohľadom meditácie. Konkrétne napríklad to, že jej

praktikovanie bude mať upokojujúci účinok, čo je v rozpore s tým, že obzvlášť u začiatočníkov s veľkou pravdepodobnosťou vedie spočiatku k vyššej miere distresu (viď. kapitola Definícia a Prevalencia).

Implementácia poznatkov uvedených v celej kapitole *Faktory* do praxe môže mať prínos v podobe zníženie rizika rozvoja, intenzity, frekvencie a dopadu nežiadúcich účinkov meditácie. Ako príklad môže slúžiť v mnohom stále aktuálny článok Dobkin et al. (2012), ktorý prichádza s piatimi návrhmi s cieľom zvýšiť bezpečnosť účasti v programoch založených na všímavosti. Zároveň je možné tieto návrhy uplatniť aj v kontexte tradičnej meditačnej praxe:

1. Skrining pred začiatkom praxe odhaľujúci duševné ochorenia vrátane závislosti by sa mal stať štandardným postupom.
2. Ak tento skrining odhalí prítomnosť nejakého duševného ochorenia, či iných psychických ťažkostí, je potrebné posúdiť individuálne vhodnosť danej meditačnej praxe (intervencie) pre konkrétnu osobu. V prípade potreby je možné ju odkázať na optimálnu voľbu (napr. MBCT pre rekurentnú depresiu, DBT pre hraničnú poruchu osobnosti).
3. Potencionálny meditujúci majú byť vopred dostatočne informovaný o tom, čo ich v rámci praxe čaká a čo táto prax od nich vyžaduje.
4. V prípade, že sa u meditujúceho vyskytnú problémy, učiteľ (lektor) by mal disponovať zoznamom vhodných doporučení cielených na ich zmiernenie, či priamo vyriešenie. Mal by byť oboznámený aj s ďalšími možnými zdrojmi pomoci, ak ani tieto doporučené kroky nezaúčinkujú.
5. Meditujúci je podporovaný v možnosti prispôbiť si praktikovanie podľa svojich aktuálnych možností a potrieb. Preto keď sa objaví aktivita, ktorú považuje pre seba za škodlivú, nemusí v nej pokračovať. Ak si nebude istý ohľadom čohokoľvek, má vždy možnosť konzultácie s učiteľom (lektorom).

7 Diskusia

Cieľom tejto bakalárskej práce bolo predstaviť problematiku nežiadúcich účinkov meditácie, prostredníctvom spracovania poznatkov získaných z rešerší anglofónnej odbornej literatúry, keďže žiaden tunajší akademický text doposiaľ túto tému nespracoval systematicky. Aj v samotnom angloamerickom akademickom prostredí sa táto problematika stáva predmetom výskumu vo väčšej miere až v posledných rokoch. Za hlavnú devízu tohto druhu výskumu je možné považovať korekciu predstavy o bezvýhradných benefitoch a bezpečnosti meditácie, ktorá dominovala (a podľa môjho názoru stále dominuje) odbornému i verejnému diskurzu od doby, kedy sa z meditácie stal čoraz populárnejší fenomén.

V tejto kapitole v prvom rade postupne poskytnem odpovede na otázky položené v kapitole *Úvod* spolu s podnetmi do prípadnej debaty o skúmanom predmete. Neskôr sa budem venovať limitom svojho výskumu a jeho potencionálnemu prínosu.

7.1 Aká je charakteristika nežiadúcich účinkov meditácie?

Nežiadúce účinky meditácie je možné definovať prostredníctvom štyroch znakov. Prvý znak reprezentuje **negatívna valencia**, ktorá odkazuje na negatívne zafarbené prežívanie a hodnotenie zážitkov objavujúcich sa v súvislosti s meditačnou praxou. Druhý znak reprezentuje **negatívny dopad**, ktorý sa prejavuje vo chvíli, keď v súvislosti s praktikovaním meditácie dochádza k zhoršeniu v istej oblasti života a fungovania u meditujúceho alebo k celkovému zhoršeniu jeho stavu. Negatívny dopad je možné posúdiť z hľadiska trvania a závažnosti nežiadúcich účinkov. Tretí znak reprezentuje **negatívna intencionalita**, ktorá poukazuje na nesúlad medzi zámerom, motiváciou a cieľmi meditujúceho a dosiahnutých účinkov v rámci jeho meditačnej praxe. Štvrtý znak reprezentuje **predpoklad kauzality** medzi praktikovaním meditácie (príčina) a nežiadúcimi účinkami (následok), aby nedochádzalo k pokladaniu istých negatívnych udalostí vyvolaných preukázateľne inou príčinou než je samotná meditácia za nežiadúci účinok meditácie.

Na základe týchto štyroch znakov navrhujem rozlišovať dva základné druhy nežiadúcich účinkov:

- **Prechodný distress**, ktorý sa síce vyznačuje v istých okamihoch meditačnej praxe negatívnou valenciou, ale napriek tomu predstavuje jej nevyhnutnú súčasť. V konečnom dôsledku býva vykúpený benefitmi, ktoré praktikovanie meditácie z dlhodobej perspektívy prináša a preto sa nevyznačuje ani negatívnou intencionalitou a negatívnym dopadom.
- **Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom**, ktoré sa môžu ale nemusia vyznačovať negatívnou valenciou, a ktoré môžeme ďalej kategorizovať prostredníctvom ich trvania a závažnosti. Môžu mať viaceré príčiny: nesprávne praktikovanie meditácie či jej vedenie, praktikovanie kontraindikovaným jedincom bez poskytnutia adekvátnej podpory alebo samotné (už známe) riziko meditácie. Za predpokladu, že sa na tieto nežiadúce účinky podarí správne zareagovať (tzn. zvolí sa adaptívny spôsob ich riešenia) a následne sa podarí ich úspešná integrácia, môžu reprezentovať len dočasnú ujmu, ktorá pri retrospektívnom pohľade má potenciál nadobudnúť v konečnom dôsledku pozitívny význam pre meditujúceho.

Sám sa stotožňujem s názorom, že prechodný distress nepredstavuje sám o sebe nežiadúci účinok meditácie. Nežiadúcim účinkom sa stáva za predpokladu, že s ním začínajúci meditujúci nepočíta. Aby táto eventualita nenastala, majú byť meditujúci vopred dostatočne informovaní o tom, čo ich v rámci praxe čaká a čo táto prax od nich vyžaduje (Dobkin et al., 2012).

