

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Klára Slezáková

**Kognitivní terapie založená na všímavosti a její
využití v léčbě generalizované úzkostné poruchy**

**Mindfulness–Based Cognitive Therapy Used in the
Treatment of Generalized Anxiety Disorder**

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí bakalářské práce, paní PhDr. Markétě Niederlové, Ph.D., za podporující odborné vedení a cenné rady. Také děkuji za ochotu a pomoc Martinu Máčelovi, Ondřeji Novákovi, Aničce Černé a všem dalším, kdo mě při psaní práce podporovali.

Prohlášení

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

V Praze dne 11. 5. 2021

Klára Slezáková

Klára Slezáková

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá využitím Kognitivní terapie založené na všímavosti (MBCT), tedy programu původně sestavenému k prevenci relapsu deprese, v léčbě pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD). Literárně přehledová část podává charakteristiku všímavosti, programu MBCT a jeho zdrojů a předkládá aktuální výsledky studií zaměřených na využití programu u různých typů afektivních a úzkostných poruch, zvláště u GAD. Charakteristiky GAD popisuje samostatná kapitola, včetně běžných způsobů léčby. Součástí práce je návrh výzkumného projektu, který si klade dva cíle. Zaprvé porovnat míru všímavosti a úzkosti naměřených dotazníky u pacientů s GAD v čase před, přímo po a tři měsíce po absolvování programu. Zadruhé zjistit, jak bývalí účastníci MBCT využívali osvojené techniky ve svém každodenním životě po dokončení programu.

Klíčová slova

MBCT; GAD; generalizovaná úzkostná porucha; všímavost; mindfulness

Abstract

This bachelor's thesis deals with the use of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), a program originally designed to prevent relapse of depression, in the treatment of patients with generalized anxiety disorder (GAD). The literature review section provides a description of mindfulness, the MBCT program and its sources, and presents current results of studies focused on the use of program in the treatment of various types of affective and anxiety disorders, especially GAD. The characteristics of GAD are described in a separate chapter, including common treatment. Part of the work is the design of a research project, which has two aims. First, to compare the level of mindfulness and anxiety measured by questionnaires in patients with GAD at the time before, directly after, and three months after completing the program. Second, to find out how the former MBCT participants have used the techniques they had learned, in their everyday lives after completing the program.

Keywords

MBCT; GAD; Generalized Anxiety Disorder; Mindfulness

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část	7
1 Všímavost.....	7
1.1 Definice všímavosti.....	7
1.2 Mýty a nepřesnosti spojené se všímavostí	8
1.3 Všímavost v psychoterapii	9
1.3.1 Program snižování stresu založený na všímavosti	10
2 Kognitivní terapie založená na všímavosti.....	12
2.1 Obsah a struktura programu	12
2.1.1 Prvky převzaté z kognitivní a kognitivně behaviorální terapie	14
2.2 Modus bytí a modus konání	15
2.3 Možné výzvy a komplikace při realizaci programu	17
2.4 Další aplikace MBCT	17
2.4.1 MBCT pro pacienty s úzkostnou poruchou.....	19
3 Generalizovaná úzkostná porucha.....	21
3.1 Kognitivní model generalizované úzkostné poruchy	22
3.2 Epidemiologická data	23
3.3 Závažnost onemocnění a jeho vliv na kvalitu života pacientů.....	24
3.4 Léčba generalizované úzkostné poruchy.....	24
3.4.1 Kognitivně behaviorální terapie generalizované úzkostné poruchy.....	26
3.5 Využití programu MBCT pro pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou.....	27
Návrh výzkumného projektu	31
4 Popis výzkumného cíle, výzkumné otázky a hypotézy	32
5 Design výzkumného projektu.....	33
5.1 Typ výzkumu.....	33

5.2	Metody získávání dat.....	33
5.3	Výzkumný soubor	36
5.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	38
5.5	Etika výzkumu.....	38
6	Diskuse.....	40
	Závěr.....	43
	Seznam použité literatury	44
	Seznam zkratek.....	53

Úvod

Kognitivní terapie založená na všímavosti (MBCT) je terapeutický program původně zaměřený na pacienty s rekurentní depresivní poruchou pro prevenci relapsu onemocnění (Segal et al., 2013). Program je dále podrobován výzkumu, co se týče jeho vhodnosti a účinnosti na zmírňování příznaků různých afektivních a úzkostných poruch, např. generalizované úzkostné poruchy. Cílem této bakalářské práce je zmapovat a shromáždit aktuální vědecké poznatky v této oblasti a v návaznosti na to navrhnout výzkumný projekt.

Literárně přehledová část práce je rozdělena do tří kapitol – všímavost, kognitivní terapie založená na všímavosti a generalizovaná úzkostná porucha. V rámci první kapitoly je stručně vymezen pojem všímavosti, její definice, nepřesná pojetí a způsoby využití všímavosti v psychoterapii. Mimo jiné je zmíněn Program snižování stresu založený na všímavosti (MBSR) jakožto jeden ze zdrojů, z nichž čerpá program MBCT.

Druhá kapitola je věnována MBCT, obsahu a struktuře programu původně navrženého pro prevenci relapsu deprese. Krátce popisují prvky, které přebírá z kognitivní a kognitivně behaviorální terapie, modus bytí a konání, některé možné výzvy spojené s realizací programu a výzkumná zjištění týkající se využití programu u různých typů afektivních a úzkostných poruch.

Ve třetí kapitole se zaměřuji na generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD). Nejprve předkládám diagnostická kritéria podle MKN-10, dále dva typy starostí dle kognitivního modelu GAD a další charakteristiky onemocnění – prevalenci, typická komorbidní onemocnění, chronicitu a vliv onemocnění na kvalitu života pacientů. Dále způsoby léčby GAD se zaměřením na kognitivně behaviorální terapii, která je východiskem pro MBCT, jemuž je věnována poslední podkapitola.

Druhou částí práce je návrh výzkumného projektu, v němž si klademe dva cíle: 1) porovnat míru úzkosti a všímavosti u pacientů s GAD před, bezprostředně po a tři měsíce po absolvování programu MBCT; 2) zjistit, jak budou již bývalí účastníci programu zapojovat osvojené techniky do každodenního života po dokončení programu MBCT.

Při psaní práce jsem čerpala primárně z recentních odborných článků a monografií, především zahraničních, vzhledem k malému pokrytí tématu v české literatuře. V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2020).

Literárně přehledová část

1 Všímavost

Slovo *všímavost* (angl. mindfulness) může být používáno ve vícero významech. Může označovat teoretický konstrukt všímavosti, proces kultivování všímavosti např. skrze meditační praxi, nebo psychologický proces – bytí všímavý. V nezákladnějším pojetí všímavost představuje uvědomování si z okamžiku na okamžik (Germer, 2005).

Všímavost, tak jak je využívána v kontextu meditace všímavosti, má své kořeny ve východním buddhistickém učení (slovo je odvozeno od pálijského *sati*) a buddhistické psychologii (Chiesa & Malinowski, 2011). Systematické rozvíjení a práce se schopností všímat si je tradičně spojeno právě s formální praxí meditace všímavosti a vzhledu, ale s všímavostí je možné pracovat i neformálně v rámci vlastního každodenního života (Germer, 2005). Šlepecký et al. (2018) uvádějí také blízkost dnešního cvičení všímavosti se západní tradicí kontemplace vycházející z křesťanství.

Všímavost lze dobře ilustrovat na příkladu všímavého pozorování – to znamená být si vědom jednak toho, co jedinec pozoruje, ale zároveň že u něj právě probíhá proces pozorování, přičemž pozornost je soustředěna právě především na samotný proces (Alper, 2016).

Benda (2007) popisuje, že je rozdíl mezi všímavostí a aktivní pozorností. Všímavost je pasivní a receptivní, nehodnotící a nezaujatá. Zatímco pozornost aktivně zaměřujeme na určité aspekty, všímavost registruje a přijímá celou zaznamenanou skutečnost. Frýba (2003, s. 17) uvádí: „Všímavost (*sati*) je více než pouhá pozornost a vnímání. Je nepřetržitou ostražitostí mysli, neboli souvislou duchapřítomností. *Sati* spočívá v plynulém všímání, v neselektivním pojmání a zaznamenávání skutečných dějů a v nic nevyřazujícím zapamatování toho, co se skutečně událo. Všímavost se vždy vztahuje na celé pole našeho zážitku skutečnosti zde a nyní.“

1.1 Definice všímavosti

Pro účely vědeckého zkoumání všímavosti bylo nutno vytvořit operacionalizovanou definici všímavosti, o níž se pokoušeli mnozí vědci. Doposud však ve vědeckých kruzích neexistuje jednoznačná shoda.

Jednou z nejznámějších definic užívaných v západním prostředí, je Kabat-Zinnova (1994, s. 4), který všímavost popisuje jako „věnování pozornosti specifickým způsobem

– záměrně, v přítomném okamžiku a bez posuzování“. Bishop et al. (2004) se pokoušeli tuto definici operacionalizovat a navrhli pojetí všímavosti jako specifického zaměření pozornosti charakteristického dvěma vlastnostmi: zaměřením na přítomný moment a přístupem vyznačujícím se zvědavostí, otevřeností a přijetím. Všímavost je v jejich pojetí tedy chápána jednak jako schopnost a jednak jako osobnostní rys, které jsou vzájemně propojeny.

Baer (2003, s. 125) používá definici: „nehodnotící sledování neustále probíhajícího proudu vnitřních a vnějších podnětů tak, jak vyvstávají.“ Z explorační faktorové analýzy dat 613 vysokoškolských studentů, kteří vyplnili pět různých sebesposuzovacích škál zaměřených na všímavost, kterou Baer et al. (2006) realizovali, vyplynulo pět sekundárních faktorů, které spadají pod jeden hlavní, globální faktor *všímavost*. Jedná se o *vědomé jednání* (acting with awareness), *nehodnocení vnitřní zkušenosti* (nonjudging), *nereagování na vnitřní prožitky* (nonreactivity), *pozorování* (observing) a *popisování* (describing), které jsou měřeny v rámci dotazníku Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). Tento dotazník do češtiny přeložil jako Dotazník pěti aspektů všímavosti v diplomové práci Žitník (2011), psychometrické vlastnosti zkrácené verze ověřili Kořínek et al. (2019).

Alper (2016) popisuje, že všímavost je ve své podstatě především praktická a mnohvrstevnatá a pokusy o její konceptualizaci jsou částečně zjednodušující. K jejímu smysluplnému pochopení lze dle něj dojít skrze přímou zkušenost s ní, a ne skrze přemýšlení či mluvení o ní. Sám navrhuje terapeuticky orientovanou definici všímavosti zohledňující čtyři dimenze jeho modelu, které metaforicky přirovnává k jednotlivým stěnám pyramidy spojujícím se ve vrchním bodě, všímavosti. Všímavost definuje jako:

- typ formálního tréninku meditace;
- soubor schopností, dovedností, postojů a perspektiv;
- metodu prozkoumávání subjektivního prožívání a módu vědění;
- způsob bytí a vztahování se ke zkušenostem.

1.2 Mýty a nepřesnosti spojené se všímavostí

S narůstající popularitou na všímavosti založených intervencí se rozšířila i některá nepřesná pojetí a mýty o ní. Všímavost nelze považovat za relaxační techniku, stav relaxace či trans. Ačkoliv může trénink všímavosti přinášet pocity relaxace, nejedná se o samotný cíl cvičení, ale spíše vedlejší produkt. Na rozdíl od transu či konvenční relaxace, je meditace

všímavosti spojena se stavem zvýšené bdělosti – relaxovaného soustředění a zároveň zvýšené vnímavosti (Alper, 2016).

Cvičit všímavost také neznamená snažit se vyprázdnit mysl od myšlenek, vůbec nepřemýšlet nebo přemýšlet specifickým způsobem. Jde spíše o posunutý vztah k samotnému myšlení, kdy se jedinec s obsahem nebo významem myšlenek neidentifikuje a myšlenek si všímá podobně, jako jiných smyslových vjemů (Alper, 2016).

