

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



Bakalářská práce

Jaroslav Chýle

Programy založené na všímavosti (mindfulness) v klinické praxi

Mindfulness-based programs in clinical practice

Praha, 2016

Vedoucí práce: doc. PhDr. Petr Kulišťák, Ph.D.

Vřele děkuji panu docentu Kulišákovi za jeho odborné vedení, vstřícnost, cenné rady a inspirativní podněty při psaní této bakalářské práce. Také děkuji svým přátelům za podporu.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 18. dubna 2016

Mgr. Jaroslav Chýle

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá programy založenými na všímavosti, které se dnes používají ve zdravotnictví. Ve své teoretické části se zaměřuje na jejich popis, publikované klinické výsledky, výzkum, mechanismy působení, výhody, úskalí, možnosti jejich využití v klinické praxi. Empirická část práce navazuje na teoretickou část a podává návrh výzkumného projektu formou dvojité zaslepené, randomizované a kontrolované studie vlivu MBSR na proměnné duševního i tělesného zdraví s použitím aktivní kontrolní skupiny. Diskuze obsahuje úvahy nad směrem budoucího výzkumu a předkládá informace o současných trendech, příležitostech a výzvách stojících před těmito intervencemi.

Klíčová slova

všímavost, trénink všímavosti, programy/intervence založené na všímavosti, pozornost, uvědomování si, MBSR, MBCT, stres, deprese, relaps deprese, závislost, duševní zdraví, tělesné zdraví, pohoda, prevence, meditace

Abstract

This bachelor's thesis deals with mindfulness-based programs, which are now used in medicine. The theoretical part focuses on their, description, published clinical outcomes, research, mechanisms of action, advantages, pitfalls and their use in clinical practice. The empirical builds on the theoretical part and proposes a research project in the form of a double-blinded randomized controlled study of the influence of MBSR on variables of mental and physical health, with the application of an active control group. Discussion includes reflections on the direction of future research and presents information on current trends, opportunities and challenges facing these interventions.

Keywords

Mindfulness, mindfulness training, mindfulness-based programs/interventions, attention, awareness, MBSR, MBCT, stress, depression, depression relapse, addiction, mental health, physical health, well-being, prevention, meditation

Obsah

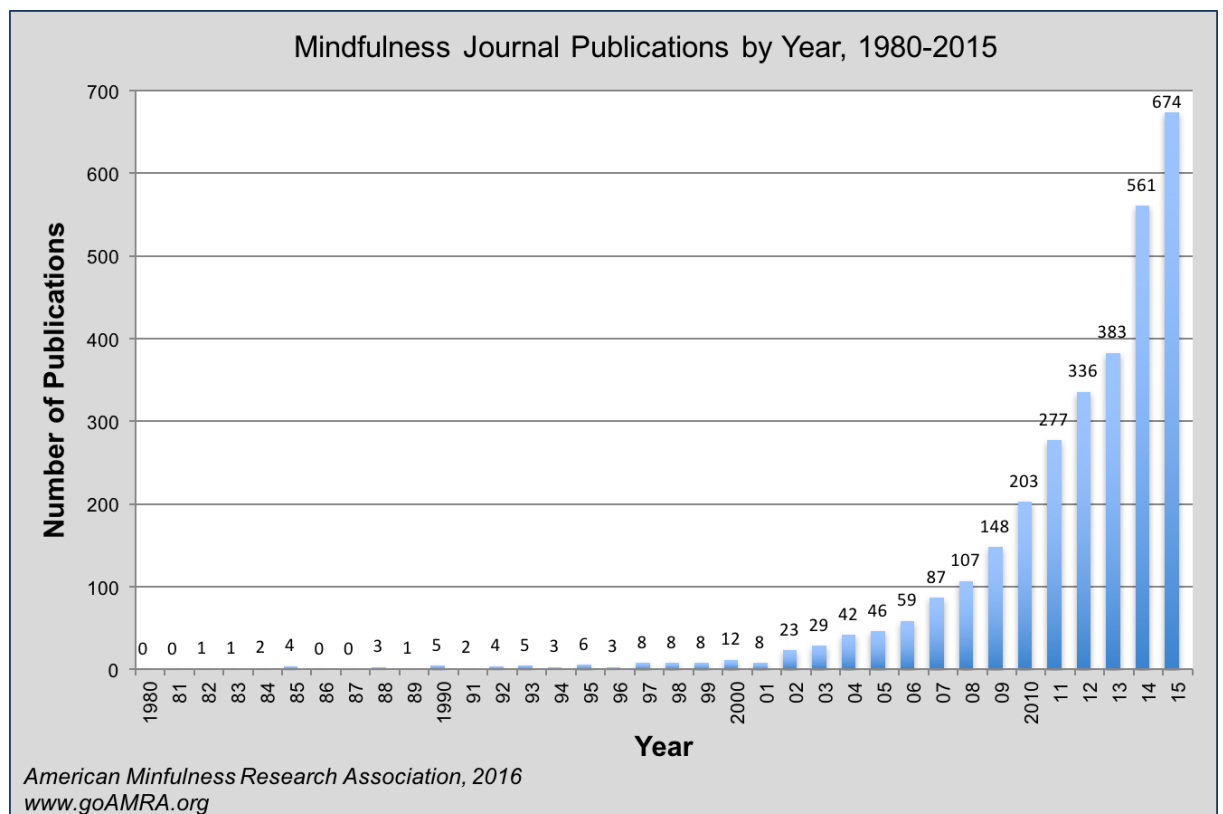
1. Úvod	8
2. Všímavost a pokusy o její definici	10
3. Všímavost a její trénink	12
4. Programy založené na všímavosti v klinické praxi	16
4.1. MBSR	16
4.2. MBCT	18
5. Klinické účinky programů založených na všímavosti	21
6. Empirická část – návrh výzkumného projektu	27
6.1. Cíl projektu	27
6.2. Výzkumné otázky	27
6.3. Hypotézy	27
6.4. Výzkumný soubor	28
6.5. Design výzkumného projektu	28
6.6. Metodologie výzkumu	29
6.6.1. Nástroje	29
6.6.2. Analýza dat a jejich prezentace	30
7. Diskuse	32
7.1. Budoucí výzkum	32
7.2. Trendy	37
7.3. Příležitosti	38
7.4. Výzvy	39
8. Závěr	42
Seznam použité literatury	43

Seznam použitých zkratk

ACT	Acceptance and commitment therapy
DBT	Dialectical behavior therapy
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MAAS	Mindfulness awareness and attention scale
MBSR	Mindfulness-based stress reduction
MBCT	Mindfulness-based cognitive therapy
MBRP	Mindfulness-based relapse prevention
MMRP	Mindfulness meditation relapse prevention
MSCL	Medical symptom checklist
NHS	National health service
NICE	National institute for health and clinical excellence
PSS-10	Perceived stress scale (desetipoložková varianta)
SCL-90-R	Symptom checklist-90-revised

1. Úvod

Poslední dobou se více zdůrazňuje role psychické složky při léčbě nejrůznějších onemocnění a poruch. Jednou z forem doplňkové léčby a prevence v medicíně jsou programy využívající trénink všímavosti (mindfulness training nebo mindfulness-based interventions). Meditace všímavosti je významnou oblastí meditativních praktik, kterým je v klinické praxi i výzkumu věnována rostoucí pozornost (Baer, 2003; Chiesa a Serretti, 2010). Podle Cullenové (2011) zájem o intervence založené na všímavosti (mindfulness-based interventions, MBIs) v posledních letech exponenciálně roste. Podle Browna a Ryana (2003) je všímavost atributem vědomí, o kterém se již dlouhou dobu předpokládá, že podporuje osobní pohodu (well-being). O tématu využití a účinků tréninku všímavosti v klinickém prostředí již dnes existuje velmi bohatá zahraniční literatura, tuzemské zdroje jsou však zatím vzácné. Podle dostupné literatury trénink všímavosti multifaktoriální cestou pozitivně ovlivňuje různé systémy lidského organismu a působí na zlepšení četných psychických i tělesných příznaků a obtíží. Rostoucí trend vědecké literatury zkoumající účinky všímavosti ve světě zobrazuje graf č. 1. Cílem této práce je také zmapovat relevantní zahraniční zdroje a zpracovat dosavadní zásadní poznatky a nadějně hypotézy a výzvy jako východisko pro potenciální výzkum v klinickém prostředí.



Graf č. 1: Odborné publikace o všímavosti mezi lety 1980 a 2015

Graf zobrazuje data získaná z ISI Web of Science, a to výskyt termínu „mindfulness“ při jeho hledání v titulech článků publikovaných v akademických žurnálech za 35 let, tj. v letech 1980 až 2015. („American Mindfulness Research Association,” 2016).

Všímavost představuje úmyslné, kontinuální, bezprostřední a nezaujaté uvědomování si tělesných pocitů, emočních stavů, myšlenek a představ. Tato schopnost není u lidí běžně příliš rozvinutá, ale dá se rozvíjet systematickým tréninkem.

Mezi uváděné významné účinky tréninku všímavosti na poli duševního zdraví patří pozitivní vliv na psychickou i fyzickou odolnost, imunitu, zvládání stresu, bolesti, emocí a nálad. Zahraniční výzkumy potvrzují účinnost tréninku např. u deprese, úzkosti, agresivity, výkyvů nálad, nespavosti, hypertenze nebo prevence u léčby závislostí. Novější meta-analýzy zjišťují, že „terapie založená na všímavosti (mindfulness-based therapy) je účinnou léčbou různých psychických problémů a je obzvláště účinná na snižování úzkosti, deprese a stresu“ (Khoury et al., 2013, s. 763), „MBSR zlepšuje stav pacientů trpících chronickými onemocněními a pomáhá jim zvládat celou řadu klinických problémů“ (Niazi & Niazi, 2011, s. 20) „je slibnou intervencí pro léčbu úzkosti a poruch nálady v klinických populacích“ (Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010, s. 169) a že „důkazy podporují tvrzení, že MBSR zlepšuje duševní zdraví a MBCT zabraňuje relapsu deprese“ (Fjorback, Arendt, Ornbøl, Fink, & Walach, 2011, s. 102).

Tento trénink je používán ve zdravotnictví v rámci preventivní nebo behaviorální medicíny v rozvinutých zemích a u nás zatím v klinické praxi není dostupný. Výhodou je jeho účinnost v oblastech, kde konzervativní léčba není příliš úspěšná, objevují se u ní vedlejší účinky nebo nejsou známy její dlouhodobé účinky (např. tzv. „biologická léčba“), tj. nabízí alternativu např. u chronické bolesti, poruch zažívacího traktu, psychosomatických onemocnění, depresí, závislostí či poruch příjmu potravy, a to u psychických obtíží především v oblasti prevence a prevence relapsů. Další výhodou je příznivý poměr nákladů na trénink a jeho prokázaných účinků. Ačkoli meditace a techniky všímavosti vycházejí z tradičních kontemplativních cvičení, používají se v soudobém klinickém prostředí bez původních náboženských nebo spirituálních zabarvení (Simkin & Black, 2014).

2. Všímavost a pokusy o její definici

Podle Kabat-Zinna, Lipwortha a Burneyho (1985) je všímavost všeobecný termín, který zahrnuje celou řadu technik a tradic. Všechny tyto techniky a cvičení využívají pozornost určitým, jasně definovaným způsobem, který se podstatně liší od koncentračních cvičení, nicméně vyžadují určitou základní míru soustředění.

Jeden z prvních pokusů o moderní pracovní definici všímavosti učinil autor programu MBSR, prof. Jon Kabat-Zinn, když popsal všímavost jako „**uvědomění, které vzniká při záměrném věnování pozornosti určitým způsobem, v přítomném okamžiku a bez hodnocení**“ (Kabat-Zinn, 2013, s. xxxv). Tato definice je pravděpodobně v odborné literatuře nejčastěji citovaná. K tomu lze dodat, že všímavost, pokud je správně trénována, je i „návodem na použití psychiky“, především díky jejímu hlubšímu porozumění právě pomocí této systematické, disciplinované introspekce, přímého pozorování aktuálního prožitku bez kognitivních či afektových filtrů. Toto porozumění zákonitostem a dynamice psychiky a jejímu vzájemnému propojení s tělesností přímým prožitkem je kvalitativně hlubší a jasnější, než je obvykle bez nástrojů všímavosti a jejího systematického rozvíjení možné.