7.2 Aké časté sú nežiadúce účinky meditácie?

Na základe spracovania rešerší, som dospel k záveru, že hodnotu prevalencie podmieňuje dizajn výskumu a zvolená metodológia, predovšetkým operacionalizácia nežiadúcich účinkov meditácie a spôsob zberu dát (Britton et al., 2021; Farias et al., 2020; Goldberg et al., 2021; Lindahl et al., 2017; Pauly et al., 2021). Prvým krokom by tak malo byť zjednotenie terminológie a vytvorenie nástrojov s dostatočnou validitou a reliabilitou určených priamo na meranie nežiadúcich účinkov meditácie (Schloser et al., 2019; Taylor et al., 2022; Zang et al., 2021). Následne by sa mohlo pristúpiť k realizácii výskumu zameraného na odhalenie samotných rizík meditácie v jej rozmanitých variantoch a kontraindikáciách. Takýto výskum by rozlišoval, monitoroval, skúmal a hlásil už známe nežiadúce účinky, nečakané nežiadúce účinky, a nečakané účinky, ktoré však nie sú

nežiadúce (OHRP, 2007). Ideálnu metódu predstavuje longitudinálna randomizovaná kontrolná štúdia (Schlosser et al., 2019), ktorej realizácia je zároveň najnáročnejšia z viacerých hľadísk (financie, trvanie, personálne nároky, apod.).

Na základe odhadov prevalencie rôznych typov nežiadúcich účinkov prezentovaných v príslušnej kapitole navrhujem formulovať nasledujúce predbežné tvrdenia (hypotézy), ktorých platnosť je potrebné overiť prostredníctvom vyššie uvedenej podoby výskumu:

1. **Prechodný distress** v súvislosti s meditovaním (obzvlášť v začiatkoch praxe) **zažíva väčšina ľudí** (Aizik-Reebs et al., 2021; Baer et al., 2021; Britton et al., 2021).⁵³
2. **Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom** na stav a fungovanie meditujúceho sú **relatívne bežné**⁵⁴ v kontexte tradičnej meditácie i programov ako MBCT a MBSR. S narastajúcou dĺžkou trvania a mierou závažnosti klesá ich prevalencia (Aizik-Reebs et al., 2021; Britton et al., 2021; Goldberg et al., 2021; Hirshberg et al., 2020; Pauly et al., 2021).
3. **Riziko najzávažnejších** (život ohrozujúcich, liečbu vyžadujúcich) účinkov **je väčšie v prípade meditácie v prirodzenom prostredí** ako v prípade programov MBCT a MBSR (Anderson et al., 2019; Goldberg et al., 2021; Hanssen et al., 2021; Lindahl et al., 2017; Pauly et al., 2021; Wong et al., 2018).

7.3 Aké sú druhy nežiadúcich účinkov meditácie?

S najprepracovanejšou taxonómiou nežiadúcich účinkov meditácie prišiel podľa môjho názoru Lindahl a jeho tím (2017), ktorý svoj výskum priamo zamerl na zážitky spojené s meditáciou popisované ako „náročné, bolestivé, vyvolávajúce utrpenie, funkčne poškodzujúce a/alebo vyžadujúce dodatočnú podporu“. Čo znamená, že vzorku probandov tvoria výhradne meditujúci zo Západu s týmto druhom zážitku. Výsledky tohto výskumu sa stali východiskom aj pre ďalšie odborné články, ktoré vo svojom texte citujem (Cooper et al., 2021; Lindahl, 2017; Lindahl & Britton, 2019; Lindahl et al., 2019; Lindahl et al., 2020). Taxonómiu obsahujúcu 59 kategórii som zredukoval (primárne vďaka komprimácii

⁵³ Na základe toho, že väčšina vzorky populácie v citovaných výskumoch pochádzala z euroamerického geografického priestoru, sa táto hypotéza vzťahuje primárne na túto subpopuláciu.

⁵⁴ Niektoré výskumy dospeli k hodnote prevalencie až okolo 40 % (Britton et al., 2021; Goldberg et al., 2022).

niektorých významovo podradených a nadradených kategórii do jednej) do nasledujúcej podoby:

1. **Afektívne nežiadúce účinky:** strach, úzkosť a panika; depresia, dysfória a smútok; suicidalita; znova prežívanie traumatických zážitkov; nervozita a podráždenosť; hnev a agresia; seba-vzťahné emócie (hlavne hanba, vina); afekt s pozitívnou valenciou; afektívna senzitivita a reaktivita; afektívna desenzibilizácia; emočná oploštenosť a odpojenosť
2. **Kognitívne nežiadúce účinky meditácie:** mentálna nehybnosť; mentálna jasnosť; metakognícia; úzkostlivé a obsesívne myslenie; zmeny v oblasti svetonázoru; dezintegrácia konceptuálnych (sémantických) systémov; zvýšené kognitívne spracovanie; bludy
3. **Konatívne nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v motivácii; negatívne zmeny v úsilí (jeho zníženie i zvýšenie)
4. **Perceptuálne nežiadúce účinky:** perceptuálna hypersenzitivita; čiastočné alebo kompletne zmiznutie určitých objektov; subjektívne vnímaná deformácia času a/alebo priestoru; derealizácia; ilúzie a halucinácie
5. **Nežiadúce účinky v seba-pojatí (Ja):** negatívne zmeny v rovine naratívneho Ja; strata pocitu vlastníctva; strata pocitu bazálneho Ja; negatívne zmeny pocitu vteleného Ja; zmeny vo vzťahu Ja – Iný a Ja – Svet
6. **Sociálne nežiadúce účinky:** problematický prechod z meditačného pobytu alebo intenzívnej praxe do každodenného života; negatívne zmeny v zamestnaní, v blízkych vzťahoch alebo vo vzťahu k meditačnej alebo širšej sociálnej, či kultúrnej komunite
7. **Somatické nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v oblasti spánku, apetítu, termoregulácie; vnem tlaku a napätia v tele; somatická energia; mimovoľné pohyby tela; závrate a mdloby; gastrointestinálne ťažkosti; nepravidelné dýchanie; srdcové nepravidelnosti; únava a slabosť; migrény a tlak v hlave; negatívne zmeny súvisiace so sexualitou

Vzhľadom na to, že sa nachádzame stále v počiatočnej fáze výskumu nežiadúcich účinkoch meditácie, je potrebné realizovať ďalšie štúdie v snahe replikovať výsledky Lindahl et al. (2017). Plnú verziu taxonómie porovnával s výsledkami svojho výskumu Hanssen et al. (2021) s nasledujúcim výstupom: z 59 kategórii identifikoval 41, pričom žiadnu novú kategóriu neodhalil. Medzi 18 kategórií, ktoré absentovali, sa radili aj tie

najviac závažné nežiadúce účinky ako suicidalita, bludy, dezintegrácia konceptuálnych rámcov a zmeny v exekutívnom fungovaní (v oblasti rozhodovania, koncentrácie a pamäte). Vyššiu mieru replikácie výskumu Lindahl et al. (2017) sa podarilo dosiahnuť vo výskume Britton et al. (2021) s hodnotou 83 % identických kategórií. Zároveň je nutné podotknúť, že päť kódov nebolo možné priradiť k ani jednej z 59 kategórií taxonómie Lindahl et al. (2017), čo znamená, že táto taxonómia nežiadúcich účinkov nemusí byť ešte definitívna.