Na všímavost také nelze pohlížet jako na cíl, ke kterému se blížíme, nebo jehož chceme dosáhnout – její cvičení probíhá v přítomnosti (ne v plánech do budoucna), za přirozeného stavu, kdy sami sebe necháme jednoduše být, tehdy všímavost přichází zcela samovolně (Alper, 2016).

1.3 Všímavost v psychoterapii

Všímavost může být do psychoterapie zapojena různými způsoby. Kromě samotného formálního nácviku meditace všímavosti, ke kterému je klient veden terapeutem, může sám terapeut cvičit meditaci všímavosti jako součást sebepěče a psychohygieny (Shapiro et al., 2007), všímavost může terapeutům pomáhat zvyšovat vlastní duševní pohodu, spokojenost v práci a snižovat riziko syndromu vyhoření (O'Donovan & May, 2007).

Dalším způsobem je, že terapeut sám praktikuje meditaci a v terapii uplatňuje vlastní získané vhledy či poznatky nabyté ze studia výzkumů všímavosti. O tomto přístupu lze hovořit jako o tzv. všímavostí poučené terapii (mindfulness-informed therapy). Jeho zastánci jsou např. již zmiňovaný Steven A. Alper, Jan Benda, Mirko Frýba či Gregor Žvelc a Maša Žvelc.

Do této kategorie můžeme zařadit z buddhismu vycházející satiterapii. Přístup založil v 70. a 80. letech minulého století původem český psycholog Mirko Frýba, který část života působil na Srí Lance. *Sati* znamená v jazyce, v němž je na Srí Lance předávána nauka Buddha, právě všímavost. Satiterapie je tedy „lčba všímavostí“. V rámci přístupu je spojována meditace s tělesnými prožitky – klient je veden ke všímavému, uvědomělému prožívání, které je zakotveno právě v tělesné zkušenosti (Kratochvíl, 2017).

V současnosti jedny z hlavních a nejrozšířenějších psychoterapeutických přístupů využívajících všímavost v terapii vycházejí z tzv. třetí vlny kognitivně behaviorální terapie (dále KBT). Do této kategorie spadá i program *kognitivní terapie založená na všímavosti* (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT), kde je všímavost zapojena třetím způsobem,

a sice přímo skrze formální nácvik meditace všímavosti. Prvky práce s všímavostí (nikoliv však formální praxe meditace všímavosti) jsou využívány i v rámci *dialekticko-behaviorální terapie* (Dialectical Behavior Therapy) a *terapie pomocí přijetí a závazku/odhodlání* (Acceptance and Commitment Therapy), které rovněž spadají pod nové směry KBT (Šlepecký et al., 2018).

1.3.1 Program snižování stresu založený na všímavosti

MBCT čerpá z programu snižování stresu založeného na všímavosti, který je i v českém prostředí známý spíše pod původním anglickým názvem Mindfulness-Based Stress Reduction, nebo zkráceně MBSR. Autorem programu je Jon Kabat-Zinn. Tento program, původně nazývaný jako *Stress Reduction and Relaxation Program*, vznikl v roce 1979 na University of Massachusetts jakožto doplňková metoda v léčbě pacientů trpících chronickou bolestí a poruchami způsobenými stresem (Kabat-Zinn, 2016).

Kabat-Zinn (2011) zdůrazňuje důležitost toho, aby MBSR a jiné intervence podobného typu, založené na všímavosti, čerpaly ze svých základů v učení dharma, ale nebyly omezovány historickými, kulturními a náboženskými projevy, které se pojí s východní tradicí, odkud meditace všímavosti pochází. Trénink všímavosti je v jeho pojetí sekulární povahy – účastník není vyzýván ke změně náboženského přesvědčení či změně způsobu života přesahující zapojení meditační praxe do jeho každodenní rutiny. Názvy, texty a způsob učení, které čerpá z tradičního buddhistického prostředí a využívá v programu, převádí do svého rodného jazyka a vyzývá instruktory k tomuž. Cílem je zachytit esenci a princip tohoto učení, které je však převeditelné do západní kultury, strukturované a založené na vědeckých důkazech, aby program mohl být legitimně užíván v rámci běžné zdravotnické péče.

Léčebný program probíhá v osmi na sebe navazujících týdnech, kdy se účastníci setkávají jedenkrát týdně a proběhne také jeden celodenní meditační kurz. V mezičase se předpokládá individuální nácvik každého účastníka v rozsahu 45–60 minut každý den, kdy neprobíhá společné setkání. Zpočátku participantů využívají nahrávky s instrukcemi, postupně cvičí i bez vedení (Chiesa & Malinowski, 2011). Délka programu byla určena s ohledem na to, aby si účastníci netvořili závislost na skupině, ale zároveň byl dostatečně dlouhý pro nácvik dovedností (Kabat-Zinn, 1982).

Během setkání účastníci nacvičují formální meditaci všímavosti a hatha jógu. Jedním z využívaných cvičení, je tzv. body scan, při kterém jedinec v pozici vleže a se zavřenými očima následuje pokyny instruktora. V mysli postupně prochází jednotlivé části těla od konečků

prstů na nohou směrem k hlavě a všímavým způsobem si uvědomuje smyslové vjemy, které v daných oblastech v daném okamžiku cítí, aniž by je hodnotil a analyzoval. V průběhu instruktor také vyzývá k uvědomování si vlastního dechu. Při meditaci vsedě se účastník všímavě zaměřuje buď na vjem vlastního dechu, nebo na zvedání a klesání břišní oblasti, které provází dýchání. Při obou variantách registruje i další vjemy a proud myšlenek a vyrušení, které plynule přicházejí a odcházejí (Chiesa & Malinowski, 2011).

Účastníci jsou vedeni k tomu, aby všímavý postoj uplatňovali také při svých každodenních aktivitách, jako např. při jezení, chůzi, domácích pracích apod. V začátcích kurzu společně provádí charakteristické cvičení – všímavé jezení rozinky ve velmi pomalém tempu a za použití všech smyslů. Na tomto cvičení si účastníci jednak ověřují, že trénovat všímavost neobnáší prvky „mystična“, a zároveň je tím názorně ilustrován rozdíl mezi „autopilotem“, mechanickým jednáním (v tomto případě jezením), a všímavým věnováním pozornosti v běžném životě člověka (Kabat-Zinn, 2016).

Významnou částí společného programu jsou diskuse nad vlastní praxí účastníků při setkáních i mimo ně. Jejich tématem mohou být např. potíže, nebo naopak vnímaný postup, který účastníci zažívají při vlastním nácviku, či celkové dojmy z cvičení. Součástí skupinových setkání je také práce s didaktickými materiály – např. na téma vztahu stresu a onemocnění, stresové a relaxační reakce (Kabat-Zinn, 1982).

Počítá se s velkou měrou závazku účastníků, kteří by měli být připraveni věnovat svůj čas nácvikům během setkání, pravidelně mezi nimi a také nadále po skončení programu. Klíčovým principem je neorientovanost na cíl – přístup bez usilování, skrze přítomnost v daném okamžiku, je jediným správným přístupem k meditaci, a tedy také tím, ze kterého si může účastník odnášet nejvíce benefitů (Kabat-Zinn, 1982).

Ačkoliv byl program původně určen jako doplněk léčby pro pacienty trpící chronickou bolestí a poruchami způsobenými stresem, postupně se jeho uplatnění rozšířilo i pro redukování úzkosti, distresu a depresivních příznaků např. u onkologických pacientů (Ledesma & Kumano, 2008), pacientů s chronickými somatickými onemocněními (Bohlmeijer et al., 2010). Studie naznačují pozitivní vliv na zdraví, osobnostní rozvoj, redukování stresu, depresivity, úzkosti a celkové zlepšení kvality života u zdravých jedinců (Khoury et al., 2015; de Vibe et al., 2017). Dále je program např. také využíván ke zlepšování duševního zdraví zaměstnanců (Janssen et al., 2018).

2 Kognitivní terapie založená na všímavosti

Kognitivní terapii založenou na všímavosti (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, dále jen MBCT), jejímiž zakladateli a průkopníky jsou Zindel Segal, Mark Williams a John Teasdale, řadíme mezi směry tzv. třetí vlny KBT. V 90. letech 20. století navázali na Kabat-Zinnův program MBSR a upravili jej tak, aby byl vhodný pro pacienty s rekurentní depresivní poruchou jako prevence relapsu onemocnění (Šlepecký et al., 2018).

Pro depresivní poruchu je charakteristické, že se zvyšujícím se počtem prodělaných epizod, se zvyšuje také riziko relapsu onemocnění. Obvykle se k dlouhodobé prevenci využívá léčba antidepresivy, ta ovšem s sebou nese řadu nevýhod – např. finanční nákladnost, nebo to, že pro některé pacienty je nepříjemné pamatovat na užívání léků či vypořádávat se s jejich nežádoucími účinky (v takovém případě navíc hrozí, že medikaci sami, bez konzultace s příslušným lékařem, vysadí). Individuální udržovací kognitivně behaviorální terapie formou jedenkrát za čtvrt roku je těžko dostupná, neboť psychoterapeuti často bývají kapacitně vytíženi, navíc je vhodná jen pro pacienty, kteří KBT již absolvovali (Praško et al., 2007).

Výhodou MBCT, oproti jmenovaným variantám prevence relapsu, je, že není podmínkou předchozí zkušenost s psychotherapeutickými metodami a program byl sestavován s ohledem na to, aby byl pro klienty dostupný a levný (Segal et al., 2013).

Sipe & Eisendrath (2012) zdůrazňují, že přístup přijetí emočních nebo mentálních zkušeností, které nejsou příjemné a kterým se byl dříve jedinec zvyklý vyhýbat, nebo je měnit, může být nepříjemný a někdy také v rozporu s tím, co si klient osvojil v předchozí terapii. I proto je klíčové, aby terapeut sám měl hluboké zkušenosti s praxí všímavosti, z nichž může čerpat vhledy a informace, které přináší do diskuse s klienty. Terapeut sám by měl ztělesňovat všímavý přístup, který pomáhá klientům si osvojit.

2.1 Obsah a struktura programu

Obsah a strukturu programu čerpám primárně z knihy Segala et al. (2013), kteří program vytvořili a v tomto díle blíže popsali.

Ještě před zahájením programu každý účastník prochází vstupním hodnotícím pohovorem (o délce cca 60 min.), kde instruktor hovoří s potenciálním participantem o náplni programu a subjektivně vnímaných faktorech souvisejících s propuknutím a trváním jeho nemoci. Zároveň vyhodnocuje, zda je program pro uchazeče v aktuální době vhodný (Segal et al., 2013).

Program probíhá, stejně jako MBSR, v osmi na sebe navazujících týdnech a skupinově, ovšem v menším počtu (zhruba 12 osob). Celodenní trénink meditace všímavosti, který je součástí MBSR, do programu MBCT nebyl zařazen. Stejně jako MBSR, je MBCT sekulární klinickou intervencí a žádná spirituální či hodnotová změna není od pacientů terapeuty vyžadována (Segal et al., 2013).

Během prvních čtyř setkání se účastníci věnují pochopení a osvojování základů všímavosti. Mají si všímat, nakolik věnují pozornost svému každodennímu životu a poté, pokud se přistihnou při tom, že jejich myšlenky utíkají od jednoho tématu k druhému, se učí, jak se navrátit zpět a zaměřit se jen na jedno (např. skrze vlastní tělo nebo dech). Později si mají uvědomit, že když se mysl automaticky, neřízeně „toulá“, může to vést k eskalaci negativních pocitů a myšlenek, aniž by si jedinec uvědomil, že se takový proces děje (Segal et al., 2013).

V následujících čtyřech sezeních je hlavním tématem zvládání změn nálady. Jakmile si participant všimne, že se u něj objevila negativní myšlenka nebo pocit, nejprve si dovolí ji přijmout a prozkoumat ji, a až poté na ni odpovídá v postupných krocích specifickou strategií, kterou si osvojil (Segal et al., 2013).