Bishop et al. (2004) při pokusu o operacionalizaci uvedené Kabat-Zinnovy definice všímavosti navrhli, že by všímavost měla být považována za specifické zaměření pozornosti, charakterizované alespoň dvěma zřetelnými rysy: i) autoregulací pozornosti vůči bezprostřednímu přítomnému okamžiku a ii) přístupem, který se vyznačuje zvědavostí, otevřeností a přijetím. Podle Browna a Ryana (2003) je všímavost popisována jako receptivní pozornost vůči přítomnému okamžiku a uvědomování si ho. Navrhli škálu, kterou měří rys všímavosti (*Mindfulness Awareness and Attention Scale* nebo MAAS), a to s jednodimenziální faktorovou strukturou všímavosti a s pozorností/uvědomováním zaměřeným na přítomný okamžik jako hlavní funkcí. Podle Baerové (2003) je všímavost nehodnotícím pozorováním neustále probíhajícího toku vnitřních a vnějších podnětů, tak jak se objevují. Shapirová, Carlsonová, Astin a Freedman (2006) navrhují trojsložkový model, který má vysvětlovat, jak všímavost ovlivňuje pozitivní změnu. Vedle pozornosti a přístupu, které připomínají dvě složky jako u Bishopa et al. (2004), poukazují na to, že je třeba také vzít na vědomí záměr, tj. osobní motivaci nebo vizi, proč se dotyčný začne zabývat tréninkem všímavosti. Benda (2007) uvádí, že „všímavost je běžnou schopností mysli, kterou disponuje v určité míře každý člověk. Lze ji definovat jako schopnost nezaujatě pozorovat,

zaznamenávat, znovupoznávat a pamatovat si prožívané psychické jevy“ (Benda, 2007, s. 130).

Baerová, Smith, Hopkins, Krietemeyer a Toney (2006) použili **psychometrický přístup**, ve kterém zkombinovali pět různých subjektivních škál všímavosti. Faktorová analýza odpovědí odhalila pětifaktorovou strukturu všímavosti, která je charakterizována nereaktivitou, pozorováním, vědomým jednáním, popisováním a neposuzováním (Baer et al., 2008; Baer, Walsh, & Lykins 2009; Malinowski, 2008).

3. Všímavost a její trénink

Všímavost jako schopnost věnovat pozornost neustále se měnící vnitřní a vnější zkušenosti probíhající v přítomném okamžiku může být rozvíjena prostřednictvím meditace. Meditace (neboli kultivace, rozvíjení, cvičení či prostě trénink) všímavosti (*mindfulness meditation*) je popisována jako **záměrná autoregulace pozornosti v každém okamžiku** (Goleman a Schwartz, 1976 podle Baer, 2003; Kabat-Zinn, 1982). Není ani kontemplací, rozjímáním, ruminací, přemítáním, ani přemýšlením o konceptuálním tématu. Také se nazývá meditací uvědomování (*awareness meditation*) a v přesném slova smyslu by měl trénink všímavosti, pokud je prováděn správně, vést k lepší schopnosti uvědomovat si (Kabat-Zinn et al., 1985). Je to „snaha vnímat jev v každém okamžiku a nechat ho zaznamenávat s plným uvědoměním, takový jaký je, bez hrubých zkrácení prostého vjemu významy asociovanými a druhořadými pro ego pozorovatele“ (Naranjo a Ornstein, 1971, s. 9, podle Kabat-Zinn et al., 1985, s.185). Kabat-Zinn popisuje všímavost jako „způsob bytí“ (*way of being*), volí pohled na tuto práci jako na dynamický proces, zasazený do celkového života, jak intra-, tak interpersonálního, spíše než statickou techniku, prováděnou jen „na polštáři“ a tím také rozčleněnou na „x“ minut denně (Kabat-Zinn, 1994 podle Cullen, 2011, s. 187). Důležitou charakteristikou tréninku všímavosti je, že se na rozdíl kognitivně-behaviorálních nebo jiných přístupů podporujících zdraví (Baer, 2003) „**zaměřuje rozvíjení vnitřních zdrojů, místo aby měnil něco, co je s daným jedincem špatně**“ (Fjorback et al., 2011, s. 117).

Při tréninku všímavosti je důležitý přístup jedince. Účastníci jsou zpravidla vedeni k tomu, aby se věnovali vnitřnímu prožívání probíhajícímu v každém okamžiku, a to především tělesným pocitům, myšlenkám a emocím (Baer, 2003). Většina autorů uvádí, že by se všímavost měla cvičit **s přijetím prožitku, ať je jakýkoli, a s neposuzujícím přístupem**. Jevy, které se objevují ve vědomí člověka během cvičení všímavosti, jako jsou tělesné počítky, vjemy, myšlení, emoce a jsou pozorovány pečlivě, ale nejsou hodnoceny jako dobré či špatné, pravdivé či nepravdivé, zdravé či nezdravé, důležité či triviální (Marlatt & Kristeller, 1999 podle Baer, 2003). Trénink všímavosti se liší především od přístupů založených na koncentraci, kde se cvičí zúžení ohniska pozornosti na jediný podnět, jako je například slovo (mantra), zvuk, předmět nebo počitek a jakmile se pozornost odpoutá, znovu se nasměruje na předmět meditace, přičemž se nevěnuje pozornost povaze rozptýlení (Baer, 2003). Důležitým důsledkem tréninku všímavosti je uvědomění si toho, že většina počítků, myšlenek a emocí kolísá nebo že jsou **přechodnými jevy**, že plynou "jako vlny na moři" (Linehan, 1993). Nemá tu však jít o nějaké představy nebo autosugesci, účastníci tréninku se

mají snažit tímto způsobem aktuální prožitek přímo pozorovat, ať se to zdá více či méně obtížné.

Trénink všímavosti se v mnohém liší od tradičních kognitivně-behaviorálních postupů. Jednak neobsahuje hodnocení myšlenek jako racionálních nebo zkeslených ani systematickou snahu měnit myšlenky, které jsou vyhodnoceny jako iracionální. Namísto toho jsou účastníci vedeni k tomu, aby pozorovali své myšlenky, zaznamenávali jejich přechodnost a zdržovali se jejich hodnocení. Tradiční kognitivně-behaviorální postupy obvykle mají jasný cíl, jako například změnu vzorce chování nebo myšlení. Naproti tomu se trénink všímavosti provádí se zdánlivě paradoxním přístupem **neusilování**. To znamená, že ačkoli je stanovena úloha (například v klidu sedět, mít zavřené oči, dávat pozor), **není tu žádný cíl**. Účastníci se nemají snažit relaxovat, snižovat svou bolest nebo měnit své myšlenky nebo pocity, ačkoli mohli za tím účelem vyhledávat léčbu. Mají prostě pozorovat cokoli se děje v každém okamžiku bez toho, aby to posuzovali. Terapeuti používající tradičnější kognitivně-behaviorální strategie, na rozdíl od kolegů lektorů programů založených na všímavosti zde popisovaných, obvykle sami netrénují dovednosti, které učí své klienty. Ačkoli trénink všímavosti obecně obsahuje přijetí stávající skutečnosti a nikoli systematickou snahu skutečnost měnit, lidé, kteří cvičí tyto dovednosti mohou zažívat snížení řady symptomů (Baer, 2003).

Trénink všímavosti předpokládá určitou úroveň soustředění, aby bylo možné zachovávat setrvalou pozornost. Avšak místo aby se pozornost úporně soustředila na jeden předmět, v tréninku všímavosti se zdůrazňuje **odpoutané, nestranné pozorování neustále se měnícího pole předmětů v každém okamžiku**. Slova „odpoutané“ a „nestranné“ zde znamenají, že předměty pozorování jsou záměrně sledovány se snahou vyhnout se soudům a interpretacím nebo se snahou uvědomovat si takové soudy, interpretace nebo třídění, pokud se objeví. Je třeba zdůraznit, že tento přístup neznamena nedostatek empatie, zájmu, soucitu nebo péče, ani neurotické nebo patologické distancování se nebo stažení se (Kabat-Zinn, 1982). Nejde tu tedy o odstup ve smyslu lhostejného postoje bez zájmu, ale přístup co možná nejvíce objektivní. Na prožitek toku počitků, emocí a myšlení se cvičící dívá se zájmem a přitom jakoby zvenčí, důležitou roli zde hraje **schopnost upuštění od identifikace s pozorovanými jevy**, která právě objektivitu umožňuje.

Mezi empiricky podložené účinky tréninku všímavosti podle Davisové a Hayesové (2011) patří:

- snížení ruminace,
- snížení stresu,
- zvýšení pozitivního afektu, snížení úzkosti a negativního afektu, regulace emocí,
- zlepšení pracovní paměti,
- zlepšení soustředění,
- snížení emoční reaktivity,
- zlepšení pružnosti myšlení,
- zrychlení zpracování informací a snížení namáhavosti zátěže a rušivých myšlenek,
- zvýšení spokojenosti ve vztazích,
- četné pozitivní zdravotní účinky, včetně zlepšení funkce imunitního systému a zvýšení osobní pohody (well-being),
- další pozitivní účinky jako je zvládnutí strachu a všechny funkce spojované se střední oblastí prefrontální kůry.

Rovněž Kengová, Smoskiová a Robins (2011) došli k závěru, že trénink všímavosti přináší různé pozitivní psychologické účinky, do kterých patří **zvýšení subjektivního pocitu osobní pohody (well-being), snížení psychologických symptomů a emoční reaktivity**, a také **zlepšení regulace chování**. Podle autorů této přehledové studie kultivace všímavosti **usnadňuje adaptivní psychologickou funkcionalitu** a existuje jasná konvergence zjištění korelačních studií, studií klinických intervencí i laboratorních, experimentálních studií všímavosti. Všechny tyto studie naznačují, že **všímavost pozitivně koreluje s duševním zdravím a že trénink všímavosti může přinášet pozitivní psychologické účinky**.

Fjorbacková et al. (2011) uvádějí, že podle dosavadních klinických i výzkumných zkušeností **všímavost může zlepšovat přijetí symptomů, které je obtížné nebo nemožné změnit**. Všímavost „nastoluje kognitivní metarefektivní schopnost, která zvyšuje stupeň svobody pacientů a pomáhá jim změnit zaměření pozornosti tím, že zdůrazňuje prožitek přítomným okamžikem“ (Fjorback et al., 2011, s. 103). Podle Baerové (2003) **trénink všímavosti může vést ke změnám vzorců myšlení i chování a v přístupu k myšlenkám, počítkům a emocím a „zlepšená schopnost sebezpozorování může podporovat uplatnění lepších dovedností ke zvládnutí stresu“** (Baer, 2003, s. 129).

Trénink všímavosti, především uvedené standardní programy, mají své kontraindikace. Mezi ty hlavní patří závažné psychiatrické diagnózy a akutní a neléčené stavy (psychózy, deprese, závislosti), psychózy neléčitelné farmakologicky a sebevražedné myšlenky.

4. Programy založené na všímavosti v klinické praxi

V této práci se zaměřím na programy MBSR a MBCT, protože obě tyto intervence jsou nejrozšířenější, dobře popsány v odborné literatuře a trénink všímavosti je jejich klíčovým prvkem. Techniky využívající všímavost se používají také v jiných programech, ale v těchto intervencích zpravidla není všímavost považována za ústřední součást terapie a je jen součástí jiné léčby, jako je například kognitivně behaviorální protokol, takže je obtížné oddělit a posoudit účinek všímavosti od jiných složek (Khoury et al., 2013)¹. V současné době vznikají obdoby těchto dvou základních programů, specializované na určité okruhy pacientů a diagnóz, jako je například Prevence relapsu založená na všímavosti (*Mindfulness-based relapse prevention*, MBRP) používaná při léčbě závislých na návykových látkách (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013).

Podle Simkinové a Blackové (2014) je hlavním cílem programů založených na všímavosti **úleva od tělesných i psychologických symptomů, jako je bolest, úzkost a deprese**. Programy jako MBSR, MBCT, a MBRP se soustřeďují na úlevu od negativních symptomů tím, že se zaměřují na negativní myšlenky nebo emoce pomocí vytváření účinnějších způsobů jejich zvládnání nebo zaujetí odlišného vztahu k nim (Gilpin, 2008).