7.4 Aké faktory majú vplyv na nežiadúce účinky meditácie?

Pri zostavovaní taxonómie faktorov som postupoval podobne ako v prípade taxonómie kategórii s tým rozdielom, že som vo väčšej miere výsledky porovnával s výsledkami iných výskumov než je ten Lindahl et al. (2017). Dôvod je ten, že skúmaniu faktorov nežiadúcich účinkov bola venovaná o čosi väčšia pozornosť než samotným kategóriám. Taxonómiu faktorov vyplývajúcich na nežiadúce účinky meditácie som upravil do nasledujúcej podoby:

1. **Rovina životosprávy a zdravia:** spánok; strava; pohyb; aktivity založené na práci s telom; psychoterapia a farmakoterapia; užívanie rekreačných drog
2. **Rovina meditačnej praxe:** objem, intenzita a konzistentnosť; forma (meditačný pobyt / skupinová vs. individuálna prax); postoj k meditačnej praxe; reakcia na nežiadúci účinok meditácie; typ a štádium meditačnej praxe
3. **Socio-kultúrna rovina:** vzťahy meditujúceho s ďalšími členmi meditačnej komunity; ne/prítomnosť adekvátneho interpretačného rámca; blízke a vzdialené vzťahy meditujúceho s ľuďmi mimo meditačnú komunitu
4. **Rovina meditujúceho:** identita; psychiatrická alebo iná medicínska diagnóza; trauma; rysy osobnosti a temperamentu; zámery, ciele a motivácia

Úsilie rozdeliť faktory na rizikové a protektívne naráža na limity výskumu v tejto oblasti, primárne v podobe nedostatočného množstva štúdií, ktorých závery navyše nie sú jednoznačné. Vzhľadom na doterajšiu fázu výskumu navrhujem faktory rozdeliť do troch skupín. Prvú skupinu predstavujú faktory, u ktorých panuje menšia zhoda v súvislosti s ich mierou rizikovosti (protektivity) z dôvodu, že testovanie hypotéz v rôznych kvantitatívnych výskumoch prinieslo rozporuplné výsledky. Do tejto skupiny sa radí napríklad objem,

intenzita, konzistentnosť (Cebolla et al., 2017; Schlosser et al., 2019), typ meditačnej praxe (Britton et al., 2021; Cebolla et al., 2017; Pauly et al., 2021; Schlosser et al., 2019) a faktory súvisiace s identitou meditujúceho ako je nižší vek (Goldberg et al., 2021; Pauly et al., 2021) a mužské pohlavie (Goldberg et al., 2021; Pauly et al., 2021; Schlosser et al., 2019). Druhú skupinu predstavujú faktory, ktoré boli v kvalitatívnych výskumoch niektorými probandmi označené za protektívne (terapeutické), zatiaľ čo inými za rizikové alebo minimálne neúčinné. Jedná sa o faktory ako napríklad užívanie rekreačných drog (Lindahl et al., 2017) a aktivity založené na práci s telom (Cooper et al., 2021). Tretiu skupinu predstavujú faktory, u ktorých sa miera rizikovosti (protektivity) javí byť predbežne jasnejšia. Z rizikových faktorov sa jedná napríklad o prítomnosť psychiatrickej diagnózy (Goldberg et al., 2021; Pauly et al., 2021) a traumy (Goldberg et al., 2021; Lindahl, 2017; Treleaven, 2018) alebo postoj vo forme excesívneho úsilia (Cooper et al., 2021; Hanssen et al., 2021; Lindahl et al., 2019; VanderKooi, 1997). Časom by po realizovaní ďalších štúdií zameraných na túto problematiku mohlo byť jasnejšie, ktoré faktory sú rizikové a ktoré naopak protektívne, prípadne za akých okolností.

7.5 Limity a prínos práce

Základný limit tejto práce predstavuje voľba zdrojov obmedzených na anglofónne akademické prostredie. Vzhľadom na pomerne malé množstvo zdrojov v angličtine existuje predpoklad, že v iných jazykoch nebolo taktiež publikovaných mnoho odborných textov na danú tému. Výnimku by mohli predstavovať jazyky krajín, kde má meditácia historickú tradíciu (napr. v Indii, v krajinách juhovýchodnej Ázie, v Japonsku). Ďalší výskum by preto mohol smerovať k porovnaniu charakteru, výskytu a priebehu nežiadúcich účinkov meditácie v rôznych socio-kultúrnych kontextoch. Obzvlášť zaujímavé by bolo porovnať euroamerické prostredie, kde budhistická meditácia reprezentuje mladý fenomén, s prostredím, kde je etablovaná už storočia až tisícročia. Ďalší smer výskumu by mohol viesť k systematickejšiemu porovnaniu nežiadúcich účinkov v dvoch základných módoch rozšírených v euroamerickom prostredí: tradičných meditačných škôl a terapeutických programov založených na meditácii.

Za ďalší limit, ktorý súčasne predstavuje svojím spôsobom výhodu, je možné považovať aktuálnosť tejto témy v anglofónnom akademickom prostredí. Značná časť

citovaných zdrojov bola publikovaná v posledných pár rokoch, z čoho je možné usudzovať, že výskum tejto problematiky sa stále nachádza vo veľmi dynamickej a preto stále ešte počiatočnej fáze, hoci jej začiatok sa datuje do polovice sedemdesiatych rokov minulého storočia. To nevyhnutne implikuje možný scenár, že niektoré poznatky prezentované v tejto práci budú v dohľadnej dobe revidované.

Táto diplomová práca bola písaná so zámerom poskytnúť lepšiu znalosť a rozšíriť povedomie o v tuzemskom prostredí málo preskúmanom predmete záujmu v podobe nežiadúcich účinkov meditácie. V budúcnosti by mohla slúžiť ako teoretické východisko či už kvalitatívneho alebo kvantitatívneho výskumu na danú tému.