Kromě meditace vsedě, všímavého procházení těla (body scan) a hatha jógy, které jsou již součástí MBSR, je do programu MBCT zařazeno ještě jedno velice důležité cvičení, které by účastníci měli postupně zapojit do své každodenní praxe a trénovat jej několikrát denně. Tímto klíčovým cvičením je třiminutový nácvik zakotvení se v přítomnosti – původním názvem „the three-minute breathing space“, volně přeloženo jako třiminutový prostor pro dech (Segal et al., 2013).

Cvičení je představeno na třetím setkání. Zpočátku participanti toto cvičení praktikují jakožto nácvik každý den třikrát denně ve zvoleném čase – tedy v situacích, kdy se cítí příjemně. Po čtvrtém setkání se učí jej aplikovat, když mají obtíže tak, aby je v daný moment zvládli a osvobodili se od nepříjemných pocitů a myšlenek. Prostor k dýchání má sloužit jako první krok, po němž se teprve můžou rozhodnout, jak budou na situaci reagovat (Segal et al., 2013).

Na dalších setkáních se učí různým strategiím, jak s těmito pocity a myšlenkami lze nakládat. Na pátém setkání se učí vyrovnávat s obtížemi skrze uvědomění a přenesení pozornosti do části těla, kterou aktuálně prožívané obtíže zasahují a použití dechu k zmírnění těchto pocitů. To je opakem běžné tendence zatuhnout. Na šestém setkání se věnují tomu, jak

je vznik negativních myšlenek propojen s náladou, jak jsou automaticky pokládány za pravdivý obraz reality a jak obtížně se jich člověk zbavuje. Zároveň se učí vidět a pracovat s nimi jako s pouhými „mentálními událostmi“. Sedmé sezení je věnováno vyrovnávání se s obtížemi skrze jednání – využívají strategie, které se v minulosti ukázaly jako efektivní pro daného jedince, přinesly mu pocity radosti nebo nadvlády nad vlastní situací (Segal et al., 2013).

Účelem je, aby se participant naučili toto cvičení co nejvíce přizpůsobit svým potřebám a byli schopni jej využívat ve svém každodenním životě. Za každé situace není možné se zavřenýma očima podstupovat třímínutový proces, ale je možné se zastavit a projít si třemi základními kroky:

1. uvědomění si vlastního aktuálního prožívání,
2. všímání vlastního nádechu a výdechu a vlastní uzemnění,
3. rozšíření zaměření pozornosti, uvědomění si širší perspektivy přítomného okamžiku (Segal et al., 2013).

V souvislosti s tím hovoří o tzv. decentrovaném postoji. Ten spočívá právě ve vztahování se k vlastním pocitům, myšlenkám, tělesným vjemům a impulzům jako k událostem, které prochází myslí a tělem, aniž bychom se s nimi museli identifikovat (Segal et al., 2013). To neznamena vyhýbat se jim, naopak cílem je naplno je prožít, ale se zvědavým odstupem a nadhledem (Sipe & Eisendrath, 2012).

Při posledním, osmém setkání se účastníci věnují vlastním individuálním varovným signálům, které značí, že by u nich mohlo znovu propuknout onemocnění, a tvoří si krizový plán (Segal et al., 2013).

2.1.1 Prvky převzaté z kognitivní a kognitivně behaviorální terapie

MBCT využívá kromě prvků meditace všímavosti také prvky kognitivní a kognitivně behaviorální terapie. Základním předpokladem psychoterapeutického směru KBT je, že způsob, jakým pohlížíme na události, má významný vliv na to, jaké z nich máme pocity, a dále na to, jak se chováme. Oba prameny MBCT, buddhismus i KBT, kladou důraz na vlastní zodpovědnost člověka – na sebekontrolu, seberozvoj a vlastní zvládnání (Gilpin, 2009).

Stejně jako při KBT, je součástí programu psychoedukace o onemocnění (např. depresivní či úzkostné poruše) a jeho příznacích. Účastníci jsou informováni, že pokusy vyhýbat se nebo odolávat nechtěným myšlenkám či pocitům obvykle vedou ke zintenzivnění

distresu a onemocnění mohou spíše udržovat, místo toho, aby jej pomáhaly léčit a postupně došlo k vymizení příznaků (Sipe & Eisendrath, 2012).

Jak již bylo zmíněno, velká část posledního setkání je věnována vypracování individuálního krizového plánu, jehož cílem je identifikovat včas varovné myšlenky či pocity, které by mohly signalizovat zhoršení příznaků. Do plánu jsou zahrnuty také konkrétní kroky, které účastníci podniknou v případě, že taková situace nastane (Sipe & Eisendrath, 2012).

Dále se může jednat o podporování klientů v tom, aby sami zapojovali (s aplikováním všímavého přístupu) do svých dnů specificky aktivity, které jim pomáhají udržovat duševní pohodu – např. procházka, koupel, poslech příjemné hudby (Sipe & Eisendrath, 2012).

Ačkoliv MBCT čerpá některé postupy z KBT, mezi základním principem těchto přístupů je rozdíl. MBCT se zaměřuje místo změny obsahu myšlenek, jako je tomu v tradičním KBT, na změnu toho, jak se k nim jedinec vztahuje, jak si je uvědomuje – ve smyslu zakoušení myšlenek, pocitů nebo názorů spíše jako psychických událostí než jako aspektů sebe samého („Já nejsem mé myšlenky.“) nebo odrazu pravdy (Teasdale et al., 2002). Jedná se tedy o zcela odlišný přístup oproti kognitivním restrukturalizacím, které stojí na předpokladu, že pro změnu emočního naladění je potřeba změnit kognitivní obsahy (Šlepecký et al., 2018).

2.2 Modus bytí a modus konání

V rámci mentální aktivity můžeme rozlišovat tzv. módy – tedy vzorce tvořené neustálým proudem informací a zaměřené na aktuální potřeby organismu. Každý modus plní určitou funkci. Tyto módy se neustále buď automaticky, nebo řízeně a úmyslně, proměňují, protože reagují na podněty přicházející zevnitř i zvnějšku organismu. Skrze trénink všímavosti a vědomou práci s touto komponentou se jedinec učí lépe poznat a uvědomit si, v jakém módu se právě nachází, zda je to v dané situaci účelné a případně úmyslně přejít do módu jiného (Praško et al., 2007).

Nejčastěji se pracuje se dvěma módy – módem bytí (mode of being) a módem konání (mode of doing). Domnělým mechanismem účinku MBCT je zlepšená metakognitivní všímavost participantů skrze osvojení tzv. módu bytí (Sipe & Eisendrath, 2012).

Modus konání je orientovaný na řešení problémů a cíl. Do tohoto módu se mysl dostává poté, co zjistí rozpor mezi stavem, jak věci jsou a jak by domněle být měly. Rozpor vyvolává negativní emoční reakci a zároveň mentální či tělesnou aktivitu, která jej má snížit či odstranit.

V případě, že není jasné, jak to udělat, nebo to není možné, však přetrvávají nepříjemné pocity a pozornost se neustále dokola zaměřuje na zjištěný rozpor a zkoumání možností, jak jej redukovat. Tento proces si lidé často zaměňují za skutečnou činnost, produktivní řešení jejich situace, ale v některých situacích naopak může vést k uvěznění v bludném kruhu a zhoršení situace (Segal et al., 2013).

Mezi módy konání patří i depresivní modus. Člověk si všimne, že se necítí dobře a snaží se to změnit, takže přemýšlí nad příčinami těchto pocitů, nad tím, co udělal špatně a co by mohl udělat pro to, aby se cítil zase lépe. Automaticky se spouští modus konání a jedinec ruminuje, což je právě neproduktivní reakce, která vede k upevnění a prohloubení deprese a zvyšuje riziko relapsu (Praško et al., 2007).

Modus bytí oproti tomu nemá za cíl dosahovat jakéhokoliv záměru, vyhodnocovat postup, hodnotit aktuální stav a porovnávat jej s požadovaným. Myšlenky a emoce nespouští automatické reakce. Mysl je soustředěná na plné přijetí aktuálního, přítomného stavu a smíření s ním. Nezaměřuje se na minulost, nebo budoucnost, ale zůstává v přítomném okamžiku. Emoční prožitky nerozlišuje na žádoucí pozitivní a nežádoucí negativní, kterých se snaží zbavit – naopak jde o plné prožití všech (pozitivních, neutrálních i negativních) zážitků. Člověk se učí vydržet být i se svými nepříjemnými myšlenkami, emocemi a pocity, neutíkat od nich a oprostít se od potřeby na ně reagovat (Segal et al., 2013).

Ukazuje se, že dva odlišné módy sebereferencie lze pozorovat i pomocí funkčních zobrazovacích metod. Narativní sebereferencie (narrative self-reference) zahrnující paměťové záznamy své identity a vlastností je asociována s aktivitou mediální prefrontální kůry, podobně jako tzv. default mode síť (Fox & Greicius, 2010). Zkušenostní sebereferencie (experiential self-reference) zahrnující momentální zkušenost jedince je spojena s pravou lateralizovanou sítí, která se zapojuje do somatických a viscerálních pocitů. U probandů bez předchozí zkušenosti s meditací se poté, co praktikovali meditaci všímavosti, objevil posun mezi narativním a zkušenostním módem, jako je popsáno výše (Farb et al., 2007). Sipe & Eisendrath (2012) uvádí, že analogicky můžeme k narativnímu módu sebereferencie přirovnat modus dělání – porovnávání současného stavu s ideálním se v principu podobá problému diskrepance self.

V programu se nacvičuje cílený volní přechod z módu konání do módu bytí skrze všímavost k přítomnému okamžiku, který právě probíhá a který si člověk má uvědomit a přijmout ho, aniž by jej hodnotil (Segal et al., 2013).

Cílem je rozvíjet u pacienta se zkušeností s depresí nezaujatý postoj vůči negativním myšlenkám, emocím a vjemům, díky čemuž se přerušuje spojení mezi pacientovou náladou a pesimistickými myšlenkami, které by znovu mohly vyvolat depresi (Segal et al., 2013).

2.3 Možné výzvy a komplikace při realizaci programu

Implementování intervencí založených na všímavosti do skupiny pacientů s psychickými obtížemi s sebou nese také četné výzvy a překážky, obojí pro účastníky i vedoucí programu. Takovou komplikací mohou být komorbidní psychiatrická nebo nep psychiatrická onemocnění, komplexní skupinová dynamika, časová náročnost samotných setkání i zapojení každodenních tréninků do běžného života participantů, či očekávání účastníků (Edwards et al., 2014).

Jedním z očekávání může být např. zaměňování meditace všímavosti s relaxačními cvičeními nebo zen meditací. Terapeuti by měli v průběhu programu opakovat účastníkům, že cílem tréninků všímavosti není vyprázdnit hlavu od myšlenek, nebo navození relaxovaného stavu. Naopak se mohou setkat i s nepříjemnými stimuly a je to v pořádku. Podstatou cvičení schopnosti všímavosti je procvičování navrácení se zpět do přítomného okamžiku, kdykoliv se v myšlenkách vzdálí (Edwards et al., 2014).

Dále je vhodné participanty podporovat ve sdílení vlastních zkušeností a již na začátku vysvětlit, že každý z nich bude mít vlastní postřehy, které mohou být užitečné pro další členy skupiny. To může být zvláště důležité pro zdrženlivé jedince, kteří by se ostýchali zapojit, a zároveň se tím předchází situaci, kdy by skupinové diskuse ovládlo pár výrazných jedinců, kteří by upozadili ostatní (Edwards et al., 2014).

2.4 Další aplikace MBCT

Alsubaie et al. (2017) provedli systematickou review výzkumných článků zaměřených na efekt intervencí založených na všímavosti (jako např. MBSR, MBCT) v léčbě pacientů s různými psychickými nebo tělesnými potížemi. Zjistili dostatečné množství vědecké evidence pro to, že globální změny všímavosti u probandů byly spojovány s lepšími výsledky – především co se týče psychických potíží, spíše než tělesných.