4.1. MBSR

Metodou tréninku všímavosti nejčastěji citovanou v odborné literatuře je podle Baerové (2003) program Snižování stresu založeného na všímavosti (*Mindfulness-based stress reduction*, MBSR), původně nazývaný Program snižování stresu a relaxace (*Stress Reduction and Relaxation Program*, SR-RP). Tento první program založený na všímavosti vznikl v roce 1979 prostředí behaviorální medicíny na fakultní poliklinice Univerzity v Massachusetts pro populace s širokou škálou chronické bolesti a poruch souvisejících se stresem. Jeho autor, Jon Kabat-Zinn, zdůrazňuje, že program „**nikdy nebyl zamýšlen jako**

¹ Jde, spíše než o trénink, o terapii inspirovanou všímavostí. V literatuře jsou nejčastěji popisovány Dialekticko-behaviorální terapie (*Dialectical behavior therapy*, DBT), mnohostranný přístup k léčení hraniční poruchy osobnosti (Linehan, 1993) nebo Terapie přijetí a odhodlanosti (*Acceptance and commitment therapy*, ACT), která sice nepopisuje své metody jako všímavost či meditaci, ale její strategie jsou v souladu s přístupy všímavosti používanými ve zde popisovaných programech MBSR a MBCT (Baer, 2003). Obě terapie mají pomáhat pacientům zvládat symptomy (Simkin & Black, 2014).

náhrada za lékařskou péči. Je navržen tak, aby byl jejím zásadním doplňkem“ (Kabat-Zinn, 2013, s. 363).

Strukturovaný program má formát osmitýdenního kurzu pro skupiny do 30 účastníků, kteří se setkávají jednou týdně po dobu 2,5 až 3,5 hodiny. Ústřední částí programu je cvičení všímavosti pomocí formální meditační praxe a zároveň integrace všímavosti do každodenního života jako mechanismu pro zvládnání intenzivních tělesných symptomů a obtížných emočních situací. Na setkáních dostávají účastníci instrukce a cvičí dovednosti meditace všímavosti, diskutují o stresu, jeho zvládnání a domácích úkolech. Skupinové interakce se týkají zejména překážek, otázek a pokroků, které účastníci během programu zažívají. Probíhá základní edukace o tématech spojených se stresem, především pomocí aktivizačních metod a cvičení ve dvojicích nebo skupině. Celodenní intenzivní setkání k prohloubení všímavosti (v délce kolem 7 hodin) se obvykle koná v šestém týdnu. Vyučuje se zde řada dovedností meditace všímavosti: například procházení těla (*body scan*) je cvičení v délce 45 minut, ve kterém je pozornost systematicky a postupně zaměřována do mnoha oblastí těla, přičemž účastník leží se zavřenýma očima. V každé oblasti jsou pečlivě sledovány tělesné počítky. V meditaci v sedě jsou účastníci instruováni, aby seděli v uvolněné a bdělé pozici se zavřenýma očima a směřovali pozornost k počítkům spojeným s dýcháním. Cviky hátha jógy jsou využívány pro rozvíjení všímavosti k tělesným počítkům během pomalých pohybů a protahování. Účastníci také cvičí všímavost při běžné činnosti, jako je chůze, stání nebo jídlo. Účastníci programu MBSR jsou instruováni, aby cvičili tyto dovednosti samostatně mimo skupinová setkání po dobu 45 až 60 minut denně, šest dní v týdnu. Účastníci programu zpravidla používají ke cvičení nahrávky, ale ke konci programu jsou účastníci vyzváni, aby cvičili i bez nich. U všech cvičení všímavosti jsou účastníci instruováni, aby zaměřovali pozornost na cíl pozorování (například dýchání nebo chůze) a byli si ho vědomi v každém okamžiku. Pokud se objeví emoce, počítky nebo myšlení, mají být pozorovány s neutrálním postojem, tj. bez hodnocení. Když si cvičící všimne, že se jeho mysl zatoulala do myšlení, vzpomínek či fantazie, stručně zaznamená jejich povahu či obsah, pokud je to možné, a pak hned vrací pozornost do přítomného okamžiku. Takto jsou účastníci instruováni, aby si všímali svých myšlenek a pocitů, ale aby se nenechali pohroužit do jejich obsahu (Kabat-Zinn, 1982). Dokonce i hodnotící myšlenky (například "Toto je hloupá ztráta času.") je třeba pozorovat bez hodnocení. Pokud si účastník takové myšlenky všimne, může si ji označit jako kritickou myšlenku, nebo jednoduše jako "myšlení", a pak vrátit pozornost do přítomného okamžiku.

Podle Kabat-Zinna (1982) jsou klíčovými prvky MBSR:

- a) skupinový formát
- b) důraz na neorientaci na cíl
- c) očekávání úlevy
- d) význam aktivní angažovanosti v procesu a vlastní zodpovědnost za výsledky
- e) vysoké nároky (význam časového závazku a objem samostatných cvičení)
- f) řada meditačních technik (zejména procházení těla, sezení, chůze a hátha jóga)
- g) didaktické materiály (příklad o stresu a jeho vztahu k nemoci)
- h) omezené trvání (dostatečně dlouhé pro nácvik dovedností, avšak dostatečně krátké nato, aby se nevytvořila závislost na skupině)
- i) dlouhodobá perspektiva (po dokončení programu jsou účastníci vybízeni, aby pokračovali ve cvičení).

Prvky programu jako jsou vyžadování vlastní zodpovědnosti, pozitivní placebo faktory, skupinový formát, omezené trvání, nízké náklady a jednotná škála technik autoregulace mají podporovat pozitivní změny v chování a jsou zřejmě zásadními složkami jakéhokoli programu behaviorální medicíny určeného pro ambulantní pacienty. Byly zařazeny k maximalizaci účinnosti specifické intervence, tj. tréninku všímavosti (Kabat-Zinn, 1982).

Ačkoli kořeny meditace všímavosti leží v buddhismu, trénink všímavosti vyučovaný v programu MBSR je sekulární povahy a nevyžaduje žádné náboženské přesvědčení nebo změnu způsobu života, kromě zakomponování každodenní meditační praxe do denního programu (Merkes, 2010).

4.2. MBCT

Kognitivní terapii založenou na všímavosti (*Mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT) vyvinuli Zindel Segal, Mark Williams a John Teasdale začátkem 90. let minulého století jako psychologický přístup při pomoci lidem s rizikem relapsu deprese s cílem předcházet relapsu dlouhodobě. Jejich záměrem bylo využít poznatky psychologie o relapsu deprese k vytvoření cíleného přístupu pro osoby trpící rekurentní depresí (Williams a Kuyken, 2012). Teasdale, Segal a Williams (1995) navrhli, že dovednosti kontroly pozornosti získávané při meditaci všímavosti by mohly být užitečné při prevenci relapsu depresivních epizod. Jejich teorie zpracování informací při relapsu deprese naznačuje, že jedinci, kteří prodělali depresivní epizody jsou náchylní k recidivě, kdykoli se vyskytnou mírné stavy

dysforie, protože tyto stavy mohou znovu aktivovat vzorce depresivního myšlení, které byly přítomny během předchozí epizody nebo epizod, čímž urychlí nástup epizody nové.

MBCT je také standardizovaná osmitýdenní intervence, do značné míry postavená na programu MBSR Kabat-Zinna (Williams & Kuyken, 2012). Autoři obou programů připouštějí, že se obě intervence od sebe v podstatě jen velmi málo liší. MBCT kombinuje trénink všímavosti s kognitivní terapií. MBCT se tedy na rozdíl od MBSR soustředí poněkud více na myšlení. Podobně jako MBSR je intervencí preventivní a není určena pro akutní případy deprese. Na rozdíl od MBSR je MBCT zamýšlena spíše pro homogenní skupiny (s diagnózou depresivní poruchy), a nikoli pro heterogenní skupiny (Fjorback et al., 2011).

MBCT obsahuje podobné meditační techniky jako MBSR, které pomáhají účastníkům lépe si uvědomovat své prožívání v přítomném okamžiku tím, že se naladí na v každém okamžiku probíhající změny v psychice i v těle. Týdenní setkání trvají asi 2 hodiny a účastníci používají nahrávky k samostatným cvičením, které jsou ovšem kratší, než je tomu u MBSR.

V MBCT probíhá základní edukace o tématech spojených s depresí a využívá se řada cvičení z kognitivní terapie, která ukazují spojení mezi myšlením a pocity, účastníci se učí jak se o sebe lépe starat, zvláště když zaznamenají pokles nálady (Fjorback et al., 2011). Účastníci se učí pozorovat, kdy u nich dochází k ruminaci a rozpoznávat specifické vzorce myšlení, zejména ty spojené s depresí. Prvky kognitivní terapie účastníkům umožňují odstup či decentraci pohledu na myšlenky, včetně uvědomění si toho, že "myšlenky nejsou fakta" a "já nejsem mými myšlenkami." Tento decentrovaný přístup je také aplikován na emoce a tělesné počítky. MBCT učí dříve depresivní jedince, aby pozorovali své myšlenky a pocity bez posuzování a viděli je jednoduše jako duševní stavy a události, které přicházejí a odcházejí, a ne jako aspekty sebe sama nebo jako bezpodmínečně přesné odrazy skutečnosti. Předpokládá se, že tento postoj k myšlenkám souvisejícím s depresí zabraňuje eskalaci negativních myšlenek do ruminativních vzorců (Teasdale et al., 1995 podle Baerové, 2003).

V MBCT se tedy účastníci nesnaží měnit obsah (negativního) myšlení, ale spíše **mění svůj vztah či postoj k myšlenkám, pocitům a počítkům** tak, aby měli možnost odhalit, že jsou jen prchavými událostmi v mysli nebo v těle a že se mohou rozhodovat, zda se s jimi budou zabývat nebo ne. Díky neustálému zaznamenávání, pozorování se zájmem a soucitem a

posouvání úhlu pohledu sami poznávají přímou zkušeností (ne jen konceptuálně), že jejich myšlenky, emoce nebo počitky jsou jen myšlenky, emoce nebo počitky a nikoli „pravda“ nebo „já“. Učí se vidět jasněji vzorce myšlení a rozpoznávat kdy nálada začíná klesat, aniž by přidávali k problému další, tj. že propadnou analyzování a ruminaci. Prostě jen stojí na okraji víru a pozorují ono víření, místo aby v něm zmizeli, což pomáhá rozpojit původní asociaci mezi negativní náladou a negativním myšlením, které by normálně spustila. Rozvíjejí **schopnost nechat stresující emoce, myšlenky a počitky přicházet a odcházet aniž by měli pocit, že je musí potlačovat, utíkat od nich nebo s nimi bojovat**. Učí se zůstat v přítomném okamžiku a upouštět od přemítání o minulosti nebo od starostí o budoucnost (Williams a Kuyken, 2012).

Podle Baerové (2003) trénink všímavosti dovoluje zaznamenat depresivní myšlení a nasměrovat pozornost na jiné aspekty přítomného okamžiku, jako je dech, chuze nebo zvuky z okolí, čímž se předejde ruminaci. „Praktickou výhodou dovedností všímavosti při facilitaci kognitivní změny je to, že mohou být trénovány kdykoli, včetně období remise, kdy se depresivní myšlení může vyskytovat příliš vzácně nato, aby umožňovalo pravidelná cvičení v rámci tradiční kognitivní terapie, jako například identifikaci a rozporování kognitivních zkrslení“ (Teasdale et al., 1995 podle Baer, 2003, s. 129).

5. Klinické účinky programů založených na všímavosti

V literatuře je popsána řada klinických účinků programů založených na všímavosti. Podle Chiesy & Serrettiho (2010) program MBSR z klinického hlediska projevila účinnost u mnoha psychiatrických a tělesných obtíží, u snížení úzkosti u pacientů s rakovinou a chronickou bolestí a u snížení úrovně stresu u zdravých jedinců. MBCT je podle těchto autorů účinná především v omezení relapsů deprese u pacientů se třemi a více epizodami. Fjorback et al. (2011) docházejí k závěru, že existují důkazy pro to, že MBSR zlepšuje duševní zdraví a MBCT předchází relapsu deprese. Doporučují MBSR jako užitečnou metodu pro zlepšení duševního zdraví a snížení symptomů stresu, úzkosti a deprese, stejně jako pro management nemocí ke zlepšení kvality života související se zdravím. U somatických nemocí podle nich MBSR doplňuje management nemoci tím, že snižuje psychický stres a posiluje osobní pohodu pacientů, u psychiatrických poruch snižuje příznaky stresu, úzkosti a deprese a učí pacienty dovednosti jak tyto symptomy zvládat. MBCT tuto autoři doporučují jako účinnou intervenci pro pacienty s vyléčenou depresí pro prevenci relapsu. Podle autorů se účastníci programů MBSR/MBCT učí aktivně účastnit na svém zdraví a osobní pohodě (well-being).

Simkinová a Blacková (2014) uvádějí, že meditace a pohybová cvičení všímavosti prokázaly pozitivní účinky na úzkost, depresivní a jiné negativní afekty, behaviorální a emocionální symptomy a na somatickou funkcionalitu. Tvrdí, že trénink všímavosti způsobuje **neurobiologické změny v mozku a fyziologické zlepšení tělesných funkcí**, které přetrvávají u pacientů, kteří pokračují ve cvičení, a při tom neobjevily žádné významné nepříznivé účinky tohoto tréninku.