Podľa môjho názoru už poznanie, že nežiadúce účinky meditácie nie len existujú, ale zároveň sú pomerne bežné, môže mnohým meditujúcim pomôcť. Toto poznanie normalizuje ich zážitky, čím sa znižuje pravdepodobnosť negatívnych sekundárnych účinkov (reakcií) na negatívne prežívané primárne účinky spojené s meditovaním. Zároveň učitelia i meditujúci môžu v texte nájsť niekoľko opatrení a tipov slúžiacich buď k prevencii takýchto účinkov alebo k poskytnutí vhodnej forme intervencie. Tieto opatrenia a tipy by sa mali aplikovať s vedomím individuálnej variability toho, čo niekomu vyhovuje a čo naopak nie (Lindahl et al., 2019).

Časom by výskum nežiadúcich účinkov meditácie mohol pokročiť do fáze, kedy budú súčasťou bežnej praxe validizované a reliabilné skriningové procedúry umožňujúce vopred identifikovať osoby s vyšším rizikom rozvoja nežiadúcich účinkov, u ktorých by sa zvolil obzvlášť obozretný prístup hlavne v začiatkoch praxe. Výskum by taktiež mohol viesť k tomu, že učitelia meditácie budú mať k dispozícii overené nástroje určené k monitorovaniu nežiadúcich účinkov spolu so súborom doporučení ako na nich adekvátne zareagovať, čím by sa znížilo riziko rozvoja závažnejších symptómov a následkov u meditujúcich.

8 ZÁVER

Predložená bakalárska práca sa zamerala na predstavenie témy nežiadúcich účinkov meditácie z hľadiska ich charakteristiky, prevalencie, kategórií a faktorov.

Nežiadúce účinky meditácie je možné charakterizovať prostredníctvom štyroch aspektov:

- **Negatívna valencia** – nežiadúce účinky meditácie sú meditujúcim prežívané, vnímané a popisované ako nepríjemné a negatívne
- **Negatívny dopad** – nežiadúce účinky meditácie vo väčšej alebo menšej miere negatívne ovplyvňujú rôzne oblasti každodenného života a fungovania meditujúceho
- **Negatívna intencionalita** – nežiadúce účinky meditácie vznikajú v situácii, keď nie je naplnený zámer meditačnej praxe, prípadne zámer stanovený samotným meditujúcim
- **Predpoklad kauzality** – účinky meditácie s veľkou pravdepodobnosťou vznikli ako dôsledok samotnej meditačnej praxe

Hodnotu prevalencie podmieňuje dizajn výskumu a zvolená metodológia, predovšetkým operacionalizácia nežiadúcich účinkov meditácie a spôsob zberu dát. Z prezentovaných výsledkov vyplýva, že:

- **dočasné negatívne účinky** meditácie bez negatívneho dopadu sú pomerne bežné
- praktikovanie meditácie **nie je bez rizika** z hľadiska **závažnejších nežiadúcich účinkov** s pretrvávajúcim negatívnym dopadom na život a fungovanie meditujúceho, pričom **terapeutické programy založené na meditácii** ako MBSR a MBCT **sa javia byť** o čosi **bezpečnejšie** ako tradičné formy meditácie

Nežiadúce účinky meditácie je možné kategorizovať prostredníctvom siedmych oblastí, kde sa prejavujú:

1. **Afektívne nežiadúce účinky:** strach, úzkosť a panika; depresia, dysfória a smútok; suicidalita; znova prežívanie traumatických zážitkov; nervozita a podráždenosť; hnev a agresia; seba-vzťahné emócie (hlavne hanba, vina); afekt s pozitívnou valenciou; afektívna senzitivita a reaktivita; afektívna desenzibilizácia; emočná oploštenosť a odpojenosť

2. **Kognitívne nežiadúce účinky meditácie:** mentálna nehybnosť; mentálna jasnosť; metakognícia; úzkostlivé a obsesívne myslenie; zmeny v oblasti svetonázoru; dezintegrácia konceptuálnych (sémantických) systémov; zvýšené kognitívne spracovanie; bludy
3. **Konatívne nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v motivácii; negatívne zmeny v úsilí (jeho zníženie i zvýšenie)
4. **Perceptuálne nežiadúce účinky:** perceptuálna hypersenzitivita; čiastočné alebo kompletne zmiznutie určitých objektov; subjektívne vnímaná deformácia času a/alebo priestoru; derealizácia; ilúzie a halucinácie
5. **Nežiadúce účinky v seba-pojatí (Ja):** negatívne zmeny v rovine naratívneho Ja; strata pocitu vlastníctva; strata pocitu bazálneho Ja; negatívne zmeny pocitu vteleného Ja; zmeny vo vzťahu Ja – Iný a Ja – Svet
6. **Sociálne nežiadúce účinky:** problematický prechod z meditačného pobytu alebo intenzívnej praxe do každodenného života; negatívne zmeny v zamestnaní, v blízkych vzťahoch alebo vo vzťahu k meditačnej alebo širšej sociálnej, či kultúrnej komunite
7. **Somatické nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v oblasti spánku, apetítu, termoregulácie; vnem tlaku a napätia v tele; somatická energia; mimovoľné pohyby tela; závrate a mdloby; gastrointestinálne ťažkosti; nepravidelné dýchanie; srdечné nepravidelnosti; únava a slabosť; migrény a tlak v hlave; negatívne zmeny súvisiace so sexualitou

Na nežiadúce účinky meditácie môžu mať vplyv faktory z nasledujúcich štyroch oblastí:

1. **Rovina životosprávy a zdravia:** spánok; strava; pohyb; aktivity založené na práci s telom; psychoterapia a farmakoterapia; užívanie rekreačných drog
2. **Rovina meditačnej praxe:** objem, intenzita a konzistentnosť; forma (meditačný pobyt / skupinová vs. individuálna prax); postoj k meditačnej praxe; reakcia na nežiadúci účinok meditácie; typ a štádium meditačnej praxe
3. **Socio-kultúrna rovina:** vzťahy meditujúceho s ďalšími členmi meditačnej komunity; ne/prítomnosť adekvátneho interpretačného rámca; blízke a vzdialené vzťahy meditujúceho s ľuďmi mimo meditačnú komunitu
4. **Rovina meditujúceho:** identita; psychiatrická alebo iná medicínska diagnóza; trauma; rysy osobnosti a temperamentu; zámery, ciele a motivácia