Mimo pacienty v remisi depresivní poruchy byly pokusy využít MBCT v léčbě pacientů v probíhající epizodě depresivní poruchy. Finucane & Mercer (2006) v pilotní studii zaznamenali u pacientů signifikantní zlepšení skóru Beckovy škály deprese (z průměrného

skóru 35,7 na 17,8) a Beckova inventáře úzkosti (z průměrného skóru 32 na 20,5). Další studie porovnávající MBCT a KBT rovněž ukázala na pokles v intenzitě deprese, který přetrvával i 12 měsíců po ukončení léčby (Manicavasgar et al., 2011).

Pro pacienty s rezistentní depresivní poruchou, kteří se potýkají s dlouhodobými neúspěchy v oblasti léčby, depresivními symptomy a nezdary v sociální i pracovní sféře, které si pro sebe mohou interpretovat jako důkaz vlastní neschopnosti, může přinášet nácvik přijímajícího postoje benefity. Eisendrath et al. (2016) v kontrolované studii zjistili významný pokles v závažnosti nemoci, ale nikoliv v míře remise, a dochází k závěru, že MBCT by mohla být vhodná jako doplněk ke klasické terapii. Cladder-Micus et al. (2018) porovnávali MBCT s běžnou léčbou a zjistili snížení depresivních symptomů oproti samotné běžné léčbě u pacientů, kteří absolvovali celý program, zjistili také benefity v oblasti míry remise, kvality života, všímavosti a soucitu se sebou.

Pacienti se suicidálními myšlenkami často MBCT předčasně ukončují, protože pro ně je zvláště náročné zapojovat se do programu, Crane & Williams (2010) došli k závěru, že pokud by se jim podařilo program absolvovat v celé délce, pak by pravděpodobně měli zvláště významný zisk z jeho absolvování a osvojení všímavosti.

Existují také studie zaměřené na MBCT pro jedince s bipolární poruchou. Lovas & Schuman-Olivier (2018) v systematické review došli k závěru, že se zdá, že by program mohl být vhodný pro tento typ pacientů, avšak pro zjištění klinické efektivity jsou nutné další studie vyšší kvality a jejich metaanalýza.

Dále mimo jiné studie naznačují, že absolvování MBCT by mohlo pomoci snižovat depresi, úzkost a únavu doprovázející některá somatická onemocnění – např. diabetes (van Son et al., 2014), ischemickou srdeční chorobu (O'Doherty et al., 2015), onkologické onemocnění u přeživších (Foley et al., 2010, van der Lee & Garssen, 2012).

Existuje také adaptovaný program Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Life (MBCT-L) zaměřující se na neklinickou populaci. Program byl upraven a klade důraz více na duševní pohodu a vděčnost. Při výzkumu na vzorku zdravotnických pracovníků byla zaznamenána redukce stresu, úzkosti a depresivity, a naopak zvýšení duševní pohody, všímavosti a soucitu se sebou (Strauss et al., 2021).

2.4.1 MBCT pro pacienty s úzkostnou poruchou

Kromě afektivních poruch, na které byl program původně zacílen a u kterých se ukazoval jako vhodný a funkční, se autoři postupně zaměřovali i na výzkum vhodnosti využití MBCT pro pacienty s úzkostnými poruchami.

Kim et al. (2009) zjistili u 46 pacientů s panickou poruchou a generalizovanou úzkostnou poruchou významné snížení úzkosti (včetně subškál zaměřených na obsedantně kompulzivní a fobické symptomy) a depresivity dle všech použitých inventářů oproti kontrolní skupině, která podstoupila osmítýdenní vzdělávání zaměřené na úzkostné poruchy.

Efektivitu MBCT jako doplňku k farmakologické léčbě pro pacienty s panickou poruchou naznačují i další studie (Kim et al., 2010). Po absolvování programu došlo u těchto účastníků ke snížení nesnášenlivosti k nejistotě (Kim et al., 2016) a senzitivity k úzkosti (Kim et al., 2013).

Na možný vliv programu na redukci úzkostných symptomů ukazují i studie zaměřené na populaci pacientů se sociální fobií a sociální úzkostí (Ebrahiminejad et al., 2016; Piet et al., 2010). MBCT se v tomto případě jeví jako dostupná a vhodná metoda, která však nedosahuje účinnosti srovnatelné s KBT.

Pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou, kteří absolvovali KBT mnohdy mívají i po ukončení terapie reziduální symptomy, které jim významně zasahují do běžného fungování. MBCT by mohla být vhodnou doplňkovou léčbou pro tyto pacienty a poskytnout jim další úlevu i po absolvování běžné terapie (Key et al., 2017; Külz et al., 2019). To se potvrdilo také v kvalitativní studii, kde dvě třetiny probandů udávaly také samotné zmírnění symptomů nemoci. Za hlavní výhody plynoucí z absolvování programu považovali, že se naučili dát průchod nepříjemným emocím a žít více vědomě v přítomnosti (Hertenstein et al., 2012).

Dle výsledků pilotní studie zaměřené na insomnii u pacientů s úzkostnou poruchou se zdá, že MBCT by mohlo být efektivní v omezení tohoto typu potíží díky redukování obav, které byly asociovány s narušením spánku silněji než ruminace nebo depresivní a globální úzkostné symptomy (Yook et al., 2008).

Existují však také studie zpochybňující vhodnost přístupů založených na meditaci pro pacienty s úzkostnými poruchami. Například review (Krisanaprakornkit et al., 2006), která se zaměřila na randomizované klinické studie zkoumající efektivitu meditace u úzkostných

poruch. Přísná kritéria pro zařazení splnily pouze 2 z 50 studií (jedna zahrnující kundalini jógu a druhá transcendentální meditaci) a u obou zjistili vysokou míru předčasného ukončení programu participanty. Na základě tak malého počtu studií nelze zobecňovat, autoři však nadnesli, že adherence pacientů s úzkostnou poruchou k těmto typům meditačních programů je vhodná ke zvážení. Na druhou stranu, v rámci MBCT se účastníci nevěnují pokročilé meditaci, ale především začátečnickým meditačním technikám zaměřeným na trénink všímavosti.

Hromadí se důkazy, že program MBCT by mohl být vhodnou formou intervence pro pacienty s různými typy úzkostných poruch. Pro větší jistotu ve vyvozování závěrů je však nutné realizovat více kvalitních dvojitě zaslepených experimentů s kontrolní skupinou. Poznatkům vyplývajícím z výzkumných studií zaměřujících se na využití nácviku všímavosti a programu MBCT pro pacienty s GAD, stejně jako klíčovým charakteristikám diagnózy GAD, je věnován prostor níže ve zvláštní kapitole.

3 Generalizovaná úzkostná porucha

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN-10), je uvedena pod kódem F41.1 Generalizovaná úzkostná porucha. Stěžejním rysem onemocnění je generalizovaná, přetrvávající úzkost nevztahující se k žádným zvláštním vnějším okolnostem, ani nevyskytující se převážně v závislosti na nich – tedy tzv. volně těkající (Světová zdravotnická organizace, 1996).

Pro diagnostikování GAD podle MKN-10 (Světová zdravotnická organizace, 1996) je zásadní výrazné napětí a strach nebo obavy z každodenních problémů, které u člověka přetrvávají nejméně šest měsíců. Dále nejméně jeden z příznaků vegetativního dráždění, a zároveň minimálně čtyři z dalších definovaných příznaků. Tyto nespecifické psychické a somatické příznaky jsou v klasifikaci rozděleny do kategorií:

- **příznaky vegetativního podráždění** – např. bušení srdce, palpitace, nebo zrychlený pulz; chvění či třes; pocení;
- **příznaky spojené s hrudníkem nebo břichem** – např. obtíže s dýcháním; pocity zalykání se; nauzea či břišní nevolnost; bolesti či nepříjemné pocity v hrudníku;
- **příznaky spojené s duševním stavem** – např. pocity závratí, mdloby, neklidu, točení hlavy; pocity derealizace nebo depersonalizace; strach ze ztráty vědomí, kontroly, strach, že „zešílí“; strach, že zemře;
- **celkové příznaky** – např. návaly horka či chladu; pocity mravenčení či znecitlivění;
- **příznaky napětí** – např. napětí, bolest svalů; neschopnost uvolnit se; obtíže s polykáním nebo pocity „knedlíku v krku“; pocity podráždění, duševního přepětí;
- **nespecifické příznaky** – např. přehnaná reakce na malé vyrušení či překvapení; nepřestávající podráždění; obtíže se soustředěním, pocity „prázdná v hlavě“ z úzkosti nebo ze strachu; problémy s usínáním z důvodu strachu (Světová zdravotnická organizace, 1996).

Další podmínkou je, že zároveň nejsou naplněny podmínky pro diagnostikování obsedantně-kompulzivní či panické poruchy, fobické úzkostné poruchy, či hypochondrické poruchy (Světová zdravotnická organizace, 1996). V MKN-11, která vstoupí v platnost dne 1. ledna 2022 (ÚZIS ČR, n.d.), nedochází k výrazným změnám definice, GAD zůstala součástí skupiny onemocnění spojených s úzkostí a strachem (World Health Organization, 2019).

V 5. edici Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) je také zařazeno kritérium, že daný jedinec se domnívá, že své obavy nedokáže kontrolovat; a že tato úzkost a obavy nebo somatické příznaky zapříčiňují klinicky významnou nepohodu nebo narušení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti fungování (American Psychiatric Association, 2015).

Na druhou stranu se však i přesto, že GAD patří mezi nejčastější psychiatrické diagnózy, objevují mezi vědci také názory, že je ve své podstatě redundantní. Tyrer (2018) uvádí, že koncept volně těkající úzkosti, která přichází „zničehonic“, se postupem času stal nadbytečným. Dochází k závěru, že porucha je perzistentně komorbidní, v mnohém se překrývá s příznaky jiných psychických a somatických poruch a neobsahuje žádné centrální prvky, které by vyžadovaly zvláštní klasifikační diagnostickou jednotku.

Pacienti s touto chorobou se neustále zabývají svým budoucím ohrožením a mají problém odpočívat a uvolnit se. Tyto potíže nastávají nejen v náročných a stresujících situacích, ale často i v období, kdy má člověk více času a zdánlivého klidu – např. o prázdninách, víkendech, či když je o samotě (Ocisková & Praško, 2017). Mezi častá témata obav patří výkonnost, přijetí jedince okolím, vnímaná vlastní sebehodnota a kontrola (Praško et al., 2007).

3.1 Kognitivní model generalizované úzkostné poruchy

Kognitivní model GAD rozlišuje dva typy starostí, které jsou pro nemoc charakteristické (Wells, 1995). Starosti prvního typu jsou zaměřené na vnější události nebo vnitřní podněty z organismu, jako např. tělesné příznaky nemoci, finance, škola či zaměstnání.

Druhým typem starostí jsou tzv. meta-starosti, které obsahují pozitivní nebo negativní hodnocení vlastních myšlenek – především těch úzkostných. Příkladem negativní meta-starosti může být myšlenka: „Brzo se ze svých úzkostí zblázním.“ Pozitivní meta-starost naopak nese význam subjektivně vnímané důležitosti a užitku, který z obav pro jedince plyne – např. „Když si dělám starosti, nic nezanedbám.“ Pacienti s GAD se na jednu stranu obávají přestat si starosti dělat a na druhou stranu je naopak trápí, že si starosti dělají.

S obavami se vypořádávají tak, že nepřetržitě sledují, zda hrozí nebezpečí, kterému by měli předcházet, čímž posilují vlastní pocit kontroly. Oproti zdravým kontrolám věnují více pozornosti podnětům spojeným s hrozbou (Goodwin et al., 2017) a i dvojznačné či neutrální podněty mohou vyhodnocovat jako ohrožující (Mathews & MacLeod, 1994). Starosti snižují

častým ujišťováním se, že je vše v pořádku; tzv. zabezpečujícím chováním (tj. chováním, kterým předchází ohrožení); či skrze vyhybavé chování a odvádění pozornosti od obav (Wells & Butler, 1997). Kvůli špatné schopnosti soustředit se na přítomný okamžik mají tendenci ignorovat informace či situace, které by mohly posloužit v korekci zkresleného myšlení (Borkovec & Newman, 1998). Nesystematický přístup k situacím, které vnímají jako ohrožující v kombinaci s vysokou měrou stresu způsobuje u těchto jedinců vyčerpání a zhoršenou schopnost úspěšně situace vyřešit, čímž dochází k naplnění jejich katastrofických scénářů.