Greeson (2009) vyvozuje, že „nejnovější vědecký výzkum všímavosti ukázal příznivé účinky na několik aspektů komplexního lidského zdraví, včetně zdraví psychiky, mozku, těla a chování. Jak klinické testy, tak laboratorní studie naznačují, že **mechanismy všímavosti nezahrnují pouze relaxaci, ale významné posuny v myšlení, emocích, biologii a chování, které mohou působit synergicky za účelem zlepšení zdraví**“ (Greeson, 2009, s. 15).

Literatura uvádí řadu konkrétních účinků jako **zlepšení nálady, kvality spánku, únavy, hodnocení bolesti, poruchy příjmu potravy a snížení úrovně stresu** (Baer, 2003; Smith, Richardson, Hoffman, & Pilkington, 2005; Shigaki, Glass, & Schopp, 2006). Matouseková, Dobkinová a Pruessner (2010) zjistili, že po absolvování programu MBSR se

účastníkům snížily hladiny kortizolu. Baerová (2003) uvádí, že u pacientů s chronickou bolestí dochází ke zlepšení hodnocení bolestivosti, jiných zdravotních příznaků a obecných psychologických symptomů a že většina těchto změn je zachována při navazujícím vyhodnocení. Novější meta-analýza toto zjištění potvrzuje: „kromě jiných prospěšných účinků snižují intervence založené na všímavosti intenzitu bolesti. To je zřejmé z nekontrolovaných a kontrolovaných studií, stejně jako z navazujících vyhodnocení naznačujících **jedinečný dlouhodobý účinek intervencí založených na všímavosti na intenzitu bolesti**“ (Reiner, Tibi, & Lipsitz, 2013, s. 239).

Nedávná meta-analýza ukázala, že **podstoupení MBCT souviselo se snížením rizika relapsu deprese o 44 % oproti obvyklé léčbě pacientů se třemi a více epizodami deprese a v porovnání s antidepresivy je MBCT v tomto ohledu stejně účinná** (Piet & Hougaard, 2011). Podle těchto autorů jsou tedy účinky MBCT srovnatelné s udržující dávkou antidepresiv. Na základě vědeckých důkazů (“National Institute for Health and Clinical Excellence,” 2012) doporučuje britský Státní institut pro zdraví a nejlepší klinické postupy (*National Institute for Health and Clinical Excellence*, NICE) od roku 2009 MBCT pro aktuálně zdravé osoby, které prodělaly tři a více epizod deprese (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Williams a Kuyken (2012) došli k závěru, že pro lidi vyhledávající psychologický přístup, který jim umožní zachování zdraví, se MBCT jeví jako dostupná, přijatelná a nákladově efektivní terapie.

Zmíněné zaměření tréninku všímavosti na rozvíjení vnitřních zdrojů, místo toho, aby se snažil měnit něco, co je s pacienty „špatně“, se podle Fjorbackové et al. (2011) dobře ukazuje na studii srovnávající MBSR a KBT u pacientů s generalizovanou sociální fobií podle DSM-IV (Koszycki, Benger, Shlik, & Bradwejn, 2007). Obě skupiny pacientů dosáhly podobného zlepšení nálady, funkcionality a kvality života, přičemž pacienti v KBT měli nižší skóre v míře sociální úzkosti. Fjorbacková et al. (2011) z toho vyvozují, že jelikož ve zlepšení obě intervence byly srovnatelné, pacienti v programu MBSR zakoušeli menší hendikep, když měli silnější symptomy, než skupina v KBT.

Podle Baerové (2003) může trénink všímavostí vést k včasnému rozpoznání znaků problému v době, kdy uplatnění osvojených dovedností s největší pravděpodobností umožní problému předejít. Uvádí, že „několik autorů zaznamenalo, že zlepšení sebepozorování v důsledku tréninku všímavosti by mohlo podporovat celou řadu zvládacích dovedností“

(Baer, 2003, s. 129). Tyto sebezpozorovací dovednosti by mohly vést k rozpoznání pocitu sytosti u osob, které se přejídají a zvýšit jejich schopnost pozorovat nutkání k přejídání, aniž by mu museli podléhat (Kristeller & Hallett, 1999). Podobné účinky se objevily u pacientů léčících se ze závislosti (Marlatt, 1994 podle Baer, 2003).

Rozpoznání důsledků chování (nadřícený se hněvá, protože chodívám pozdě) namísto obecné sebekritiky (jsem špatný pracovník) může vést k žádoucí změně chování, včetně omezení impulzivity a maladaptivních postupů (Linehan, 1993). Autorka tvrdí, že zaměření na přítomný okamžik rozvíjí ovládání pozornosti jako užitečnou dovednost pro ty, kterým rozptylování starostmi, vzpomínkami nebo špatnou náladou překáží v dokončování úkolů.

Koszycki et al. (2007) se pozastavili nad tím, že účast v programu MBSR vyvolala robustní změny v klinické i osobní míře sociální úzkosti. Podle těchto autorů to naznačuje, že **MBSR může být alternativní psychosociální intervencí pro sociální fobii**, která může být poskytována kvalifikovanými instruktory různých profesí v různých prostředích, což by případně mohlo usnadnit chování při vyhledávání pomoci a také snížit překážky k přístupu k léčbě.

Podle Kabat-Zinna (1982) účastníci programu MBSR často procházejí změnami v přístupu a chování díky pravidelnému cvičení meditace všímavosti. Podle tohoto autora mezi tyto změny patří:

- a) schopnost pozorovat duševní děje, včetně bolesti, s odstupem a nezaujatě,
- b) kognitivní změny, které jsou zřejmě přímým důsledkem prožitku nestrannosti a
- c) zvýšené uvědomění sebe sama ve vztahu k ostatním a ke světu.

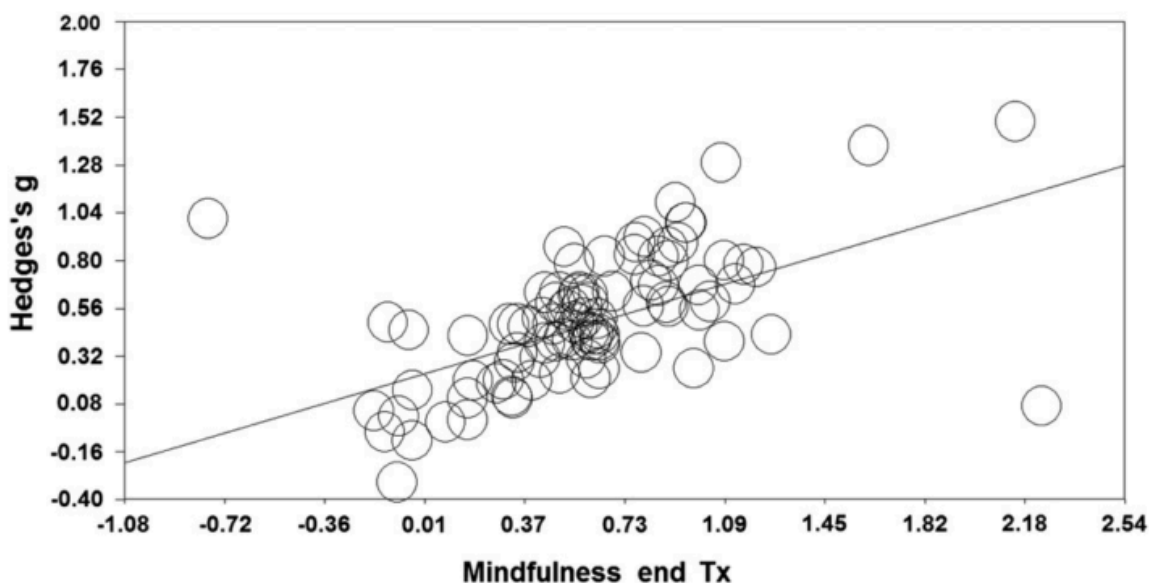
Autor uvádí, že absolventi programu běžně uvádějí hluboké osobní vhledy, větší trpělivost, novou schopnost relaxovat v běžných každodenních situacích, ochotu žít více v přítomném okamžiku, zvýšené uvědomění stresujících situací a zlepšení schopnosti úspěšně zvládat stres. Toto ukazuje na **zlepšení kvality života** absolventů programů založených na všímavosti.

Autoři nedávné robustní meta-analýzy (Khoury et al., 2013), která zkoumala účinky programů založených na všímavosti s pevně stanoveným protokolem, tj. MBSR, MBCT, MBRP nebo MMRP, prověřili 209 studií s celkovým počtem 12 145 účastníků různého věku, pohlaví a klinických profilů. Z těchto studií bylo 109 randomizovaných, 28 bylo aspoň

jednoduše zaslepených (z nich byly čtyři zaslepené dvojité). Autoři došli k závěru, že programy založené na všímavosti byly **účinnější, než psychoedukační intervence, podpůrné terapie, relaxační procedury nebo potlačující techniky**. Zároveň se **nelišily od tradiční KBT, behaviorálních terapií nebo farmakologické léčby**. Účinnost u studií srovnávajících stav před a po intervenci dosahovala střední hodnoty. Ve srovnání s jinou aktivní intervencí (jako psychoedukace, podpůrná terapie, relaxace, imaginace a arteterapie) dosahovala účinnost nízkých až středních hodnot, což autoři interpretují jako účinnost relativně vyšší. Programy založené na všímavosti však **nebyly účinnější, než tradiční KBT**. Byly účinnější v léčbě psychických obtíží (vysoká, klinicky významná a přetrvávající účinnost u léčby úzkosti a deprese), než v léčbě obtíží tělesných. Kromě toho tato meta-analýza zjistila, že programy založené na všímavosti průměrně nedokončilo 16,25 % účastníků, což je podle autorů méně, než je běžně udávaná míra u kognitivních a behaviorálních terapií. Podle autorů to ukazuje na vysokou míru odhodlanosti účastníků těchto programů. V souladu s tímto zjištěním uvádějí Shigakiová et al. (2006) míru dokončení programů mezi 75 a 90 %. „Řada navazujících studií ukázala vysokou míru pokračující compliance, dlouhodobé účinnosti, spokojenosti účastníků, přičemž většina z nich přikládá své zkušenosti s MBSR vysokou míru důležitosti a hodnoty“ (Shigaki et al., 2006, s. 210).

Co se týče kvalifikace lektorů programů založených na všímavosti, Khoury et al. (2013) uvádějí v souladu s dřívějšími zjištěními, že nikoli všeobecný klinický výcvik, ale **zkušenost lektora se všímavostí zřejmě ovlivňuje výsledek léčby**. Kvalita jimi zkoumaných studií (v souladu se zjištěními některých dřívějších prací) negativně koreluje s účinností intervence, což poukazuje na předpojatost danou očekáváním a jinými faktory, ale délka intervence ani objem samostatných cvičení účinnost programů konzistentně neovlivnily². Přes tyto nedostatky autoři došli k závěru, že účinnost programů založených na všímavosti dosahuje střední až vysoké hodnoty. Autoři tvrdí, že podle jejich zjištění **je všímavost ústřední složkou účinnosti intervence** (graf č. 2) a že všímavost účastníků i lektorů je silným prediktorem účinnosti těchto programů.

² Nekonzistentní souvislost mezi délkou samostatných cvičení a výsledky může být způsobena relativně malým počtem účastníků studií a nedostatkem navazujícího hodnocení v dlouhodobém horizontu (Fjorback et al., 2011).