9 SÚHRN

Cieľom tejto bakalárskej práce bolo predstaviť problematiku nežiadúcich účinkov meditácie, prostredníctvom spracovania poznatkov získaných z rešerši anglofónnej odbornej literatúry, keďže žiaden tunajší akademický text doposiaľ túto tému nespracoval systematicky. V prvej kapitole sa čitateľ dozvie o rozdieloch medzi tradičnou meditáciou s pôvodom z Ázie a terapeutickými programami, ktoré z nej vychádzajú (MBSR a MBCT). Druhá kapitola pojednáva o nedostatkoch vo výskume účinkov meditácie, ktoré viedli k mylnému presvedčeniu, že sa jedná o aktivitu (intervenciu) prinášajúcu len benefity pre meditujúceho bez akéhokoľvek rizika. Ako jeden z deficitov výskumu meditácie býva uvádzaný nedostatok pozornosti upriamený na negatívne aspekty a dopady meditácie (Lustyk et al., 2009; Farias & Wikholm, 2016; Hanley et al., 2016; Van Dam et al., 2018). Zmienky o tejto „odvrátenej“ strane meditácie pritom existujú už v tradičných náboženských textoch (Lindhal et al., 2017; Compson, 2018). Začiatok výskumu nežiadúcich účinkov meditácie v euroamerickom prostredí sa datuje do druhej polovice 70. rokov, pričom väčšina citovaných zdrojov v tejto práci bola publikovaná nedávno (po roku 2015).

Tretia kapitola predstavuje štyri znaky, ktoré slúžia k charakterizovaniu nežiadúcich účinkov meditácie. Prvý znak reprezentuje negatívna valencia, ktorá odkazuje na negatívne zafarbené prežívanie a hodnotenie zážitkov objavujúcich sa v súvislosti s meditačnou praxou. Druhý znak reprezentuje negatívny dopad, ktorý sa prejavuje vo chvíli, keď v súvislosti s praktikovaním meditácie dochádza k zhoršeniu v istej oblasti života a fungovania u meditujúceho alebo k celkovému zhoršeniu jeho stavu. Negatívny dopad je možné posúdiť z hľadiska trvania a závažnosti nežiadúcich účinkov. Tretí znak reprezentuje negatívna intencionalita, ktorá poukazuje na nesúlad medzi zámerom, motiváciou a cieľmi meditujúceho a dosiahnutých účinkov v rámci jeho meditačnej praxe. Štvrtý znak reprezentuje predpoklad kauzality medzi praktikovaním meditácie (príčina) a nežiadúcimi účinkami (následok), aby nedochádzalo k pokladaniu istých negatívnych udalostí vyvolaných preukázateľne inou príčinou než je samotná meditácia za nežiadúci účinok meditácie.

V tretej kapitole padol návrh na rozlišovanie medzi:

- Prechodným distresom, ktorý sa síce vyznačuje v istých okamihoch meditačnej praxe negatívnou valenciou, ale napriek tomu predstavuje jej nevyhnutnú súčasť.

V konečnom dôsledku býva vykúpený benefitmi, ktoré praktikovanie meditácie z dlhodobej perspektívy prináša a preto sa nevyznačuje ani negatívnou intencionalitou a negatívnym dopadom.

- Nežiadúcimi účinkami s negatívnym dopadom, ktoré sa môžu ale nemusia vyznačovať negatívnou valenciou, a ktoré je možné ďalej kategorizovať prostredníctvom ich trvania a závažnosti. Môžu mať viaceré príčiny: nesprávne praktikovanie meditácie či jej vedenie, praktikovanie kontraindikovaným jedincom bez poskytnutia adekvátnej podpory alebo samotné (už známe) riziko meditácie. Za predpokladu, že sa na tieto nežiadúce účinky podarí správne zareagovať (tzn. zvolí sa adaptívny spôsob ich riešenia) a následne sa podarí ich úspešná integrácia, môžu reprezentovať len dočasnú ujmu, ktorá pri retrospektívnom pohľade má potenciál nadobudnúť v konečnom dôsledku pozitívny význam pre meditujúceho.

V štvrtej kapitole bol záujem venovaný prevalencii nežiadúcich účinkov meditácie. Bolo zistené, že hodnotu prevalencie podmieňuje dizajn výskumu a zvolená metodológia, predovšetkým operacionalizácia nežiadúcich účinkov meditácie a spôsob zberu dát (Britton et al., 2021; Farias et al., 2020; Goldberg et al., 2021; Lindahl et al., 2017; Pauly et al., 2021). Výsledky výskumov je možné formulovať v nasledujúcich bodoch:

1. Prechodný distress v súvislosti s meditovaním (obzvlášť v začiatkoch praxe) zažíva väčšina ľudí (Aizik-Reebs et al., 2021; Baer et al., 2021; Britton et al., 2021).
2. Nežiadúce účinky s negatívnym dopadom na stav a fungovanie meditujúceho sú relatívne bežné v kontexte tradičnej meditácie i programov ako MBCT a MBSR. S narastajúcou dĺžkou trvania a mierou závažnosti klesá ich prevalencia (Aizik-Reebs et al., 2021; Britton et al., 2021; Goldberg et al., 2021; Hirshberg et al., 2020; Pauly et al., 2021).
3. Riziko najzávažnejších (život ohrozujúcich, liečbu vyžadujúcich) účinkov je väčšie v prípade meditácie v prirodzenom prostredí ako v prípade programov MBCT a MBSR (Anderson et al., 2019; Goldberg et al., 2021; Hanssen et al., 2021; Lindahl et al., 2017; Pauly et al., 2021; Wong et al., 2018).

V piatej kapitole bola predstavená taxonómia kategórii nežiadúcich účinkov meditácie rozdelených do siedmych oblastí (Lindahl et al., 2017):