3.2 Epidemiologická data

GAD patří mezi poměrně časté psychiatrické diagnózy. Podle reprezentativních epidemiologických výzkumů ve Spojených státech amerických je odhadovaný risk rozvinutí GAD během života 9 % (Kessler et al., 2012) a roční prevalence v roce 2017 činila 3,14 % (Winkler et al., 2020). Po propuknutí pandemie COVID-19 na jaře roku 2020, byl v květnu 2020 zaznamenán nárůst v roční prevalenci GAD na 5,17 % (Winkler et al., 2020). V Evropské unii byl zjištěn rozdíl při porovnávání věkových kohort – roční prevalence u mladších 65 let činila 1,7 %, u starších 65 let potom 3,4 % (Wittchen et al., 2011). Porucha je konzistentně dvakrát častější u žen než u mužů (Grant et al., 2005) a zpravidla má první příznaky spíše později v průběhu života, než jiné typy úzkostných poruch (Kessler et al., 2012).

Porucha se často vyskytuje v komorbiditě s jedním nebo více dalšími duševními či tělesnými onemocněními. Z výsledků National Comorbidity Study realizované ve Spojených státech vyplynulo, že celoživotní komorbidita GAD s dalšími poruchami je až 90,4 % (Wittchen et al., 1994). Nejčastěji se jedná o poruchy nálady a úzkostné poruchy (především panickou poruchu, sociální fobii a specifické fobie; Sanderson et al., 1990; Wittchen et al., 1994). Sanderson et al. (1994) zjistili komorbiditu s některou z poruch osobnosti u 49 % (z celkového $n = 78$) probandů – nejčastěji (v 38 %) se jednalo o poruchy z klastru C podle DSM-III-R, hlavně o obsedantně-kompulzivní (anankastickou; 23 %) a vyhybavou poruchu osobnosti (13 %). Porucha se pojí také se závislostmi – např. byla přítomna u 46 % jedinců léčících se s alkoholovou závislostí (Smith & Book, 2010) a byla zjištěna její možná souvislost s internetovou herní poruchou (Wang et al., 2017).

Simon (2009) zdůrazňuje, že odhalit GAD jakožto komorbidní poruchu může být při vyšetření obtížné a zároveň je to klíčové a kliničtí pracovníci by se na to měli při diagnostice specificky zaměřit, protože se u těchto pacientů vyskytuje zvýšený risk závažnějších

zdravotních obtíží. Například propuknutí sekundární depresivní poruchy by mohlo být dle dostupných dat možné předcházet vhodnou včasnou intervencí.

3.3 Závažnost onemocnění a jeho vliv na kvalitu života pacientů

Komorbidity s GAD je asociována s nižší pravděpodobností úspěšné diagnostiky, rozsáhlejším poškozením, závažnějšími příznaky, nepříznivějšími výsledky léčby a zvýšeným využíváním zdravotnických služeb (Nutt et al., 2006).

Nemoc je chronická a pokud není adekvátně léčena, může být u pacienta za kolísavé intenzity přítomna v průběhu celého života. Lenze et al. (2005) provedli studii na 103 participantech průměrného věku 74,1 let a u 36 % z nich byly epizody onemocnění chronické, trvající déle než 10 let. Rodriguez et al. (2006) uvádějí u pacientů v sledovaném období 2–12 let poměrně nízkou pravděpodobnost spontánní remise (32–58 %) a i po zlepšení stavu vysokou pravděpodobnost relapsu (45–52 %).

Jen třetině pacientů s GAD se přitom dostává adekvátní léčby – kvůli výrazným tělesným příznakům bývají pacienti léčeni na kardiologických, neurologických, ORL a jiných specializovaných somatických odděleních. Do péče psychiatra se pacient dostává častěji až když se u něj rozvine komorbidní úzkostná porucha nebo deprese, než pouze s příznaky GAD (Wittchen et al., 2002).

Při komorbidní depresivní poruše nebo zneužívání návykových látek dochází u těchto pacientů ke zvýšenému riziku sebevraždy. Suicidální myšlenky a pokusy jsou také častější v souvislosti se sebestigmatizací, kterou je u pacientů možné pozorovat (Ocisková & Praško, 2017). V kontrastu s relativně rozšířeným mýtem, že pacienti trpící GAD se potýkají s malým handicapem ve srovnání s pacienty s jinými duševními nemocemi, je také, že jen více než polovina z nich má zaměstnání a téměř třetina potřebuje sociální podporu (Ocisková & Praško, 2017). Z výzkumů rovněž vyplývá, že prožívají nižší kvalitu života, než zdravá populace (Comer et al., 2010) a menší míru osobní pohody (Stein & Heimberg, 2004).

3.4 Léčba generalizované úzkostné poruchy

Ocisková & Praško (2017) uvádějí, že při rozhodování se o volbě léčby pro pacienta s GAD hraje roli závažnost a persistence příznaků nemoci, zda je přítomna komorbidní porucha a do jaké míry jsou postiženy životní role jedince. V případě mírné formy poruchy může stačit psychoterapie jako podpůrný nástroj, u středně těžké formy se zvažuje systematická

psychoterapie a léčba psychofarmaky s uvážením pacientova vlastního náhledu a dostupnosti léčby, u těžkého průběhu nemoci je nejvhodnější kombinovaná léčba.

V krátkodobém horizontu mají rychlejší nástup psychofarmaka, z dlouhodobější perspektivy je však stabilnější remise dosaženo po systematické psychoterapii (Ocisková & Praško, 2017). Z psychofarmakologické léčby jsou medikamenty první volby léčiva ze skupin SSRI, SNRI a pregabalin. Pokud nejsou efektivní, jsou dále doporučovány preparáty ze skupiny TCA či dalších skupin antidepresiv. Rovněž se hromadí výzkumné důkazy o účinnosti antipsychotik nové generace a fytofarmaka Silexan (Nosková et al., 2020).

Carl et al. (2020) provedli rozsáhlou metaanalýzu 79 randomizovaných kontrolovaných studií s celkem 11 002 participanty s GAD, v jejímž rámci zjišťovali a porovnávali celkový efekt psychoterapie a farmakoterapie na redukci symptomů. Konzistentně s dosavadními poznatky zjistili u psychoterapie střední až velký klinický efekt (Hedgesovo $g = 0,76$) a u farmakoterapie malý efekt ($g = 0,38$). Upozorňovali však, že tyto dvě domény by neměly být srovnávány mezi sebou (např. protože psychoterapeutické studie využívají jiné typy kontrol než farmakoterapeutické, roli hraje také publikační zkreslení).

Největší efekt v psychoterapeutické léčbě zaznamenali Carl et al. (2020) u kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je v léčbě této poruchy dlouhodobě zlatým standardem. Za další významné přístupy jsou považovány psychoanalytická psychoterapie, skupinová dynamická terapie, relaxace a biofeedback (Ocisková & Praško, 2017) – těmito metodami se však vzhledem k tématu práce nebudu hlouběji zabývat.

Léčba bývá nejčastěji prováděna ambulantně. Ocisková & Praško (2017) uvádějí jako optimální frekvenci psychoterapie jedenkrát týdně po dobu 3 měsíců, poté je možné při zlepšení průběhu onemocnění snížit frekvenci sezení na jedno za 3 měsíce po dobu 2 let a pokud je poté klient stabilizován, terapii je možné ukončit.

Cílem je v počáteční fázi zmírnit klientovy obavy a úzkosti, pracovat s četnými tělesnými symptomy provázejícími poruchu, postupně odstranit vyhýbavé a zabezpečovací chování a zlepšovat schopnosti související se vztahy a zaměstnáním, které se přímo promítají do kvality klientova života (Ocisková & Praško, 2017).

3.4.1 Kognitivně behaviorální terapie generalizované úzkostné poruchy

Přístup k léčbě GAD je v rámci KBT především vzhledem ke komplexnosti příznaků poruchy ne zcela jednotný a psychoterapeuti se v léčbě mohou zaměřovat více na kognitivní, behaviorální nebo interpersonální proměnné. Základními strategiemi KBT přístupu k léčbě GAD jsou nácvik řešení problémů, nácvik relaxací a kognitivní restrukturalizace (Ocisková & Praško, 2017).

V začátku psychoterapie je prvním důležitým krokem psychoedukace klienta o poruše a jejich příznacích, o významu úzkosti, stresové reakci a vztahu mezi myšlenkami, emocemi, chováním a vegetativními reakcemi a jejich důsledky (Praško et al., 2007).

Wells (1997) uvádí, že terapeut by měl vést klienta k tomu, aby se ke svým starostem postupně naučil zaujmout tzv. postoj pozorovatele – místo toho, aby je potlačoval nebo se jim vyhýbal, postupně se je učí přijímat. V terapii je klient vyzván, aby své obavy monitoroval, čímž se postupně učí pozorovat je s odstupem a objasňuje se mu jejich význam. Při kognitivní restrukturalizaci pracuje s automatickými myšlenkami, učí se je třídit podle témat a postupně nad nimi získává pocit kontroly. Uvědomí si, že jeho obavy mají tendenci se opakovat, ale k předpokládaným katastrofám většinou nedochází, a že mu obavy nepomáhají, ale naopak ho zúzkostňují. Poté je klient veden k tomu, aby negativní automatickou myšlenku sám zpochybňoval, a nakonec ji nahradil realističtější, racionálnější alternativní myšlenkou. Podobně pracuje i se svými postoji, s cílem postupně získaný kritický náhled a zpochybňování platnosti automatických myšlenek generalizovat na vícero situací (Ocisková & Praško, 2017).

Terapeut také pomáhá klientovi, aby se naučil odhalit ve svých automatických myšlenkách kognitivní omyly, které jsou pro konkrétního klienta typické. Ve všech oblastech je klíčové zapojení klienta, který jen pasivně nepřijímá terapeutovy rady, ale naopak aktivně tyto omyly vyhledává. Díky tomu, že si je sám uvědomí, je schopen později účinněji pracovat na jejich redukování (Ocisková & Praško, 2017).

Pacient se potřebuje naučit snižovat psychické i tělesné napětí, které je u GAD perzistentního charakteru. Nácviky relaxace neplní pouhou roli uklidnění před stresující situací, ale slouží k celkovému dlouhodobému zklidňování a snižování napětí, díky čemuž pacient získává kontrolu nad příznaky nemoci. Používá se progresivní relaxace podle Jacobsona nebo Östa, která pracuje s napětím ve svalech, autogenní trénink, řízená imaginace využívající situace spojované s obavami nebo naopak příjemnými podněty a meditace (Ocisková & Praško, 2017).

Dalšími důležitými metodami KBT jsou expozice obavám a behaviorální experimenty, pomocí nichž jsou klienti v myšlenkách a představách, nebo reálných situacích vystavováni vlastním obavám, kterým se jinak nadměrně vyhýbají. Psychoterapeut také pomáhá klientovi, aby se naučil realisticky plánovat svůj čas a postupovat směrem k vlastním cílům, společně zpracovávají klientova jádrová kognitivní schémata a nacvičují sociální dovednosti, jako je např. asertivita. Pro klienty s GAD je klíčové, aby si osvojili systematický přístup k řešení každodenních malých i rozsáhlejších problémů, oproti často využívané a metodě „pokus–omyl“, která je v důsledku vyčerpávající, umocňuje strach a úzkost z dalších problémů a vede k tendenci vyhnout se jim a neřešit je (Ocisková & Praško, 2017).