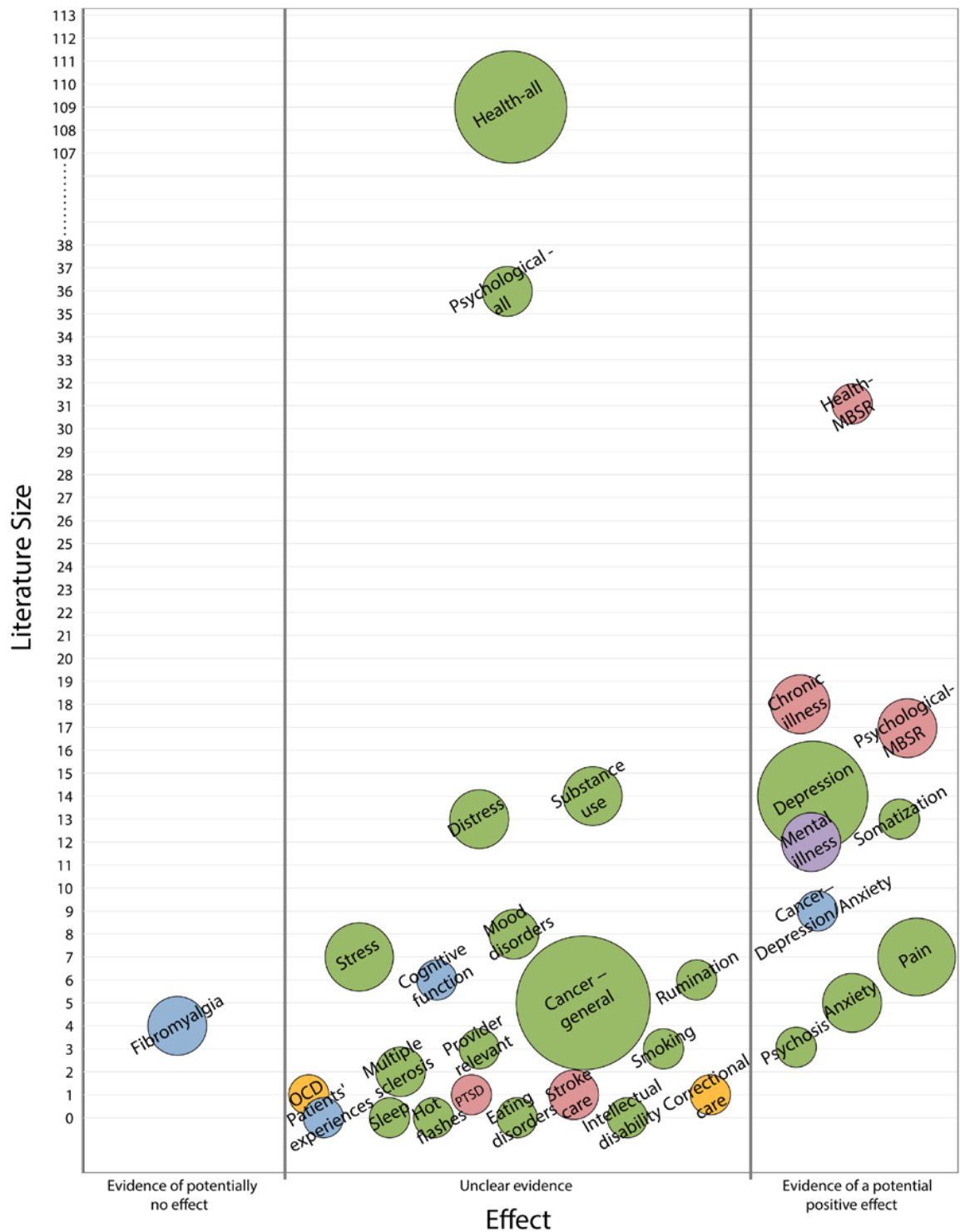
Graf č. 2: Vztah mezi všímavostí a klinickým účinkem intervence založené na všímavosti

Vztah mezi velikostí účinku všímavosti (*mindfulness effect size – Mindfulness end Tx*) a velikostí klinického účinku (*clinical effect size – Hedges's g*) na konci intervence. Kolečka představují jednotlivé studie a jejich průměr odpovídá váze studie v meta-analýze podle počtu účastníků (Khoury et al., 2013, s. 769).

Nakonec, „i když tyto programy nemusí být schopné zvrátit chronickou nemoc, která je základem problému, mohou usnadnit její management a zvládání symptomů, zlepšit pocit osobní pohody, kvalitu života a podpořit výsledek léčby“ (Merkes, 2010, s. 208).

Hempel et al. (2014) publikovali „důkazní mapu všímavosti“, vypracovanou na podkladě 81 systematických přehledových studií intervencí založených na všímavosti (MBSR, MBCT a dalších intervencí). Zahrnuté meta-analýzy zkoumaly pouze randomizované studie a nejobsáhlejší meta-analýza zahrnovala 109 studií. Cílem této práce bylo poskytnout široký přehled (tedy nikoli detailní nebo definitivní důkazy) současného výzkumu, aby pomohl interpretovat důkazní stav především pro účely dodání informací pro tvorbu zdravotní politiky a rozhodování v klinickém prostředí (graf č. 3). Nejkonzistentnější účinnost podle autorů této práce intervence vykazaly u deprese, ale zahrnuté meta-analýzy také naznačují účinnost (ve srovnání s pasivní kontrolní skupinou) na celkový zdravotní stav, chronická onemocnění a psychologické proměnné. MBCT vykazala účinnost u duševních nemocí a intervence založené na všímavosti u somatizačních poruch.

Evidence Map of Mindfulness



Graf č. 3: Důkazní mapa všímavosti

Systematický přehled intervencí založených na všímavosti do února 2014. Barevné bubliny představují klinické obtíže, které obsahovaly meta-analýzy, osa y odhadovaný objem literatury, osa x trend účinnosti podle studií a velikost bubliny počet studií podle typu obtíže. Barvy: zelená = různé intervence, růžová = MBSR, fialová = MBCT, modrá = MBSR+MBCT, žlutá = specifická intervence (Hempel et al., 2014, s.7)

6. Empirická část – návrh výzkumného projektu

6.1. Cíl projektu

Výzkumný projekt se soustředí na klinickou aplikaci tréninku všímavosti a měření její účinnosti. Bude zaměřen na důkladné zmapování klinických účinků tréninku všímavosti. Navrhuji provést kvalitativní výzkum vztahu tréninku všímavosti k proměnným tělesného zdraví i psychického zdraví a pohody. Do designu výzkumného projektu jsem zahrnul některé návrhy a doporučení autorů diskutované níže. Rád bych se pokusil předejít alespoň některým nedostatkům předchozích výzkumů, které jim vytýkaly citované práce.

6.2. Výzkumné otázky

Hlavní výzkumnou otázkou, na kterou by měl výzkum odpovědět, je, zda absolvování programu založeného na všímavosti souvisí se změnami klinických výsledků (tělesného a psychického zdraví pohody). Podrobněji se výzkum bude zabývat následujícími otázkami:

1. Má absolvování intervence vliv na duševní zdraví a pohodu?
2. Má absolvování intervence vliv na tělesné zdraví?
3. Existuje závislost mezi mírou všímavosti po dokončení intervence a jejími klinickými účinky (tj. zkoumání specifity účinnosti intervence³)?
4. Existuje závislost mezi docházkou na skupinová setkání a objemem samostatných cvičení na jedné straně a klinickými účinky programu na straně druhé (tj. zkoumání vztahu compliance a dodržování předepsaného objemu tréninku ve vztahu ke klinickým výsledkům)?
5. Mají případné klinické účinky programu dlouhodobý účinek?

6.3. Hypotézy

Předpokládám, že se projeví klinické účinky programu MBSR více, než účinky alternativní intervence, a to především u psychologických proměnných. Dále předpokládám pozitivní korelaci mezi mírou všímavosti (nezávislá proměnná) a klinickými účinky intervence (závislá proměnná) stejně jako pozitivní korelaci mezi mírou compliance (docházka), respektive dodržováním předepsaného objemu tréninku, (nezávislé proměnné) a klinickými účinky (závislá proměnná), a to ve větší míře u skupiny v programu MBSR.

³ Tedy účinnosti tréninku všímavosti, který je ústředním prvkem intervence MBSR a je vypuštěn v alternativní intervenci.

6.4. Výzkumný soubor

Výzkumný projekt bude proveden v České republice a bude do něj zařazeno celkem 60 subjektů⁴ starších 18 let. Tyto osoby budou náhodně rozděleny do dvou stejně početných skupin, experimentální a kontrolní. Účastníci experimentu budou při náboru do výzkumu informováni, že se zúčastní osmítýdenního programu snižování stresu a zdravotní prevence, z důvodu jejich zaslepení nebude jim však sdělen konkrétní typ intervence. Obě skupiny budou heterogenní, budou zahrnovat osoby různého věku, a to zdravé i osoby s různými a různě závažnými zdravotními. Účast ve studii může být nabídnuta zejména pacientům zdravotnických zařízení prostřednictvím lékařů nebo propagačních materiálů.

Experimentální skupina podstoupí standardní osmítýdenní program MBSR. Kontrolní skupina bude aktivní, tj. podstoupí alternativní intervenci, která bude strukturou co nejvíce podobná MBSR, ale nebude zahrnovat trénink všímavosti. Bude se jednat o osmítýdenní sportovně-relaxační program spojený s edukací na téma prevence a péče o vlastní zdraví. Setkání budou probíhat 1x týdně v délce 2,5 h. Alternativní intervence bude zahrnovat jednoduchá tělesná cvičení (prvky jógy, rehabilitační cviky) a relaxaci. Tématy zdravotní edukace v kontrolní skupině budou stres a jeho zvládnutí, zdravý životní styl, asertivita a efektivní komunikace. Na setkáních kontrolní skupiny bude probíhat sdílení, diskuze, bloky otázek a odpovědí, jedno celodenní setkání. Účastníci kontrolní skupiny budou provádět samostatná cvičení (chůze, četba) včetně cvičení s nahrávkami (relaxace, tělesná cvičení).

6.5. Design výzkumného projektu

Výzkum bude probíhat formou experimentu, a to dvojitě zaslepené, randomizované a kontrolované studie vlivu programu snižování stresu MBSR na proměnné duševního i tělesného zdravotního stavu s použitím aktivní kontrolní skupiny podstupující alternativní intervenci pro minimalizaci vlivu placebo efektu. Studie zahrne i následné vyhodnocení po 6 a 12 měsících. Poskytnutí programu MBSR zajistí lektor MBSR s odpovídající a výcvikem a praxí s vedením tohoto programu. Alternativní intervence bude poskytnuta vhodnými odborníky (psycholog, skupinový psychoterapeut, fyzioterapeut).

⁴ Tento počet vychází z maximální velikosti skupiny programu MBSR, tj. 30 účastníků.

Dvojité zaslepení studie (snižování stresu nebo program zdravotní prevence) bude zajištěno následujícím způsobem:

1. Zaslepení subjektů intervence, kteří nebudou znát konkrétní typ intervence. Subjekty budou vědět, že se účastní programu na snižování stresu a zdravotní prevence, ale nebude jim zdůrazňována role všímavosti v experimentální skupině a nebudou si ani intervenci aktivně vybírat díky randomizaci. Toto zaslepení je zvláště vhodné provést v České republice, kde jsou stále ještě programy založené na všímavosti obecné veřejnosti relativně neznámé.
2. Zaslepení hodnotitelů zpracovávajících dotazníky a biologický materiál, analyzujících a interpretujících výsledky. Hodnotitelé nebudou vědět, kdo absolvoval jakou intervenci. Toto zaslepení je prakticky velmi dobře proveditelné.

6.6. Metodologie výzkumu

6.6.1. Nástroje

Psychologické proměnné budou měřeny následujícími nástroji:

1. MAAS⁵ je patnáctipoložková jednofaktorová škála, která měří míru všímavosti. Je často používaná ve výzkumu a její jednodimenziální struktura byla několikrát replikací ověřena (Bergomi, Tschacher, & Kupper, 2013). Její vyplnění trvá do 10 minut.
2. SCL-90-R⁵ je devadesátipoložkový sebeposuzující inventář pro měření psychických symptomů a psychické úzkosti, je široce používaný ve výzkumech (Derogatis & Unger, 2010; Reibel, Ph, Greeson, Brainard, & Rosenzweig, 2001; Vranceanu et al., 2014).
3. PSS-10⁵ je desetipoložkový sebeposuzující dotazník pro měření úrovně vnímaného stresu. Jedná se o ověřený nástroj, který je v obdobných výzkumech v zahraničí obvykle používán a byl mnohokrát validizován (Andreou et al., 2011; Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Jovanović & Gavrilov-Jerković, 2015). Jeho vyplnění zabere do 5 minut.

Proměnné tělesného zdraví a pohody budou měřeny následujícími nástroji:

⁵ Česká verze není zatím podle dostupných informací k dispozici, překlad tedy musí být nejprve ověřen zpětným překladem a validizován.

1. MSCL⁵ je sebesposuzující inventář zdravotních příznaků používaný v podobných výzkumech (Reibel et al., 2001; Vranceanu et al., 2014).
2. Měření úrovně amylázy získané ze slin účastníků⁶.

Vyplňování dotazníků budou provádět účastníci studie osobně. Zpracování odebraného biologického materiálu bude probíhat ve vhodné laboratoři, která je za tímto účelem zavedená.

Měření výše uvedenými nástroji a odebírání biologického materiálu bude provedeno:

1. před začátkem intervence,
2. ihned po skončení intervence,
3. po 6 měsících od skončení intervence a
4. po 12 měsících od skončení intervence.

Poskytovateli intervencí bude sledována docházka a účastníci si budou zaznamenávat čas strávený samostatným cvičením.