1. **Afektívne nežiadúce účinky:** strach, úzkosť a panika; depresia, dysfória a smútok; suicidalita; znova prežívanie traumatických zážitkov; nervozita a podráždenosť; hnev a agresia; seba-vzťahné emócie (hlavne hanba, vina); afekt s pozitívnou valenciou; afektívna senzitivita a reaktivita; afektívna desenzibilizácia; emočná oploštenosť a odpojenosť
2. **Kognitívne nežiadúce účinky meditácie:** mentálna nehybnosť; mentálna jasnosť; metakognícia; úzkostlivé a obsesívne myslenie; zmeny v oblasti svetonázoru; dezintegrácia konceptuálnych (sémantických) systémov; zvýšené kognitívne spracovanie; bludy
3. **Konatívne nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v motivácii; negatívne zmeny v úsilí (jeho zníženie i zvýšenie)
4. **Perceptuálne nežiadúce účinky:** perceptuálna hypersenzitivita; čiastočné alebo kompletne zmiznutie určitých objektov; subjektívne vnímaná deformácia času a/alebo priestoru; derealizácia; ilúzie a halucinácie
5. **Nežiadúce účinky v seba-pojatí (Ja):** negatívne zmeny v rovine naratívneho Ja; strata pocitu vlastníctva; strata pocitu bazálneho Ja; negatívne zmeny pocitu vteleného Ja; zmeny vo vzťahu Ja – Iný a Ja – Svet
6. **Sociálne nežiadúce účinky:** problematický prechod z meditačného pobytu alebo intenzívnej praxe do každodenného života; negatívne zmeny v zamestnaní, v blízkych vzťahoch alebo vo vzťahu k meditačnej alebo širšej sociálnej, či kultúrnej komunite
7. **Somatické nežiadúce účinky:** negatívne zmeny v oblasti spánku, apetítu, termoregulácie; vnem tlaku a napätia v tele; somatická energia; mimovoľné pohyby tela; závrate a mdloby; gastrointestinálne ťažkosti; nepravidelné dýchanie; srdечné nepravidelnosti; únava a slabosť; migrény a tlak v hlave; negatívne zmeny súvisiace so sexualitou

V šiestej kapitole bola predstavená taxonómia faktorov s vplyvom na nežiadúce účinky meditácie rozdelených do štyroch oblastí (Lindahl et al., 2017) spolu s nejednoznačnými výsledkami rôznych štúdií posudzujúcich, či jednotlivé faktory je možné označiť za rizikové alebo protektívne:

1. **Rovina životosprávy a zdravia:** spánok; strava; pohyb; aktivity založené na práci s telom; psychoterapia a farmakoterapia; užívanie rekreačných drog
2. **Rovina meditačnej praxe:** objem, intenzita a konzistentnosť; forma (meditačný pobyt / skupinová vs. individuálna prax); postoj k meditačnej praxe; reakcia na nežiadúci účinok meditácie; typ a štádium meditačnej praxe
3. **Socio-kultúrna rovina:** vzťahy meditujúceho s ďalšími členmi meditačnej komunity; ne/prítomnosť adekvátneho interpretačného rámca; blízke a vzdialené vzťahy meditujúceho s ľuďmi mimo meditačnú komunitu
4. **Rovina meditujúceho:** identita; psychiatrická alebo iná medicínska diagnóza; trauma; rysy osobnosti a temperamentu; zámery, ciele a motivácia

Diskusií zameranej na kritické zhodnotenie výsledkov prezentovaných v kapitole tri až šesť bola venovaná siedma kapitola.

ZOZNAM LITERATÚRY

1. Ahn, J. Y. (2019). Meditation Sickness. In Farias, M., Brazier, D., & Lalljee, M. (Eds.), *The Oxford Handbook of Meditation* (1.vydanie, s. 887-906). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198808640.013.45>
2. Anderson, T., Suresh, M., & Farb, N. A. (2019). Meditation benefits and drawbacks: empirical codebook and implications for teaching. *Journal of Cognitive Enhancement*, 3(2), 207-220. <https://doi.org/10.1007/s41465-018-00119-y>
3. Aizik-Reebs, A., Shoham, A., & Bernstein, A. (2021). First, do no harm: An intensive experience sampling study of adverse effects to mindfulness training. *Behaviour Research and Therapy*, 145, 103941. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103941>
4. Baer, R., Crane, C., Miller, E., & Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: conceptual issues and empirical findings. *Clinical psychology review*, 71, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
5. Baer, R., Crane, C., Montero-Marin, J., Phillips, A., Taylor, L., Tickell, A., & Kuyken, W. (2021). Frequency of self-reported unpleasant events and harm in a mindfulness-based program in two general population samples. *Mindfulness*, 12(3), 763-774. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01547-8>
6. Benda, J. (2010). O meditaci, psychoterapii a psychospirituální krizi. *Jednota v rozmanitosti: Současný buddhismus v České republice*. Praha: Dharmagaia.
7. Benda, J. (2019). *Všímavost a soucit se sebou: Proměna emocí v psychoterapii*. Portál.
8. Bent, S., Padula, A., & Avins, A. L. (2006). Brief communication: better ways to question patients about adverse medical events: a randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 144(4), 257-261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-144-4-200602210-00007>
9. Binda, D. D., Greco, C. M., & Morone, N. E. (2022). What Are Adverse Events in Mindfulness Meditation?. *Global Advances in Health and Medicine*, 11. <https://doi.org/10.1177/2164957X221096640>
10. Brazier, D. (2013). Mindfulness reconsidered. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 15(2), 116-126. <https://doi.org/10.1080/13642537.2013.795335>
11. Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cahn, B. R., Davis, J. H., & Goldman, R. E. (2014). Awakening is not a metaphor: the effects of Buddhist meditation practices on basic wakefulness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1307(1), 64-81. <https://doi.org/10.1111/nyas.12279>

12. Britton, W. B. (2019). Can mindfulness be too much of a good thing? The value of a middle way. *Current opinion in psychology*, 28, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.12.011>
13. Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1185-1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
14. Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 319-331. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.939593>
15. Canby, N. K., Eichel, K., Lindahl, J., Chau, S., Cordova, J., & Britton, W. B. (2021). The contribution of common and specific therapeutic factors to mindfulness-based intervention outcomes. *Frontiers in Psychology*, 3920. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603394>
16. Castillo, R. J. (1990). Depersonalization and meditation. *Psychiatry*, 53(2), 158-168. <https://doi.org/10.1080/00332747.1990.11024497>
17. Cebolla, A., Demarzo, M., Martins, P., Soler, J., & Garcia-Campayo, J. (2017). Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PloS one*, 12(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>
18. Cooper, D. J., Lindahl, J. R., Palitsky, R., & Britton, W. B. (2021). “Like a Vibration Cascading through the Body”: Energy-Like Somatic Experiences Reported by Western Buddhist Meditators. *Religions*, 12(12), 1042. <https://doi.org/10.3390/rel12121042>
19. Compson, J. (2018). Adverse meditation experiences: Navigating Buddhist and secular frameworks for addressing them. *Mindfulness*, 9(5), 1358-1369. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0878-8>
20. Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68(1), 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
21. Dahl, C. J., Lutz, A., & Davidson, R. J. (2015). Reconstructing and deconstructing the self: cognitive mechanisms in meditation practice. *Trends in cognitive sciences*, 19(9), 515-523. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2015.07.001>
22. Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21–33. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017299>