Přestože KBT je efektivní psychoterapeutickou metodou léčby GAD, a je dokonce v této oblasti považováno za zlatý standard, zůstává porucha nejméně úspěšně léčitelnou ze všech úzkostných poruch – Durham & Allan (1993) v přehledové studii uvádějí, že plně vyléčených pacientů s GAD je po absolvování KBT zhruba 50 %.

3.5 Využití programu MBCT pro pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou

Cvičení všímavosti by pro pacienty s diagnostikovanou GAD mohlo být další vhodnou intervencí. Roemer & Orsillo (2002) poukazují na to, že úzkost je svou povahou orientována do budoucnosti, a proto by dávalo smysl trénovat s těmito pacienty schopnost všímavého bytí v přítomném okamžiku. Zároveň však ze stejných důvodů může být meditace všímavosti pro pacienty s GAD náročnou výzvou.

Hoge et al. (2013) měřili všímavost a soucit se sebou u jedinců s GAD a u zdravých jedinců, kteří zažívali stres a zjistili u pacientů s GAD nižší míru obou sledovaných proměnných než u zdravých kontrol. Všímavost a soucit se sebou negativně korelovaly s úzkostí, obavami a sensitivitou k úzkosti. U pacientů se navíc nízká míra všímavosti ukázala jako lepší prediktor disability než samotné symptomy úzkosti. Všímavost by tedy mohla být faktorem, který chrání proti postižení způsobenému onemocněním.

Posílení schopnosti vrátit se v myšlenkách do přítomného okamžiku by těmto jedincům mohlo přinášet o to větší benefity a pocity úlevy, neboť jejich obavy bývají spojeny i se strachem z toho, že se příliš strachují, od čehož si zároveň nemohou pomoci, protože jim obavy o budoucnost přinášejí pocit kontroly (Wells & Butler, 1997).

Evans (2016) uvádí, že trénink všímavosti je u pacientů s GAD smysluplnou doplňkovou strategií ke standardní KBT, neboť postihuje zásadní charakteristiky poruchy – tj. dlouhodobou povahu obav, vyhýbání se vlastní niterné zkušenosti, obtíže se snášením nejistoty a vnímanou potřebu mít kontrolu.

Spojitosť mezi všímavostí a GAD by mohla fungovat obousměrně. Obavy jsou asociovány se sníženým uvědomováním přítomného okamžiku, horším přijetím a soucitem sám se sebou, což dále posiluje symptomy GAD zahrnující právě obavy (Roemer et al., 2009).

Evans et al. (2008) v malé pilotní studii ($n = 11$) adaptovali program MBCT původně určený pro prevenci relapsu depresivní poruchy, aby cílil na obtíže svázané s GAD. Program obsahuje stejná cvičení všímavosti, která participanti rovněž stejnou měrou nacvičují ve svém volném čase mimo sezení, a diskusní témata zaměřená na obtíže a potenciální překážky spjaté se začátečnickou praxí meditace.

V rámci psychoedukace se nezaměřují na depresivní symptomatiku, ale právě na projevy úzkosti a základní charakteristiky GAD (Evans et al., 2008). V druhé polovině programu se participanti učí rozpoznávat vlastní pozitivní a negativní přesvědčení za využití dotazníku vytvořeného Wellsem (2002), který je zaměřen na pozitivní a negativní meta-starosti (které jsou popsány výše, v podkapitole 3.1).

Účastníci si dále vedou deník obav, kam zaznamenávají zúzkostňující myšlenky, jak silný efekt měly na jedince, co, kdy a kde je spustilo a jaké chování následovalo. Dostanou také seznam obvyklých kognitivních zkreslení a mají za úkol sledovat, zda by některé z jejich obav bylo možné zařadit do některé z kategorií. Učí se tím identifikovat obavu, aniž by uvízli v ruminaci, a rozlišovat mezi produktivními a neproduktivními obavami (Evans, 2016).

Dalším z cílů programu je pěstovat přijetí a smíření se s diskomfortními prožitky, které provází nepříjemné, nechtěné emoce a jiné zážitky. Pacienti s GAD často vyhledávají ujištění druhých, což je jednou ze strategií, jak si ulevují od nepříjemných pocitů (Wells & Butler, 1997), ale nakonec zjišťují, že úzkost i přesto neodezněla a časté opětovné ujišťování může být zatěžující, únavné či frustrující pro jejich blízké. Tato strategie je tedy dlouhodobě nefunkční. Přijetí je, na rozdíl od rezignace a vzdávání se, aktivní proces, při kterém jedinec zůstává v přítomném momentu i s těmito nepříjemnými prožitky (Evans, 2016).

Pro ilustrativní vysvětlení podstaty cvičení všímavosti používají báseň „The Guest House“ od autora Rumi (2004). Využívají metafory člověka jako domu, který se

každé ráno otevírá novým myšlenkám a emocím, jako neočekávaným návštěvníkům, a ať už jsou negativní, nebo pozitivní, všechny je může přivítat a se všemi zacházet se ctí, neboť mají svůj význam. Báseň může pomoci rozpoutat ve skupině diskusi, a dokonce ulevit od pomyslného břímě kontroly, které si s sebou pacienti s GAD obvykle nesou (Evans, 2016).

Poslední sezení je věnováno shrnutí a posílení získaných technik, dovedností a cvičení meditace všímavosti. Účastníci si pro sebe zaznamenávají, jaké strategie se naučili a které z nich pro ně byly obzvláště účinné a jsou ochotni je dále procvičovat i po skončení programu (Evans, 2016).

Po absolvování pilotního programu bylo u participantů zjištěno významné snížení úzkosti, tenze, obav a depresivních symptomů. Pokles v míře symptomů byl výrazný, srovnatelný s výsledky, kterých by v testových metodách dosahovala neklinická populace. Ovšem ačkoliv byl zaznamenán vzrůst míry všímavosti (měřené inventářem MAAS; Brown & Ryan, 2003) oproti měření před absolvováním programu, nebyl statisticky signifikantní. Autoři rovněž shromáždili anekdotická data týkající se subjektivní zkušenosti participantů s programem, která přispěla společně s faktem, že všichni program kompletně dokončili, k závěru, že program by mohl být realizovatelný a přijatelný pro skupinu lidí s diagnózou GAD (Evans et al., 2008). Výsledky by však neměly být příliš zobecňovány, protože se jedná o nerandomizovaný průřezový výzkum realizovaný na malém vzorku shromážděném metodou samovýběru. Výsledky také nelze zobecňovat na pacienty s komorbidní depresivní poruchou.

Wong et al. (2016) realizovali randomizovanou kontrolovanou studii, v níž porovnávali data participantů ($n = 182$), kteří podstoupili MBCT, psychoedukaci dle principů KBT, nebo byli součástí kontrolní skupiny podstupující obvyklou péči. K významnému snížení úzkosti zaznamenanému inventářem BAI (Beck & Steer, 1990) došlo obojí ve skupině absolvující MBCT a psychoedukaci při měření dva a pět měsíců od baseline, u skupiny využívající obvyklou péči nebyla zaznamenána změna. Mezi výsledky participantů ze skupiny podstupující MBCT a psychoedukaci nebyl nalezen signifikantní rozdíl v žádném čase měření (na začátku, po 2, 5, 8 nebo 11 měsících) a hypotéza, že při MBCT bude více než při dalších dvou způsobech péče docházet ke snížení úzkosti a obav, nemohla být podpořena.

Studie však má několik zásadních limitů. Participantů podstupující MBCT program měli významně nižší adherenci než participantů ve skupině s psychoedukací. Domnívám se, že vzhledem k nutné časové a mentální investici do absolvování tohoto typu programu, který je

značnou měrou tvořen individuálními nácviky účastníků v jejich volném čase, se jedná o velmi významný limit, který by mohl mít zkreslující vliv na výsledky. Do výsledků byla započítána i data účastníků, kteří neabsolvovali všech 8 setkání MBCT – průměrný počet absolvovaných setkání MBCT byl 6,4 (SD = 1,9) a v případě psychoedukačních setkání činil 7,1 (SD = 1,5). Všech 8 setkání MBCT absolvovalo jen 39 % účastníků (Wong et al., 2016).

Celkově existuje jen málo studií zaměřených na využití programu MBCT pro pacienty s GAD a jejich výsledky nejsou jednoznačné, je proto žádoucí věnovat se tomuto tématu výzkumně hlouběji a realizovat více kvalitně designovaných studií. V českém prostředí výzkumné studie orientované přímo na tuto problematiku schází zcela.

Návrh výzkumného projektu

Výzkumný projekt je koncipován formou návrhu a vychází z konceptů představených v literárně přehledové části práce. Specificky se jedná o využití programu Kognitivní terapie založené na všímavosti u pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou.

Program MBCT byl původně koncipován pro prevenci relapsu rekurentní depresivní poruchy (Segal et al., 2013). Postupem času, především v rámci posledních dvou desetiletí, bylo provedeno velké množství studií zaměřených na použití programu u různých typů afektivních poruch v různé fázi onemocnění (některé uvádím v kapitole 2.4) a z jejich výsledků se zdá, že je program pro tyto pacienty vhodný.

V zahraničí již také byly realizovány studie zabývající se otázkou efektivity programu MBCT u různých typů úzkostných poruch (více viz kapitolu 2.4.1) i specificky zaměřené na jeho využití pro pacienty s GAD (více viz kapitolu 3.6). Výsledky studií však nejsou jednoznačné a nebylo provedeno dostatečné množství kvalitně designovaných studií, aby bylo možné generalizovat jejich výsledky a usuzovat s velkou jistotou na závěry.

V českém prostředí doposud výzkum přímo na toto téma realizován nebyl, což je další důvod, proč by realizace tohoto návrhu mohla být přínosem.

4 Popis výzkumného cíle, výzkumné otázky a hypotézy

Prvním cílem navrhovaného výzkumu je porovnání míry všímavosti a úzkosti u pacientů s diagnostikovanou generalizovanou úzkostnou poruchou před, bezprostředně po a tři měsíce po absolvování osmitýdenního programu Kognitivní terapie založené na všímavosti (MBCT).

Položili jsme si tyto výzkumné otázky:

- Jak se změní subjektivně vnímaná úzkost po absolvování programu MBCT?
- Jak se změní subjektivně vnímaná všímavost po absolvování programu MBCT?

K formulování hypotéz je nejprve nutné operacionalizovat sledované proměnné:

- mírou všímavosti je míněn dosažený skóre v Dotazníku pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ),
- mírou úzkosti je míněn dosažený skóre v Beckově inventáři úzkosti (BAI).

Pro účely výzkumu jsme stanovili následující hypotézy:

H1: Míra všímavosti je signifikantně vyšší hned po absolvování programu než před programem.

H2: Míra všímavosti je signifikantně vyšší 3 měsíce po absolvování programu než před programem.

H3: Míra úzkosti je signifikantně nižší po absolvování programu než před programem.

H4: Míra úzkosti je signifikantně nižší 3 měsíce po absolvování programu než před programem.

Druhým cílem výzkumu je zjistit, jak bývalí účastníci zapojují postupy a cvičení osvojená během programu do svého každodenního života i po skončení programu. Na to navazuje následující výzkumná otázka:

- Jakou zkušenost mají probandi, kteří dokončili program MBCT, s nácvikem a využíváním osvojených technik v každodenním životě?

5 Design výzkumného projektu

Základem výzkumného projektu je účast participantů na osmitýdenním programu MBCT tak, jak jej u pacientů s GAD použili ve svém výzkumu Evans et al. (2008), a jak je blíže popsáno v literárně přehledové části (původní strukturu programu MBCT viz v kapitole 2.1, úpravy pro GAD v kapitole 3.5).

5.1 Typ výzkumu

Výzkumný projekt má smíšený, kvantitativně-kvalitativní design. Stěžejní část je navržena v kvantitativním rámci a využívá dotazníkové metody pro měření sledovaných proměnných.

Vzhledem k tomu, že v minulosti již proběhly podobné studie na dané či blízké téma, není nutné provádět exploraci formou kvalitativního výzkumného designu, ale zaměříme se na zjišťování a porovnávání míry sledovaných proměnných před a po intervenci. Jedná se o kvazi-experimentální studii. Protože se nejedná o pravý experiment s kontrolní skupinou, a nebudeme tedy schopni kontrolovat všechny možné intervenující proměnné, není možné z výsledků usuzovat na kauzální vztahy.