6.6.2. Analýza dat a jejich prezentace

Dostáváme šest parametrů, tj. čtyři skóry, které získáme v jednotlivých dotaznících, míru compliance a úroveň biomarkeru, které budeme měřit v časech:

- t_0 (před zahájením intervence),
- t_1 (po skončení intervence),
- t_2 (6 měsíců od ukončení intervence) a
- t_3 (12 měsíců od ukončení intervence).

Parametry, které naměříme v čase t_0 , postupně porovnáme s parametry naměřenými v časech t_1 , t_2 a t_3 . Pro srovnání dat mezi subjekty experimentální nebo kontrolní skupiny naměřenými v daném čase (t_0 až t_3) použijeme dvouvýběrový, párový t-test pro dva nezávislé

⁶ „Salivární amyláza může být lepší ukazatel stresu než kortizol“ (Matousek et al., 2010, s. 15; Takai et al., 2004, s. 963). Získávání biologického materiálu ze slin má jasné výhody, kterými jsou jeho neinvazivní charakter a to, že k němu není třeba zdravotníků (Matousek et al., 2010). Při odběru je třeba dodržovat rigorózní postupy.

výběry⁷. Pro srovnání dat subjektů jedné skupiny mezi měřením v čase t_0 a měřeními v jednotlivých časech t_1 až t_3 použijeme párový t-test pro dva závislé, resp. korelované výběry. Případné závislosti, popsané ve výzkumných otázkách, otestujeme korelační a regresní analýzou příslušných naměřených hodnot. Analýza dat bude provedena v programu SPSS.

Informace o přípravě, realizaci a výsledcích výzkumu a jejich interpretace budou popsány v závěrečné výzkumné zprávě. Zpráva bude obsahovat také grafické znázornění výsledků.

Pro zúčastněné výzkumníky a instituce by byl navrhovaný projekt přínosem ve smyslu konkrétní aplikace psychologických poznatků v praxi. Jedná se také o projekt, který je svým zaměřením interdisciplinární. Propojuje se zde výzkum v oblasti psychologie s medicínskou tematikou. Může tedy také přispět k navázání další spolupráce mezi psychology, lékaři, případně vzdělávacími zařízeními a k šíření aktuálních poznatků o všímavosti, jejích účincích a tréninku do psychologické i medicínské praxe.

⁷ Případně lze zvážit použití „mixed ANOVA“ testu. Pokud nebude zaručeno normální rozložení souborů, bude vhodné zvážit použití neparametrických testů.

7. Diskuse

Přestože jsou programy založené na všímavosti a jejich klinické účinky vědecky zkoumány již nejméně od počátku 80. let minulého století, existuje v této oblasti řada mezer, příležitostí a výzev. Aby bylo možné všímavost považovat za praktický nástroj v klinickém prostředí, je třeba jí zkoumat a konceptualizovat z teoretického i experimentálního pohledu vycházejícího ze studia psychologických intervencí, které v současné době v klinickém využití převažují (Kabat-Zinn et al., 1985). Je zde také potřeba všímavost jednoznačně operacionalizovat, jelikož, přestože byla učiněna již celá řada pokusů, jejich autoři se často neshodnou na tom, je-li všímavost rysem nebo stavem, jednoduchým či mnohvrstevnatým konstruktem. Dokud toho nebude dosaženo, bude náročné, ne-li nemožné, podat systematické a koherentní pojetí všímavosti, a tedy i jejího tréninku, s náležitou přesností (Chiesa & Serretti, 2010).

7.1. Budoucí výzkum

Z hlediska rigorózního zkoumání a posouzení programů založených na všímavosti je důležité, zda je možné je operacionalizovat, konceptualizovat a empiricky hodnotit. Baerová (2003) dospívá k názoru, že toto možné je, ačkoli na tomto poli existuje řada výzev.

Chiesa a Serretti (2010) vytykají současnému výzkumu všímavosti to, že je silně zatížen **metodologickými nedostatky**, mezi které patří absence randomizace, neuvádění podrobností o randomizaci, malé vzorky populace ve vztahu k předpojatosti způsobené samovýběrem, nevhodná statistická metodologie a vyšší pravděpodobnost falešně pozitivních zjištění. Fjorbacková et al. (2011) k otázce samovýběru uvádějí, že z důvodu potřeby aktivní účasti je aktivní výběr intervence účastníkem žádoucí. Míjí, že předpojatost je samovýběrovým vzorkům vlastní a výsledky lze extrapolovat jen na účastníky, které intervence zajímá a je pro ně dostupná. Jak v této souvislosti uvedli Kabat-Zinn et al. (1985), „aby byl účinný, je pravděpodobné, že jakýkoli klinický přístup v behaviorální medicíně, který se snaží zmírnit utrpení a zlepšit kvalitu života pacientů s chronickými zdravotními problémy, musí vyžadovat **aktivní spoluúčast pacienta na tom, aby rozvíjel a využíval své vnitřní zdroje naplno**, včetně hluboké relaxace, fyzické kondice, sebevědomí a dokonce i moudrosti“ (Kabat-Zinn et al., 1985, s. 187).

Chiesa & Serretti (2010) navrhuje, aby se studie účinků tréninku všímavosti prováděly alespoň s jednoduchým zaslepením, tj. s hodnotiteli zaslepenými vůči použití dané intervence. Podle těchto autorů je významným omezením obtížnost provádění studií s dvojitým zaslepením. Takové studie se však již v poslední době objevují, nemluvě o rostoucím počtu studií zaslepených jednoduše (srov. např. Khoury et al., 2013).

Williams & Kuyken (2012) tvrdí, že přes značné metodologické chyby současná odborná literatura ukazuje, že intervence založené na všímavosti mohou mírnit řadu duševních obtíží a zlepšovat psychologickou funkcionalitu. Jako pozitivní vidí míru dokončení programu přes náročnost samostatných cvičení a fakt, že podstatná část absolventů těchto programů pokračuje ve cvičení všímavosti dlouho po dokončení programu. Podle těchto autorů by měly nové randomizované klinické studie objasnit, zda pozorované účinky jsou opravdu dílem všímavosti nebo jsou způsobené jinými vlivy, jako je placebo efekt nebo časový odstup. Kvalitnější studie by měly srovnávat intervence založené na všímavosti se zavedenými léčebnými postupy. Program MBSR nejspíš splňuje kritéria pro označení jako „pravděpodobně účinný“⁸, jelikož se ukázal jako účinnější ve srovnání s žádnou intervencí (pacienti na čekací listině) nebo proti běžným léčebným postupům v několika studiích za použití heterogenních vzorků populace.

Co se týče dlouhodobých účinků tréninku všímavosti, Chiesa & Serretti (2010) uvádějí, že jsou ještě málo vědecky prozkoumané. Tito autoři shledávají, že výzkum dlouhodobých účinků je důležitý, jednak protože většina účastníků pokračuje ve cvičení i po dokončení programu (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen, & Speca, 2001; Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995), jednak aby se daly vyloučit krátkodobé účinky placebo, a také

⁸ Divize 12 APA vypracovala kritéria pro terapie, aby mohly být označeny za zavedené a empiricky podložené (Chambless & Ollendick, 2001). Program MBSR splňuje kritéria pro označení jako „dobře zavedený“ (well-established) z těchto důvodů: 15 studií o MBSR zjistilo ovlivnění duševního zdraví a 13 studií zjistilo, že MBSR je účinnější než čekací listina nebo edukační materiály a že je stejně účinný jako domácí program spirituality, edukační skupina a KBT. Experimenty byly provedeny s manuály léčby a účinnost byla zjištěna různými výzkumníky na velkých a jasně definovaných vzorcích populace. MBCT se také může blížit označení „pravděpodobně účinná“ pro účely prevence relapsu deprese. Důvodem je metodologická správnost studií, účinnost vyšší, než u běžné léčby a stejná jako u antidepresiv, dále podpora při jejich vysazení ve vztahu k prevenci relapsu. Opět jsou k dispozici léčebné manuály, jasně definované vzorky pacientů s historií deprese. Studie také vypracovali nezávislí odborníci (Fjorback et al., 2011).

k prozkoumání vztahu mezi neurologickými změnami pozorovanými na dlouhodobě meditujících a klinickými změnami v rysech (například dlouhodobá prevence relapsu deprese).

Podle Fjorbackové et al. (2011) lze výsledky výzkumu zevšeobecnit pro jedince, kteří mají zájem a možnost se programů založených na všímavosti (MBSR/MBCT) a ve většině jimi prověřovaných studií je nedostatkem absence zkoumání dlouhodobých účinků a aktivních kontrolních skupin. Proto by bylo vhodné se v budoucím výzkumu na tyto aspekty soustředit.

Jiní autoři vidí potřebu dalšího výzkumu za účelem lepšího porozumění povaze všímavosti, jejího měření, podpory, rozvíjení. Stejně tak shledávají jako důležité zkoumat mechanismus a zvláštní účinky tréninku všímavosti a nové možnosti aplikace všímavosti, stejně jako praktické otázky dostupnosti, implementace a šíření intervencí založených na všímavosti (Keng et al., 2011). Khoury et al. (2013) doporučují provádět v budoucnu metodologicky přísnější porovnávací studie, které by zkoumaly účinnost programů založených na všímavosti ve srovnání s jinými standardními intervencemi, jako je především KBT, s cílem důkladně prozkoumat a kvantifikovat moderátory a mediátory účinné intervence založené na všímavosti.

Fjorbacková et al. (2011) vidí primární úlohu budoucího výzkumu ve zkoumání otázky, zda je všímavost rozhodným prvkem těchto intervencí a doporučuje používat srovnání s aktivními kontrolními skupinami nebo se skutečnou léčbou. Svou roli tu mohou totiž hrát i jiné faktory, jako posílení pocitu kontroly a přesnosti vnímání, zvýšená tolerance, přijetí, trpělivost a odvaha se vypořádat s nepředvídatelnými životními událostmi (Grossman et al., 2010). Na tuto otázku upozorňoval již Kabat-Zinn (1982), když uvedl, že ačkoli tato jeho raná studie nedokazuje, že meditační praxe může být příčinou pozorovaných změn, alespoň tomu nasvědčuje. Navrhoval provádět „metodologicky striktní studie s kontrolními skupinami dostávajícími placebo, které by otestovaly hypotézu, že hlavní terapeutické účinky jsou způsobeny vlastní meditační praxí“ (Kabat-Zinn, 1982, s. 46).

Podle Khouryho et al. (2013) je málo známo o vlivu kvality výcviku lektorů na účinnost intervencí, ačkoli dřívější práce došly k závěru, že zkušenost lektora se všímavostí spíše ovlivňuje účinnost intervence, než jeho klinický výcvik (Grepmaier et al., 2007; Pradhan

et al., 2007), a doporučují se v budoucnu soustředit na zkoumání toho, jak praxe a výcvik lektorů ovlivňuje přímo nebo nepřímo klinické výsledky. Podobně zajímavý je vztah délky intervence nebo objemu samostatného cvičení vůči účinnosti programů založených na všímavosti. Například Khoury et al. (2013) zjišťují, že tento vztah se z jejich bádání i z literatury nejeví jako konzistentní. Navrhují, že lepšími prediktory účinnosti by mohly být docházka nebo doba skutečně strávená samostatným cvičením. Důvodem pro to má být to, že tyto prediktory ukazují motivaci a mohou svědčit o tom, zda účastníci vidí intervenci jako pro sebe užitečnou. Za další prediktory k měření a zkoumání navrhuje hloubku meditace (Piron, 2001) a soudržnost skupiny (Imel, Baldwin, Bonus, & Maccoon, 2008). Naproti tomu Simkinová a Blacková (2014) uvádějí, že z výsledků měření provedených ve výzkumech vyplývá, že existuje přímá souvislost mezi množstvím času stráveného cvičením, nebo účastí na formálním vedené meditační praxi a zvýšenou účinností těchto technik.

Jak zjistili Fjorbacková et al. (2011), MBCT nepůsobila jako prevence relapsu deprese u pacientů s pouze dvěma předchozími epizodami, přičemž se domnívají, že počet prodělaných epizod deprese je rozhodující charakteristikou, která může predikovat rozdíly v účinnosti MBCT. Podle těchto autorů může Kognitivní terapie založená na všímavosti dokonce zvýšit riziko relapsu u pacientů s pouze dvěma předchozími epizodami deprese⁹. Williams & Kuyken (2012) doporučují, aby se budoucí výzkum pokusil zjistit proč je MBCT účinná pouze pro pacienty s historií tří a více epizod deprese a posoudil její lepší přijatelnost v situacích reálného světa. Uvádějí, že během posledního desetiletí se teoretické pojetí i klinický výzkum MBCT rozšířil i na obtíže jako je chronická únava, probíhající deprese, bipolární porucha, rodičovský stres a suicidalita.