23. Duggan, C., Parry, G., McMurran, M., Davidson, K., & Dennis, J. (2014). The recording of adverse events from psychological treatments in clinical trials: evidence from a review of NIHR-funded trials. *Trials*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-335>
24. Ekici, Ç., Garip, G., & Van Gordon, W. (2018). The lived experiences of experienced Vipassana Mahasi meditators: An interpretative phenomenological analysis. *Mindfulness*, 11, 140-152. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1063-4>
25. Epstein, M. D., & Lieff, J. D. (1981). Psychiatric complications of meditation practice. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 13(2), 137-147.
26. Farias, M., & Wikholm, C. (2016). Has the science of mindfulness lost its mind? *BJPsych Bulletin*, 40(6), 329-332. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.116.053686>
27. Farias, M., Wikholm, C., & Delmonte, R. (2016). What is mindfulness-based therapy good for? Evidence, limitations and controversies. *Lancet Psychiatry*, 3(11), 1012-3. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30211-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30211-5)
28. Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374-393. <https://doi.org/10.1111/acps.13225>
29. Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A. F., Modrego-Alarcón, M., Gebbing, P., Delgado-Suárez, I., ... & Jones, P. B. (2021). Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003481>
30. Goldberg, S. B., Lam, S. U., Britton, W. B., & Davidson, R. J. (2021). Prevalence of meditation-related adverse effects in a population-based sample in the United States. *Psychotherapy Research*, 32(3), 291-305. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1933646>
31. Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., ... & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 174(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1419>
32. Hafenbrack, A. C., & Vohs, K. D. (2018). Mindfulness meditation impairs task motivation but not performance. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 147, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2018.05.001>
33. Hanley, A. W., Abell, N., Osborn, D. S., Roehrig, A. D., & Canto, A. I. (2016). Mind the gaps: are conclusions about mindfulness entirely conclusive?. *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 103-113. <https://doi.org/10.1002/jcad.12066>

34. Hanssen, I., Scheepbouwer, V., Huijbers, M., Regeer, E., Lochmann van Bennekom, M., Kupka, R., & Speckens, A. (2021). Adverse or therapeutic? A mixed-methods study investigating adverse effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in bipolar disorder. *PloS one*, 16(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259167>
35. Harel, O., Hadash, Y., Levi-Belz, Y., & Bernstein, A. (2018). Does early emotional responding to initial mindfulness training impact intervention outcomes?. *Mindfulness*, 10, 616-626. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1018-9>
36. Hirshberg, M. J., Goldberg, S. B., Rosenkranz, M., & Davidson, R. J. (2020). Prevalence of harm in mindfulness-based stress reduction. *Psychological Medicine*, 1-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002834>
37. Chýle, J. (2021). *Účinky klinického programu využívajícího všímavosti na stres*. [Magisterská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Informačný systém Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/124971>
38. Kasalová, K. (2021). *Vliv praktikování meditace u respondentů s obtížným usínáním* [Bakalárska diplomová práce, Univerzita Palackého]. Databáza Theses.cz.
39. Kaselionyte, J., & Gumley, A. (2018). “It’s like a charge—either fuses you or burns you out”: an interpretative phenomenological analysis of extreme mental states in meditation context. *Mental Health, Religion & Culture*, 20(10), 986-1001. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1422237>
40. Kerr, C. E., Josyula, K., & Littenberg, R. (2011). Developing an observing attitude: an analysis of meditation diaries in an MBSR clinical trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(1), 80-93. <https://doi.org/10.1002/cpp.700>
41. Kornfield, J. (1979). Intensive insight meditation: A phenomenological study. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 11(1), 41.
42. Kuijpers, H. J., Van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., & Verhoeven, W. M. A. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*, 40(6), 461-464. <https://doi.org/10.1159/000108125>
43. Kuyken, W., Crane, W., & Williams, J. M. (2012). *Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) implementation resources*. Oxford, England: Oxford University, University of Exeter, Bangor University.
44. Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

45. Lambert, D., van den Berg, N. H., & Mendrek, A. (2021). Adverse effects of meditation: A review of observational, experimental and case studies. *Current Psychology*, 1-14. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01503-2>
46. Lindahl, J. R. (2017). Somatic energies and emotional traumas: a qualitative study of practice-related challenges reported by Vajrayāna Buddhists. *Religions*, 8(8), 153. <https://doi.org/10.3390/rel8080153>
47. Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience: A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PloS one*, 12(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
48. Lindahl, J. R., & Britton, W. B. (2019). 'I Have This Feeling of Not Really Being Here': Buddhist Meditation and Changes in Sense of Self. *Journal of Consciousness Studies*, 26(7-8), 157-183
49. Lindahl, J. R., Britton, W. B., Cooper, D. J., & Kirmayer, L. J. (2019). Challenging and adverse meditation experiences: Toward a person-centered approach. In Farias, M., Brazier, D., & Lalljee, M. (Eds.), *The Oxford Handbook of Meditation* (1.vydanie, s. 840-864). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198808640.013.51>
50. Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Fisher, N. E., Kirmayer, L. J., & Britton, W. B. (2020). Progress or pathology? Differential diagnosis and Intervention criteria for meditation-related challenges: Perspectives from Buddhist meditation teachers and practitioners. *Frontiers in psychology*, 11, 1905. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01905>
51. Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical psychology & psychotherapy*, 20(4), 286-296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765>
52. Lomas, T., Cartwright, T., Edginton, T., & Ridge, D. (2015). A qualitative analysis of experiential challenges associated with meditation practice. *Mindfulness*, 6(4), 848-860. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0329-8>
53. Lustyk, M. K., Chawla, N., Nolan, R. S., & Marlatt, G. A. (2009). Mindfulness meditation research: issues of participant screening, safety procedures, and researcher training. *Advances in Mind-Body Medicine*, 24(1), 20-30.
54. 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>