Při posledním sběru dat, tři měsíce po dokončení programu, od participantů navíc shromáždíme kvalitativní data zaměřená na jejich subjektivní zkušenost s implementováním v programu osvojených postupů a technik do jejich každodenního života. S ohledem na to, že neusilujeme o získání hlubokého vhledu do zkušenosti několika jedinců, ale rádi bychom shromáždili větší množství krátkých výpovědí od více probandů, jsme zvolili metodu dotazníku obsahujícího otevřenou otázku, který se nám pro tento účel jeví vhodnější než rozhovor.

5.2 Metody získávání dat

Pro sběr dat využijeme celkem čtyři dotazníky – dotazník demografických údajů, krátkou verzi Dotazníku pěti aspektů všímavosti, Beckův inventář úzkosti a dotazník mapující využívání osvojených technik a cvičení bývalými účastníky i po dokončení programu, který byl vytvořen pro účely tohoto výzkumu.

Participantů vyplní Dotazník pěti aspektů všímavosti a Beckův inventář úzkosti před zahájením programu, v den dokončení a tři měsíce po jeho dokončení. Při posledním měření budou požádáni rovněž o vyplnění výše zmíněného dotazníku.

Sběr dat bude v případě prvních dvou měření prováděn formou tužka–papír za přítomnosti osoby proškolené v jejich administraci, postupující v předem určených krocích a dohlížející na vyplnění pro předejití zkreslení dat nežádoucími situačními proměnnými. V případě třetího sběru dat budou dotazníky administrovány online formou z důvodu snadné dostupnosti pro tou dobou již bývalé účastníky programu.

Dotazník demografických údajů

Na začátku, při prvním měření, budou od participantů shromážděny jejich demografické údaje. Zjistíme následující údaje:

1. Pohlaví: muž – žena,
2. Věk,
3. Nejvyšší dosažené vzdělání: základní – střední bez maturity – střední s maturitou – vyšší odborné – vysokoškolské na bakalářském stupni – vysokoškolské na magisterském stupni – doktorské – jiné.

Dotazník pěti aspektů všímavosti

Pro měření všímavosti bude využita zkrácená verze Dotazníku pěti aspektů všímavosti (v originálu Five Facets of Mindfulness Questionnaire, FFMQ). Autory původního dotazníku jsou Baer et al. (2006), zkrácenou verzi ověřovali Gu et al. (2016) a do češtiny jej přeložili a psychometrické vlastnosti poté prověřili Kořínek et al. (2019). Použití krátké verze FFMQ-15-CZ je pro náš návrh výzkumného projektu vhodnější z hlediska časové efektivity při zadávání metod.

Původní inventář obsahuje celkem 39 položek, ve zkrácené české verzi jich je celkem 15, za každou subškálu tři. Jedná se o sebezposuzovací metodu – respondenti hodnotí předložená tvrzení na pětistupňové škále (téměř nikdy – málokdy – někdy – často – velmi často/téměř vždy).

V konfirmační faktorové analýze bylo potvrzeno původních pět faktorů a hierarchický model s jedním společným faktorem, kterým je *všímavost*. Jedná se o faktory:

- Nereagování – např. „Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, „poodstoupím“ od nich a jsem si těchto myšlenek nebo představ vědom, aniž bych jimi byl přemožen.“,
- Pozorování – např. „Věnuji pozornost vjemům, jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři.“,

- Vědomé jednání – např. „Vykonávám svou práci nebo povinnosti automaticky, aniž bych si uvědomoval, co vlastně dělám.“,
- Popisování – např. „Mám potíže nalézat správná slova k vyjádření toho, co prožívám.“,
- Nehodnocení – např. „Myslím si, že některé mé city jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je cítit.“

(Kořínek et al., 2019, s. 62).

Hlavní výhodou, a tedy i důvodem, proč byl zvolen tento inventář oproti jiným metodám, je, že byl paralelně dvěma nezávislými překladateli přeložen do češtiny a byla ověřena jeho validita pro českou populaci. Zkrácená 15položková verze umožňuje administrovat jej respondentům společně s dalšími testy v časově efektivnějším rozsahu. Pro porovnávání v rámci jednotlivých subškál by bylo vhodnější využít plnou, 39položkovou verzi.

Beckův inventář úzkosti

Pro hodnocení celkové úzkosti použijeme Beckův inventář úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI; Beck et al., 1988), který byl pro tyto účely navržen. Metoda umožňuje zhodnocení aktuální míry úzkosti a je vhodná pro výzkumné využití k evaluaci úspěšnosti terapie pacientů s úzkostnými poruchami. V České republice ověřili validitu metody Kamarádová et al. (2016).

BAI je sebesposuzovací test, který obsahuje 21 položek zaměřených na fyzické i psychické příznaky úzkosti. Proband každé tvrzení hodnotí na škále 0–3 podle toho, jak moc jej daný příznak obtěžoval během posledního týdne (vůbec – mírně – středně, dalo se to vydržet – vážně, stěží jsem to vydržel/-a). Nejméně je možné získat skór 0, nejvíce 63 bodů. Hraniční skór pro rozlišení nemocných a zdravých je 17 bodů (Kamarádová et al., 2016).

Důvodem pro zvolení této sebesposuzovací škály je, že se jedná o v českém prostředí rozšířenou metodu, která byla na české populaci také validizována a psychometrické vlastnosti českého překladu se ve srovnání s originální verzí jeví jako srovnatelné nebo lepší. Výsledek testu neinformuje o diagnóze pacienta, ale o jeho aktuálním stavu, a tedy míře prožívané úzkosti (Kamarádová et al., 2016).

Dotazník využívání postupů osvojených v programu

Ve výzkumu se také zaměříme na sběr dat vypovídajících o subjektivní zkušenosti účastníků s využíváním osvojených postupů cvičení všímavosti poté, co již program dokončili.

Dotazník bude obsahovat 5 položek formou otevřených otázek a úvodní text motivující respondenty k širšímu rozvedení vlastních myšlenek v odpovědi („*Pokuste se, prosím, své myšlenky rozvést do několika vět a vyhnout se tak přílišnému zestručnění odpovědi. Účelem je získat co nejvýstižnější výpověď o Vaší vlastní zkušenosti.*“).

Jedná se o následující položky:

1. Jak se Vám dařilo pokračovat v tréninku všímavosti po dokončení programu MBCT?
2. Změnila se po dokončení programu nějak intenzita nebo frekvence Vašeho cvičení všímavosti? Pokud ano, popište prosím jak.
3. Změnily se po dokončení programu nějak Vaše důvody, proč cvičit všímavost? Pokud ano, popište prosím původní i nové důvody.
4. Pokud jste se setkali s nějakými překážkami při cvičení všímavosti po dokončení programu, o jaké se jednalo?
5. Došlo po dokončení programu k nějakým dalším změnám v nácviku všímavosti, které byste rád/-a uvedl/-a?

5.3 Výzkumný soubor

Výzkum bude realizován na klinické populaci pacientů s diagnostikovanou generalizovanou úzkostnou poruchou, kteří sami dobrovolně svolí s vlastní účastí a budou splňovat kritéria pro zařazení do výzkumného souboru.

S ohledem na spolehlivost a dobrou výpovědní hodnotu výsledků v kombinaci s obvyklým počtem účastníků jednoho skupinového programu MBCT (tj. 12 klientů) byla určena velikost výzkumného vzorku na 48 probandů. Účastnili by se čtyř po sobě jdoucích termínů programu vedených stejnými lektory.

Jako základní podmínky pro zařazení do výzkumu jsme určili:

- diagnóza generalizované úzkostné poruchy určená na základě psychiatrického vyšetření před zahájením studie (tj. není součástí výzkumné studie),
- minimální věk 18 let, maximální věk 65 let,
- výborné porozumění psané i mluvené češtině,

- užívání psychofarmak ovlivňujících úzkost, je podmíněno dávkou, která je alespoň po dobu dvou měsíců před zahájením, během a tři měsíce po dokončení programu neměnná,
- po dobu trvání programu nepodstoupení jiné psychoterapeutické léčby,
- nepřítomnost jiných komorbidních onemocnění.

Do analýzy dat nebudou zahrnuty výsledky probandů, kteří budou splňovat alespoň jedno z následujících kritérií pro vyřazení:

- neabsolvování programu MBCT v celé délce a rozsahu,
- nevyplnění všech dotazníkových metod,
- podstoupení jiné psychoterapeutické léčby v období od dokončení programu do měření v čase tři měsíce po dokončení,
- významné zhoršení zdravotního stavu, které jej potenciálně ohrožuje na životě (např. suicidální myšlenky),
- přítomnost podmínek, které by mohly významně snižovat adherenci k programu (např. psychotická epizoda, zneužívání návykových látek).

Participantů budou osloveni pro účast ve výzkumu skrze psychiatrické nemocnice, ambulance a zařízení, kam se dochází léčit, či skrze jejich psychiatra, klinického psychologa, nebo terapeuta. V čekárnách budou po domluvě s příslušnými lékaři a klinickými psychology rozmístěny inzeráty oslovující pacienty pro účast na výzkumu zahrnující program MBCT, kde budou specificky vyjmenována kritéria, která musí uchazeč podstoupit. Lékaři, psychologové a terapeuti mohou program doporučit svým klientům (v případě terapeutů pouze pokud není předpoklad, že budou souběžně docházet na psychoterapii i za nimi).

Účast na výzkumu bude zcela dobrovolná, a proto se oslovený klient sám musí rozhodnout, že se přihlásí, a zkontaktovat organizátory skrze kontakt uvedený na již zmíněném inzerátu. Pokud by vlastní oslovení organizátorů činilo potenciálnímu participantovi potíže (z povahy jeho onemocnění, tedy úzkostné poruchy), může požádat daného lékaře/psychologa/terapeuta, aby jeho kontaktní údaje předal organizátorům, vždy však na základě vlastní iniciativy. Jedná se tedy o nenáhodnou metodu výběru vzorku – samovýběr.

V rámci vstupního pohovoru, který běžně probíhá před zahájením programu (Segal et al., 2013), bude mimo jiné ověřeno, zda uchazeči opravdu splňují výše uvedená kritéria.

5.4 Metody zpracování a analýzy dat

Naměřená data budou shromážděna v tabulkovém procesoru Microsoft Excel. Údaje každého respondenta budou za účelem zachování anonymity a zároveň možnosti spárovat data získaná před a po intervenci šifrovány pod unikátním kódem, který mu bude přiřazen. Ještě před samotnou analýzou budou ze souboru vyřazena data účastníků, kteří nesplnili kritéria pro zařazení do studie popsaná výše.

Deskriptivní statistika popíše výzkumný vzorek z hlediska demografických charakteristik. Sledujeme proměnné: pohlaví (četnost, procentuální četnost), věk (průměr, směrodatná odchylka, medián) a nejvyšší dosažené vzdělání (četnost, procentuální četnost).

Statistická analýza dat bude provedena v programu JASP. Pro testování statistických hypotéz určíme hladinu významnosti $\alpha = 0,05$.

Pro testování výše uvedených hypotéz použijeme analýzu rozptylu (ANOVA) s opakovaným měřením stejných subjektů, protože porovnáváme průměrný skór úzkosti (příp. všímavosti), vycházející z měření ve třech různých fázích programu (tj. před zahájením, hned po dokončení a tři měsíce po dokončení). Výsledky ANOVA vypovídají o tom, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi těmito průměry. Reportujeme statistiku F , stupně volnosti (df) a hladinu významnosti (p). Následně, pokud je výsledek signifikantní, provedeme Turkeyho post-hoc test pro zjištění, mezi kterými průměry se rozdíl objevuje, případně jak je velký. Dále reportujeme koeficient Eta na druhou (η^2), který udává velikost účinku.