Chiesa a Serretti (2010) dospěli k závěru, že stávající výsledky výzkumu naznačují nespécifickou a možná i specifickou účinnost meditace všímavosti na mnoho psychiatrických i tělesných obtíží, podobně tak účinkuje u zdravých jedinců. Do budoucna doporučují lépe navržené výzkumy, které by potvrdily dosavadní zjištění, prozkoumaly využití těchto intervencí pro další diagnózy a popsaly jejich specifické a obecné stránky. Podle Fjorbackové et al. (2011) by měly budoucí randomizované studie MBSR a MBCT používat srovnání

⁹ „U pacientů s pouze dvěma nedávnými epizodami deprese se po MBCT relaps nevýznamně zvýšil, což může být způsobeno motivačními faktory, ale také výsledkem reálného rizika. Pacienti s třemi a více epizodami mohou být více marginalizováni a mohou mít prospěch z nespécifických skupinových faktorů, zatímco pacienti s dvěma epizodami si mohou lépe vystačit se svojí vlastní sociální sítí. Žádná z těchto studií nezjistila vedlejší účinky MBSR/MBCT, ale je dobře známo, že účastníci mohou zažívat zvýšení symptomů z důvodu tréninku uvědomování“ (Fjorback et al., 2011, s. 117).

s aktivní léčbou, lektory s řádným výcvikem, zahrnovat navazující testy nejméně po jednom roce od dokončení a popisovat míru úspěšného dokončení intervence. V klinických populacích posledně jmenovaní autoři doporučují vyzkoušet kombinaci tréninku všímavosti se specializovanou léčbou specifických zdravotních obtíží a zkoumat účinnost časově delších intervencí.

Kabat-Zinn et al. (1985) uvádějí, že při léčbě chronické bolesti jsou častými psychologickými intervencemi progresivní svalová relaxace, biofeedback, operantní podmiňování, hypnóza nebo KBT¹⁰. Jedním z prvků, který je všem těmto metodám společný a který může mít ústřední, ale podceňovanou důležitost, je regulace pozornosti. Podle autorů **„je možné, že největší terapeutickou hodnotu má právě tato schopnost regulace pozornosti a její intenzity, a také důvěra v metodu na základě předchozí zkušenosti, spíše než určitý předmět nebo proces, který je pozorován.** Je dobře známo, že jakákoli strategie pro autoregulaci pozornosti, včetně záměrného rozptýlení, může být použita s určitým účinkem při zvládnání bolesti jak v laboratorním, tak v klinickém prostředí“ (Kabat-Zinn et al., 1985, s. 185). Přibývá důkazů potvrzujících to, že použití biofeedbacku pro regulaci bolesti nemá ve většině situací léčebný přínos, kromě toho, který se dá přisoudit relaxaci, která se trénuje v souvislosti s ním, nebo změnám v myšlení a chování, které se často objevují spontánně v kontextu psychoterapie (Turk, Meichenbaum, & Berman, 1979; Turner, J. A., Chapman, 1982; Zitman, 1983 podle Kabat-Zinn et al., 1985). Ani novější studie nedocházejí k jednoznačnějším závěrům v této oblasti (Gatchel, Robinson, Pulliam a Maddrey, 2003). Podle Kabat-Zinna et al. (1985) systematické cvičení a rozvíjení schopnosti pružně a s odstupem pozorovat propriocepci může zlepšit copingové strategie pacienta, ať už používal jakékoli (často nevhodné), a snížit úroveň stresu. Vlastní strategie pacienta by měla být prozkoumána a rozvíjena, pokud je vhodná, a terapeut by neměl stanovovat výběr metod, protože “může být méně rozhodující navrhnout klientům konkrétní copingové odezvy, než zajistit, aby pozorovali pozvolný nástup příznaků a byli sami schopní zapojit nějakou kognitivní nebo behaviorální odezvu...touto odezvou nemusí být relaxace a v některých případech,...kde je to nevhodné, by to ani relaxace být neměla” (Turk, Meichenbaum, & Berman, 1979; Turner, J. A., Chapman, 1982; Zitman, 1983 podle Kabat-Zinn et al., 1985, s. 186). Kabat-Zinn et al. (1985) z těchto pozorování vyvozují, že samotná aplikace všímavosti z okamžiku na okamžik může být v podobných intervencích hlavním copingovým

¹⁰ Podle sdělení lékařů Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů Fakultní nemocnice v Motole se v tomto ohledu do současnosti v klinickém prostředí obecně příliš nezměnilo.

mechanismem. Podle jejich klinických zjištění systematická formální praxe meditace všímavosti, která v této souvislosti zdůrazňuje **věnování pozornosti v každém okamžiku propriocepci a stresové reakci, může poskytovat terapeutický rozměr, který zahrnuje jak fyziologickou relaxaci, tak kognitivně-behaviorální změny, a který jde do hlubších úrovní, než metody v současné době používané.** Tvrdí, že důkazy jsou natolik silné, že si zaslouží srovnávací studie meditace všímavosti a dalších psychologických intervencí za přísně kontrolovaných podmínek jak v laboratorním, tak v klinickém prostředí.

Souvislost všímavosti s jejím klinickým účinkem zkoumali Khoury et al. (2013). Ze závěrů této robustní meta-analýzy vyplynula **pozitivní korelace mezi úrovní všímavosti na konci intervence a klinickým účinkem intervence** (graf č. 2). Výsledky také ukázaly, že účastníci intervencí byli na konci léčby více všímaví, a že přínosy byly zachovány i v poslední navazující kontrole. Tyto výsledky podle autorů poskytují předběžnou podporu pro roli všímavosti v účinnosti programů založených na všímavosti. Budoucí studie by měly zkoumat mechanismus působení těchto intervencí.

7.2. Trendy

Cullenová (2011) vidí jako jeden z mnoha vznikajících trendů v programech založených na všímavosti nabídku intervencí šitých na míru stále užším skupinám, jako jsou lidé trpící depresí, rakovinou, obezitou, závislostmi, vojáci apod. Výhodami tréninku homogenních skupin mohou být jedinečné příležitosti pro propojení (*bonding*), empatii, podporu a zlepšení sociálních vztahů. V takových specializovaných programech mohou být vytvářeny moduly, které se budou příměji zabývat konkrétními diagnózami nebo obtížemi typickými pro danou skupinu. Na druhou stranu tato specializace může znamenat i nevýhody. Na prvním setkání programu MBSR je často zdůrazňováno: „Jste víc, než vaše diagnóza. Dokud dýcháte, je toho s vámi víc v pořádku, než v nepořádku. Jsme tady, abychom získali přístup k té části z nás, která se nikdy neporouchá.“ Výhodou různorodé skupiny je možnost spojení lidí, kteří se navzájem od sebe velmi liší a přitom vidí, že všichni mají stejnou mysl, stejné přání být šťastní a mnoho podobných výzev.

Podle Williams a Kuykena (2012) ve Velké Británii začíná poslední dobou mnoho center péče o duševní zdraví pod Národní zdravotní službou (National health service, NHS) nabízet MBCT v rámci svého portfolia služeb, nadace Mental Health Foundation vydala v

roce 2010 zprávu ("Mental Health Foundation," 2010) obhajující kroky ke zlepšení dostupnosti MBCT. Existují již tři výcvikové programy na univerzitách v Oxfordu, Exeteru a Bangoru a MBCT je dostupná v USA, Německu, Beneluxu, Skandinávii nebo v Austrálii (Williams & Kuyken, 2012).

Tim Ryan, člen Kongresu USA, navrhl americké ministryni zdravotnictví MBSR jako klíčovou intervenci v rámci preventivní medicíny. Prohlásil, že jeho záměrem je navrhnout integraci všímavosti do každého programu vlády (Cullen, 2011).

V České republice jsou programy založené na všímavosti zatím málo dostupné a vyhledávané, ačkoli jsou zde první lektoři s dokončeným výcvikem v programu MBSR organizovaní pod nově vzniklým Centrem pro mindfulness. Osmítýdenní program MBSR byl také v letošním roce autorem úspěšně proveden se skupinou pacientů trpících chronickou bolestí v Centru pro léčení a výzkum bolestivých stavů Fakultní nemocnice v Motole.

7.3. Příležitosti

Meditace všímavosti má řadu jedinečných vlastností, které jí doporučují jako klinickou metodu tréninku autoregulace a jako psychologickou intervenci u chronické bolesti (Kabat-Zinn et al., 1985, s. 187):

1. Je mnohem levnější než zavádění propracovaných programů na modifikaci chování pacientů a trénink se snadno provádí ve skupinách až 30 osob. Pozorovaná vysoká compliance během tréninku i po něm naznačuje, že meditace může být i příjemná a prospěšná pro velké počty pacientů.
2. Její důraz na sebezpozorování a na vlastní odpovědnost může zlepšit realizaci hodnoty sebe sama a pomáhat lidem jasněji vnímat podmíněné vzorce chování (vedoucího k nemoci).
3. Vzhledem k tomu, že tato forma meditace je **systematickým rozvíjením základní lidské schopnosti záměrně pozorovat různé události, vjemy a kognici v poli vědomí**, má obecné uplatnění v široké škále percepčních, kognitivních a behaviorálních kontextů, jež zahrnují úlevu od bolesti, ale nejsou na ní omezeny.
4. Stejně jako jiné meditativní praktiky, meditace všímavosti může usnadnit hlubokou fyziologickou relaxaci.

Na rozdíl od relaxačních technik, má i schopnost posilovat to, co buddhisté nazývají "vhledem", tj. umožňuje přístup k hluboké struktuře nebo "jádru" bytí. Trénink této formy meditace tedy může skýtat potenciální přínos na mnoha úrovních, od relaxace a snížení úzkosti až po hlubokou osobní transformaci (Wilber, 1979 podle Kabat-Zinn et al., 1985).

Jednou z největších příležitostí, která leží před programy založenými na všímavosti, je podle Cullenové (2011) **potenciál k zásadní proměně našeho porozumění zdravotní péči a jejímu poskytování**. Autorka vyzdvihuje nákladovou nenáročnost při poskytování intervence, které se týkají odměny instruktora a režijní náklady na pronájem prostor, materiály a organizaci, přičemž třeba náklady na diagnostickou techniku mohou být nulové. Například osmitýdenní program MBSR v komunitním zdravotním středisku měl za následek významný pokles návštěv v ordinaci péče o chronicky nemocné poté, co byl program dokončen (Roth & Stanley, 2002 podle Cullen, 2011).

7.4. Výzvy

Jak popisuje Kabat-Zinn (2000), trénink všímavosti zabývá kultivací uvědomování, vhledu, moudrosti a soucitu, což jsou koncepty, které je obtížné hodnotit empiricky (Jon Kabat-Zinn, 2000 podle Baer, 2003).

Výzvou pro výzkum programů založených na všímavosti může být podle Baerové (2003) také heterogenita skupin. Program MBSR je obvykle určen skupinám lidí s celou řadou různých obtíží. Jak již termín snižování stresu v jeho názvu napovídá, je určen ke snižování utrpení a zlepšení zdraví a pohody a je široce aplikovatelný. To znamená, že vyhodnocení jeho účinnosti u specifickými obtíží, i když je nezbytné pro jeho empirické ověření, nemusí být zcela v souladu se v současnosti uplatňovanými metodami v mnoha situacích. U studií prováděných na smíšených populacích by důkladné diagnostické vyhodnocení účastníků pomohlo objasnit účinky na konkrétní obtíže. Vzhledem k potenciálním přínosům a rostoucí popularitě tréninku všímavosti se zdá kriticky důležité provádět metodologicky správné empirické vyhodnocení účinků intervencí založených na všímavosti u celé řady problémů, a to jak ve srovnání s ostatními dobře zavedenými intervencemi i jako součástí léčby (Baer, 2003).

Fjorbacková et al. (2011) si všímají absence aktivních kontrolních skupin a navazujících vyhodnocení po delší době u řady jimi prověřovaných studií zkoumajících účinky programů MBSR a MBCT. Podle autorů nelze vyloučit ani publikační zaujatost, protože většina zkoumaných studií vykazala pozitivní výsledky. Těmto nedostatkům by bylo žádoucí v budoucím výzkumu předejít.

Podle Williamse a Kuykena (2012) mohou být přetrvávajícími výzvami cesta od prokázané účinnosti až po realizaci ve vrcholných (státních) institucích (NHS), výcvik dostatečného množství terapeutů MBCT a rozšíření souboru vědeckých důkazů pro rozvoj nových trendů v MBCT.