55. Miller, J. J. (1993). The unveiling of traumatic memories and emotions through mindfulness and concentration meditation: Clinical implications and three case reports. *Journal of Transpersonal Psychology*, 25, 169-180.
56. National Center for Complementary and Integrative Health (n.d.). *Meditation and Mindfulness: What You Need To Know*. Získané dňa 3.2.2023 z <https://www.nccih.nih.gov/health/meditation-and-mindfulness-what-you-need-to-know>
57. Office for Human Research Protections. (2007). *Reviewing and Reporting Unanticipated Problems Involving Risks to Subjects or Others and Adverse Events: OHRP Guidance*. Získané dňa 3.2.2023 z <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/guidance/reviewing-unanticipated-problems/index.html#Q2>
58. Ondřej, L. (2011). Výzkum a klinická aplikace meditace. *Psychologie pro praxi*, (1-2), 109-118.
59. Orel, M a kol. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. (3. vydání). Grada.
60. Pauly, L., Bergmann, N., Hahne, I., Pux, S., Hahn, E., Ta, T. M. T., ... & Böge, K. (2021). Prevalence, predictors and types of unpleasant and adverse effects of meditation in regular meditators: international cross-sectional study. *BJPsych Open*, 8(1). <https://doi.org/10.1192%2Fbjjo.2021.1066>
61. Perez-De-Albeniz, A., & Holmes, J. (2000). Meditation: Concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 5(1), 49-58.
62. Polakovská, L., & Vybíral, Z. (2018). Nežádoucí účinky psychoterapie. *Psychoterapie*, 12(2), 115-131.
63. Rissová, K. (2016). *Výzkum efektu psychoterapie*. [Bakalárska diplomová práca, Univerzita Karlova]. Informačný systém Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/73976>
64. Santorelli, S. (2014). *Mindfulness-based stress reduction (MBSR): Standards of practice*. Worcester, MA: Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society, University of Massachusetts Medical School.
65. Sedlmeier, P., Eberth, J., Schwarz, M., Zimmermann, D., Haarig, F., Jaeger, S., & Kunze, S. (2012). The psychological effects of meditation: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 138(6), 1139. <https://doi.org/10.1037/a0028168>
66. Schindler, S., Pfattheicher, S., & Reinhard, M. A. (2019). Potential negative consequences of mindfulness in the moral domain. *European Journal of Social Psychology*, 49(5), 1055-1069. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2570>

67. Schlosser, M., Sparby, T., Vörös, S., Jones, R., & Marchant, N. L. (2019). Unpleasant meditation-related experiences in regular meditators: Prevalence, predictors, and conceptual considerations. *PloS one*, 14(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216643>
68. Shapiro, D. H. (1992). Adverse Effects of Meditation: A Preliminary Investigation of Long-Term Meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 39(1-4), 62-67.
69. Sharma, P., Mahapatra, A., & Gupta, R. (2019). Meditation-induced psychosis: a narrative review and individual patient data analysis. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 391-397. <https://doi.org/10.1017/ipm.2019.47>
70. Taylor, G. B., Vasquez, T. S., Kastrinos, A., Fisher, C. L., Puig, A., & Bylund, C. L. (2022). The Adverse Effects of Meditation-Interventions and Mind–Body Practices: a Systematic Review. *Mindfulness*, 1-18. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01915-6>
71. Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: Practices for safe and transformative healing*. WW Norton & Company.
72. Van Dam, N. T., Van Vugt, M. K., Vago, D. R., Schmalzl, L., Saron, C. D., Olendzki, 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>
73. Van Dam, N. T., & Galante, J. (2020). Underestimating harm in mindfulness-based stress reduction. *Psychological Medicine*, 1-3. <https://doi.org/10.1017/S003329172000447X>
74. Vieten, C., Wahbeh, H., Cahn, B. R., MacLean, K., Estrada, M., Mills, P., ... & Delorme, A. (2018). Future directions in meditation research: Recommendations for expanding the field of contemplative science. *PloS one*, 13(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205740>
75. Walsh, R. N., & Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1085-1086.
76. Yorston, G. A. (2001). Mania precipitated by meditation: A case report and literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 4(2), 209-213.
77. Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British medical bulletin*, 138(1), 41-57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt bakalárskej práce v slovenskom jazyku
2. Abstrakt bakalárskej práce v anglickom jazyku

ABSTRAKT BAKALÁRSKEJ PRÁCE

Názov práce: (Ne)žiadúce účinky meditácie: definícia, prevalencia, kategórie a faktory

Autor práce: Mgr. Filip Lucinkiewicz

Vedúci práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet strán a znakov: 75 strán, 135 951 znakov (vrátane medzier)

Počet príloh: 2

Počet titulov použitej literatúry: 77

Abstrakt:

Cieľom tejto bakalárskej práce je predstaviť problematiku nežiadúcich účinkov meditácie prostredníctvom spracovania poznatkov získaných prostredníctvom rešerší anglofónnej odbornej literatúry. Autor práce identifikuje štyri kľúčové znaky nežiadúcich účinkov meditácie: negatívna valencia, negatívny dopad, negatívna intencionalita a predpoklad kauzality. Na základe týchto kľúčových znakov navrhuje rozlišovať prechodný distress spojený predovšetkým s osvojovaním si meditovania ako novej kompetencie a nežiadúce účinky meditácie s negatívnym dopadom. Výskumy zamerané na prevalenciu poukazujú na to, že s prechodným distressom obzvlášť v začiatkoch praxe má skúsenosť väčšina ľudí a taktiež na to, že nežiadúce účinky s negatívnym dopadom sú relatívne bežné. V práci sú ďalej prezentované dve taxonómie: 1. taxonómia kategórií nežiadúcich účinkov meditácie v siedmych oblastiach (afektívna, kognitívna, konatívna, perceptuálna, sociálna, somatická a seba-pojatia) a 2. taxonómia faktorov nežiadúcich účinkov meditácie v štyroch oblastiach (rovina meditačnej praxe, meditujúceho, zdravia a životosprávy, socio-kultúrna rovina).

Kľúčové slová: meditácia, nežiadúce účinky, negatívny efekt

ABSTRACT OF THESIS

Title: (Un)wanted Effects of Meditation: Definition, Prevalence, Categories and Factors

Author: Mgr. Filip Lucinkiewicz

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 75 pages, 135 951 characters

Number of appendices: 2

Number of references: 77

Abstract:

The aim of this bachelor thesis is to introduce the issue of adverse effects of meditation through the processing of knowledge obtained by researching the Anglophone literature. The author of the thesis identifies four key features of the adverse effects of meditation: negative valence, negative impact, negative intentionality and the assumption of causality. On the basis of these key features, the author proposes to distinguish between the transient distress associated primarily with acquiring the competence and the adverse effects of meditation with negative impact. Prevalence studies indicate that transient distress, especially in the early stages of practice, is experienced by most people and also that adverse effects with negative impact are relatively common. The paper further presents two taxonomies: 1. a taxonomy of categories of adverse effects of meditation in seven domains (affective, cognitive, conative, perceptual, social, somatic, and self-concept) and 2. a taxonomy of factors of adverse effects of meditation in four domains (meditation practice, meditator, health and lifestyle, and socio-cultural aspect).

Key words: meditation, unwanted, negative or adverse effects