Důležitou otázkou je také podpora a vhodné prostředí pro pokračující praxi všímavosti absolventů programů založených na všímavosti. Skupinová podpora hraje často důležitou roli v udržení pravidelné meditační praxe, odpovědnosti za ní a poskytuje možnost růstu. Ve světě a především u nás jsou možnosti skupinových setkání navazujících na tyto programy dostupné spíše v meditačních centrech, která jsou primárně buddhistická, nicméně pro každého není přijatelná jejich atmosféra, pokud má charakter náboženského centra s příslušným jazykem a ikonografií.

Existuje také rostoucí potřeba kvalifikovaných, talentovaných a zkušených lektorů a jejich výcviku. Každý lektor musí také dbát o vlastní pokračující praxi a další vzdělávání. Poskytovatelé těchto intervencí by měli projít kvalitním výcvikem, aby zaručili nejlepší výsledky (Simkin & Black, 2014). „Popularita intervencí založených na všímavosti zahrnuje riziko, že tyto techniky mohou být špatně pochopeny nebo nevhodně použity. Lidé, kteří vyvinuli jak MBSR, tak MBCT se touto otázkou zabývají a prohlašují, že je zapotřebí několik let praxe, než výuka vůbec může mít ekonomický dopad. **Pokud by tyto intervence poskytovali lektoři bez odpovídající zkušenosti nebo kvalifikace, mohlo by to vysvětlovat případné špatné výsledky. Různé úrovně zkušeností lektorů mohou vysvětlit některé z odchylek mezi studiiemi a dokonce i mezi učiteli v rámci téže studie**“ (Fjorback et al., 2011, s. 117). V jedné studii (Pradhan et al., 2007) bylo zjištěno, že jedinou prediktivní proměnnou byly zkušenosti s MBSR (lektor měl více než 20 let meditační praxe a 10 let pedagogické praxe). „Podle literatury o všímavosti **musí být všímavost integrální součástí lektora**, aby mohl poskytovat dostatečnou podporu (McCown, Reibel, & Micozzi, 2010 podle

Fjorback et al., 2011, s. 117). Autoři programů v této souvislosti hovoří o potřebě „ztělesnění“ (*embodiment*) všímavosti a přítomnosti lektorem.

8. Závěr

Cílem práce bylo představit programy založené na všímavosti, jejich účinky a využití v klinické praxi a v této souvislosti také alespoň částečně zmapovat současný stav výzkumu v této oblasti.

Teoretickou část jsem uvedl pojmem všímavosti, zmínil některé její definice a popsal principy jejího tréninku. Dále jsem se zabýval popsáním účinky tréninku všímavosti v klinických souvislostech a podrobněji popsal konkrétní programy založené na všímavosti s uvedením jejich specifických charakteristik, rozdílů i podobností mezi nimi.

V empirické části jsem s ohledem na teoretickou část práce navrhl výzkumný projekt, jehož hlavním cílem bylo přispět k empirickým poznatkům o klinickém využití programů založených na všímavosti s přihlédnutím k metodologickým doporučením a návrhům z novějších přehledových studií.

S ohledem na existující výzkumy a meta-analýzy jsem nastínil směry, kterými by se mohl vydat budoucí výzkum v této oblasti, současné trendy, příležitosti a výzvy při vývoji, aplikaci a výzkumu programů založených na všímavosti.

Mám za to, že se mi podařilo cíl naplnit. Protože je práce omezena svým rozsahem, nebylo mým záměrem téma vyčerpávajícím způsobem zpracovat, ale především shrnout problematiku a v relativní stručnosti toto velmi široké téma čtenáři představit. Samotného mne příjemně překvapilo, kolik nových a stále kvalitnějších studií a meta-analýz se poslední dobou v této oblasti objevuje, ačkoli jsem byl nucen věnovat se řadě témat pouze okrajově a v některých případech jsem pouze mohl zmínit jejich existenci. Všímavost a její trénink by si určitě zasloužila více pozornosti odborné i laické veřejnosti.

Seznam použité literatury

- American Mindfulness Research Association. (2016). *Mindfulness Journal Publications by Year, 1980 - 2015*. Retrieved March 30, 2016, from <https://goamra.org/resources/>
- Andreou, E., Alexopoulos, E. C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and validity study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3287–3298. doi:10.3390/ijerph8083287
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125–143. doi:10.1093/clipsy/bpg015
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. doi:10.1177/1073191105283504
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., ... Williams, J. M. G. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–42. doi:10.1177/1073191107313003
- Baer, R. A., Walsh, E., & Lykins, E. L. B. (2009). Assessment of mindfulness. In *Clinical Handbook of Mindfulness* (Vol. Chapter 9, pp. 153–168). doi:10.1007/978-0-387-09593-6_10
- Benda, J. (2007). VŠÍMAVOST V PSYCHOLOGICKÉM VÝZKUMU A V KLINICKÉ PRAXI. *Československá Psychologie*, 11(2), 129–140.
- Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2013). The Assessment of Mindfulness with Self-Report Measures: Existing Scales and Open Issues. *Mindfulness*, 4(3), 191–202. doi:10.1007/s12671-012-0110-9
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241. doi:10.1093/clipsy/bph077
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9(2), 112–123. doi:10.1007/s005200000206
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. doi:10.2307/2136404
- Cullen, M. (2011). Mindfulness-Based Interventions: An Emerging Phenomenon. *Mindfulness*. doi:10.1007/s12671-011-0058-1
- Davis, D. M., & Hayes, J. a. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(2), 198–208. doi:10.1037/a0022062
- Derogatis, L., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. *Corsini Encyclopedia of Psychology*, 18–19. doi:10.1002/9780470479216.corpsy0970
- Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbøl, E., Fink, P., & Walach, H. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 102–119. doi:10.1111/j.1600-0447.2011.01704.x
- Gatchel, R. J., Robinson, R. C., Pulliam, C., & Maddrey, A. M. (2003). Biofeedback with

- pain patients: Evidence for its effectiveness. *Seminars in Pain Medicine*, 1(2), 55–66. doi:10.1016/S1537-5897(03)00009-0
- Gilpin, R. (2008). The use of Theravāda Buddhist practices and perspectives in mindfulness-based cognitive therapy. *Contemporary Buddhism*, 9(2), 227–251. doi:10.1080/14639940802556560
- Goleman, D. J., & Schwartz, G. E. (1976). Meditation as an intervention in stress reactivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44(3), 456–466. doi:10.1037/0022-006X.44.3.456
- Greeson, J. M. (2009). Mindfulness research update: 2008. *Complementary Health Practice Review*, 14(1), 10–18. doi:10.1177/1533210108329862
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, T., Bachler, E., Rother, W., & Nickel, M. (2007). Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: A randomized, double-blind, controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 332–338. doi:10.1159/000107560
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., D'Souza, M., Mohr, D. C., Penner, I. K., & Steiner, C. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: A randomized trial. *Neurology*, 75(13), 1141–1149. doi:10.1212/WNL.0b013e3181f4d80d
- Hempel, S., Shekelle, P. G., Taylor, S. L., Marshall, N. J., Solloway, M. R., Miake-Lye, I. M., ... Shanman, R. (2014). Evidence Map of Mindfulness. Retrieved February 24, 2015, from http://www.hsr.d.research.va.gov/publications/esp/cam_mindfulness-REPORT.pdf
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. a, & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–83. doi:10.1037/a0018555
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine*, 40(8), 1239–52. doi:10.1017/S0033291709991747
- Imel, Z., Baldwin, S., Bonus, K., & Maccoon, D. (2008). Beyond the individual: group effects in mindfulness-based stress reduction. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(6), 735–742. doi:10.1080/10503300802326038
- Jovanović, V., & Gavrilov-Jerković, V. (2015). More than a (negative) feeling: Validity of the Perceived Stress Scale in Serbian clinical and non-clinical samples. *Psihologija*, 48(1), 5–18. doi:10.2298/PSI1501005J
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33–47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2000). Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. In *The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives* (pp. 225–249).
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness* (Revised.). New York: Bantam Books Trade Paperbacks.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8(2), 163–190. doi:10.1007/BF00845519
- Keng, S.-L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041–1056.

- doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763–771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- Koszycki, D., Bengler, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). *Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. Behaviour Research and Therapy (Vol. 45)*. doi:10.1016/j.brat.2007.04.011
- Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *Journal of Health Psychology, 4*(3), 357–363. doi:10.1177/135910539900400305
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Malinowski, P. (2008). Mindfulness as psychological dimension: Concepts and applications. *Irish Journal Of Psychology, 29*(1), 155–166. doi:10.1080/03033910.2008.10446281
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness and acceptance. In *Acceptance and changes: Content and context in psychotherapy* (pp. 175–197).
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. *Integrating Spirituality into Treatment: Resources for Practitioners.*, 67–84. doi:10.1037/10327-004
- Matousek, R. H., Dobkin, P. L., & Pruessner, J. (2010). Cortisol as a marker for improvement in mindfulness-based stress reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 16*, 13–19. doi:10.1016/j.ctcp.2009.06.004
- McCown, D., Reibel, D., & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators. Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. doi:10.1007/978-0-387-09484-7
- Mental Health Foundation. (2010). *Mindfulness Report 2010*. Retrieved April 15, 2016, from https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/Mindfulness_report_2010.pdf
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health, 16*(3), 200–210. doi:10.1071/PY09063
- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17*(3), 192–200. doi:10.1016/0163-8343(95)00025-M
- Naranjo, C., and Ornstein, R. E. (1971). *On the Psychology of Meditation*. New York: Penguin.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). Depression in adults Guidance CG90. *NICE clinical guideline 90*. Retrieved January 21, 2014, from <http://publications.nice.org.uk/depression-in-adults-cg90/guidance>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Depression: Evidence Update April 2012*. Retrieved April 8, 2016, from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/evidence-update-243829405>
- Niazi, A. K., & Niazi, S. K. (2011). Mindfulness-based stress reduction: A non-pharmacological approach for chronic illnesses. *North American Journal of Medical Sciences, 3*(1), 20–23. doi:10.4297/najms.2011.320
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1032–1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Piron, H. (2001). The Meditation Depth Index (MEDI) and the Meditation Depth Questionnaire (MEDEQ). *Journal for Meditation and Meditation Research, 1*, 69–92.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., Gilpin, A. K., Magyari, T.,

- ... Berman, B. M. (2007). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis and Rheumatism*, 57(7), 1134–1142. doi:10.1002/art.23010
- Reibel, D. K., Ph, D., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population, 23, 183–192.
- Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(2), 230–42. doi:10.1111/pme.12006
- Roth, B., & Stanley, T. W. (2002). Mindfulness-based stress reduction and healthcare utilization in the inner city: preliminary findings. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 8(1), 60–62,64–66.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373–386. doi:10.1002/jclp.20237
- Shigaki, C. L., Glass, B., & Schopp, L. H. (2006). Mindfulness-based stress reduction in medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. doi:10.1007/s10880-006-9033-8
- Simkin, D. R., & Black, N. B. (2014). Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. doi:10.1016/j.chc.2014.03.002
- Smith, J. E., Richardson, J., Hoffman, C., & Pilkington, K. (2005). Mindfulness-based stress reduction as supportive therapy in cancer care: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03592.x
- Takai, N., Yamaguchi, M., Aragaki, T., Eto, K., Uchihashi, K., & Nishikawa, Y. (2004). Effect of psychological stress on the salivary cortisol and amylase levels in healthy young adults. *Archives of Oral Biology*, 49(12), 963–968. doi:10.1016/j.archoralbio.2004.06.007
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25–39. doi:10.1016/0005-7967(94)E0011-7
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. H., & Berman, W. H. (1979). Application of biofeedback for the regulation of pain: A critical review. *Psychological Bulletin*, 86(6), 1322–1338. doi:10.1037//0033-2909.86.6.1322
- Turner, J. A., Chapman, C. R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: A critical review. I. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, (12), 1–21.
- Vranceanu, A. M., Gonzalez, A., Niles, H., Fricchione, G., Baim, M., Yeung, A., ... Park, E. R. (2014). Exploring the Effectiveness of a Modified Comprehensive Mind-Body Intervention for Medical and Psychologic Symptom Relief. *Psychosomatics*, 55(4), 386–391. doi:10.1016/j.psych.2014.01.005
- Wilber, K. (1979). *No Boundary*. Colo.: Shambhala, Boulder.
- Williams, J. M. G., & Kuyken, W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: A promising new approach to preventing depressive relapse. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 359–360. doi:10.1192/bjp.bp.111.104745
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571. doi:10.1016/j.addbeh.2012.04.001
- Zitman, F. G. (1983). Biofeedback and chronic pain. In *Advances in Pain Research and Therapy, Vol. 5* (pp. 795–808). New York: Raven.