Data získaná z odpovědí na „Dotazník využívání postupů osvojených v programu“ jsou kvalitativní, a proto bude jejich zpracování kvalitativní analýzou. Zaměříme se na odhalení témat, která se v odpovědích různých respondentů opakují – skrze použití stejných či obdobných klíčových slov a slovních spojení a jejich frekvenci.

5.5 Etika výzkumu

Při výzkumném šetření bude kladen důraz na dodržení etické korektnosti, jejímiž základními principy jsou beneficence a nonmaleficence.

Během výzkumu bude dodržena anonymita – údaje tak nebudou propojitelné s konkrétními probandy. Testové metody a dotazník demografických údajů budou šifrovány pomocí přezdívkou tak, aby šly spárovat a bylo možné porovnat rozdíly u jednotlivých probandů.

Probandi budou před samotným výzkumem seznámeni se základními informacemi týkajícími se účelu a průběhu výzkumu, časové náročnosti, způsobu sbírání a anonymního vyhodnocování dat. Ještě před zahájením výzkumu budou požádáni o podepsání informovaného souhlasu.

Probandi budou srozuměni s tím, že jejich účast na výzkumu je zcela dobrovolná, nebude za ni poskytována žádná finanční ani jiná odměna. Součástí této dobrovolnosti také je, že účast bude možné ve kterékoliv části výzkumu přerušit. Data těchto probandů v takovém případě nebudou zařazena do výsledků výzkumu ani jinak vyhodnocována, budou odstraněna.

Probandi budou informováni o tom, že některé části dotazníku mohou pro ně být nepříjemné či těžké k vyplnění. V případě, že by se vynořily nějaké nepříjemné myšlenky či vzpomínky, budou vyzváni, aby je konzultovali s psychologem v rámci programu, případně budou odkázáni na další dostupné formy odborné pomoci.

Probandi také budou vyzváni k tomu, aby se kdykoliv během výzkumu i po jeho skončení nebáli zeptat na informace, které jim k němu schází.

6 Diskuse

Všímavost může být v psychoterapii využívána různými způsoby, jedním z nich je nácvik meditace všímavosti, se kterým pracuje také program MBCT. Jedná se o program původně určený pacientům s rekurentní depresivní poruchou ve fázi remise, ale postupně byly zkoumány účinky na různé typy afektivních a úzkostných poruch v různých fázích onemocnění (více viz kapitola 2.4). Existují také studie zaměřené na využití MBCT pro pacienty s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD), ačkoliv jich do dnešního dne není dostatečné množství pro formulování závěrů.

GAD, která patří mezi velmi časté psychiatrické diagnózy, se vyznačuje vysokou mírou komorbidit (hlavně s poruchami nálady a úzkostnými poruchami; Wittchen et al., 1994), značnou chronicitou, nízkou pravděpodobností spontánní remise a vysokou pravděpodobností relapsu onemocnění, pokud dojde ke zlepšení pacientova stavu (Rodriguez et al., 2006). Zlatým standardem v psychoterapeutické léčbě GAD je kognitivně behaviorální terapie, avšak i po jejím absolvování je plně vyléčených pouze zhruba 50 % pacientů (Durham & Allan, 1993).

V literárně přehledové části práce jsem se zaměřovala na vymezení hlavních pojmů, zvláště na popis programu MBCT a charakterizování GAD. Vzhledem k rozsahu a tématu práce jsem se nezabývala některými dalšími souvisejícími tématy, např. mechanismem účinku meditace všímavosti či dalšími metodami měření všímavosti.

Výzkum efektivity intervencí, které mohou pomoci pacientům ulevit si od úzkosti, je všeobecně velmi důležitý. V současné době, kdy za společenské situace nastalé při šíření onemocnění COVID-19, narostla obecně prevalence duševních onemocnění i prevalence úzkostných poruch v populaci (Winkler et al., 2020), by intervence podobná programu MBCT, tedy skupinového formátu a zamýšlené relativně nízké finanční nákladnosti (Segal et al., 2013), mohla k těmto účelům dobře posloužit.

Samotná společenská situace spjatá s šířením COVID-19, která s sebou nese mnoho rychlých změn, ovlivňující různé aspekty života, však může být také faktorem, který by mohl zkreslit naměřené výsledky. Výzkum byl designován s předpokladem, že setkání skupin budou moci probíhat mimo online prostředí, a je otázkou, zda by např. nutnost převést setkání do online podoby neovlivnila zkušenost účastníků.

Limitující skutečností při výzkumu realizovaném na vzorku pacientů s GAD je, že se jedná o vysoce komorbidní (Wittchen et al., 1994) a často neúspěšně diagnostikované

onemocnění (Nutt et al., 2006), a proto může být náročné sehnat vhodné probandy. S výzkumným vzorkem je spojeno také omezení související s jeho výběrem – účastníci nebudou vybíráni náhodně, ale samovýběrem, na základě jejich reakce na inzerát. To může vést k určitému zkreslení, účastníci mohou být zvědavější, motivovanější a disciplinovanější než ti, kteří by si účast na výzkumu dobrovolně nevybrali. Vzhledem k nutnosti věnovat se nácvikům meditace všímavosti každý den ve svém volném čase, považujeme však silnou vnitřní motivaci účastníků za žádoucí.

Dalším limitem navrhovaného výzkumného projektu je absence kontrolní skupiny. Předložený návrh je kvazi-experimentální studií, a protože se nejedná o pravý experiment s kontrolní skupinou, nemůžeme usuzovat na kauzální vztahy mezi manipulací a výstupem. Potenciální sledované změny po intervenci by mohly být ovlivněny i řadou dalších intervenujících proměnných a měli bychom se vyhnout nepřiměřené interpretaci výsledků. I přesto by však výsledky studie měly přínos, vzhledem k tomu, že by se jednalo o jednu z prvních studií realizovaných na toto téma. Při dalším zkoumání by však bylo vhodné realizovat více dvojitě zaslepených randomizovaných experimentů s kontrolní skupinou, jejichž výsledky mají ještě větší výpovědní hodnotu a lze na jejich základě získávat informaci o kauzalitě.

Dalším limitem by mohla být přílišná náročnost nácviku meditace všímavosti pro pacienty s GAD a následné nedokončení programu. Je klíčové, aby lektori pracovali s motivací a očekáváními participantů, doptávali se jich v průběhu na potíže, se kterými se účastníci potýkají, a podporovali je v individuálním nácviku.

Wong et al. (2016) ve své studii zaznamenali nízkou míru adherence pacientů s GAD k programu, všech osm setkání absolvovalo pouhých 39 % participantů. Na důvody, proč participanté účast na programu přerušili a neabsolvovali jej v plném rozsahu, by bylo vhodné zaměřit se v dalším výzkumu. Kvalitativní výzkum metodou rozhovoru právě s účastníky, kteří program kompletně nedokončili, by mohl přinést podněty a podklad pro navazující kvantitativní studie, které by potenciálně mohly přispět k upravení intervence tak, aby lépe odpovídala potřebám cílové skupiny.

K měření míry všímavosti a úzkosti je plánováno využít dva sebeposuzovací inventáře (FFMQ-15-CZ a BAI). Stejně jako u každé sebeposuzovací metody, i zde je riziko, že výsledky budou zkresleny subjektivními faktory na straně respondentů – tj. např. schopností sebereflexe, upřímností, či předchozí zkušeností s položkami. Kořínek et al. (2019) ve validizační studii

FFMQ-15-CZ uvádí, že naměřená data nelze zobecňovat na objektivní dosažení určité míry všímavosti, ale jedná se spíše o participantův subjektivní odhad. Alternativním způsobem k sebesposuzovacím škálám vhodným pro měření všímavosti v rámci jiných studií, by bylo využití zobrazovacích metod, např. fMRI.

Třetí sběr dat, ve fázi tři měsíce po dokončení programu, je plánován realizovat online distribucí metod. To se pojí s rizikem nižší návratnosti dotazníků a možného zkreslení spojeného např. s faktem, že není možno ze strany výzkumníka kontrolovat situační proměnné při administraci metod (např. rychlost vyplňování, únava, samostatné vyplňování). K tomuto způsobu jsme přistoupili, abychom participantům zjednodušili přístup a zvýšili tak jejich ochotu podstoupit třetí měření i s takovým časovým odstupem po skončení programu.

Odpovědi participantů na námi vytvořený dotazník využívání postupů osvojených v programu mohou být i přes anonymitu zkresleny sociální desirabilitou účastníků, kteří mohou např. zveličovat frekvenci tréninku všímavosti, aby vyhověli výzkumníkovi.

Kromě výše zmíněných návrhů by se další studie mohly zaměřit na porovnání příznaků u účastníků, kterým se daří dodržovat pravidelnou meditační praxi po dokončení programu, a účastníků, kterým ne.

Závěr

Tato práce se zabývala využitím programu Kognitivní terapie založené na všímavosti (MBCT) v léčbě pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD). Cílem bylo zmapovat současné výzkumné poznatky v dané oblasti a následně navrhnout výzkumný projekt.

Program MBCT, který byl původně navržen jako prevence relapsu deprese, se ve výzkumech ukazuje mimo jiné jako efektivní doprovodná psychoterapeutická léčba pro řadu afektivních a úzkostných poruch (viz kapitolu 2.4). GAD patří mezi časté psychiatrické diagnózy, je typická svou chronicitou a velmi často se vyskytuje v komorbiditě s dalším psychiatrickým onemocněním (Wittchen et al., 1994). Za zlatý standard psychoterapeutické léčby GAD je považována kognitivně behaviorální terapie, po jejímž absolvování je plně vyléčených zhruba 50 % pacientů (Durham & Allan, 1993). Existují studie zaměřené na MBCT pro pacienty s GAD a jejich výsledky se zdají být slibné, avšak ne zcela konzistentní a není jich dostatečné množství pro formulování jednoznačných závěrů.

V návaznosti na to byl předložen návrh výzkumného projektu, jehož prvním cílem bylo porovnat míru všímavosti a úzkosti změřenou sebeposuzovacími inventáři v čase před, bezprostředně po a tři měsíce po absolvování programu – a tedy zjistit, zda bude pozorováno zvýšení všímavosti a snížení úzkosti. Výsledky výzkumu by tak pomohly doplnit mezery, které v dosavadním poznání této oblasti máme, a zároveň přinesly inspiraci pro další zkoumání. Druhým cílem by bylo shromáždit kvalitativní data o způsobu zapojení technik osvojených účastníky během programu do každodenního života i po dokončení programu. Tato data by mohla sloužit jako podklad pro další výzkum.

V diskusi byla reflektována omezení spojená s navrhovaným výzkumným projektem, která je nutno brát v úvahu při interpretování výsledků, a zároveň předloženy návrhy pro další vědecké zkoumání v oblasti.

Seznam použité literatury

- Alper, S. A. (2016). *Mindfulness meditation in psychotherapy: An integrated model for clinicians*. New Harbinger Publications.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T. F., Henley, W., & Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: a systematic review. *Clinical psychology review, 55*, 74–91. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.008>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe-Testcentrum.
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7th ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 125–143. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177%2F1073191105283504>
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology, 56*(6), 893–897. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). *Beck Anxiety Inventory: BAI; Manual*. Psychological Corporation.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie, 51*(2), 129–140.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of psychosomatic research, 68*(6), 539–544. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.005>
- Borkovec, T. D., & Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. In A. S. Bellack, & M. Hersen, & P. Salkovskis (Eds.), *Comprehensive clinical psychology: Vol. 6. Adults: Clinical formulation and treatment*. (s. 439–459). Pergamon Press.

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822–848.
- Carl, E., Witcraft, S. M., Kauffman, B. Y., Gillespie, E. M., Becker, E. S., Cuijpers, P., van Ameringen, M., Smits, J. A. J., & Powers, M. B. (2020). Psychological and pharmacological treatments for generalized anxiety disorder (GAD): a meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive behaviour therapy*, 49(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1560358>
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., Donders, A. R. T., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914–924. <https://doi.org/10.1002/da.22788>
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B., & Olfson, M. (2010). Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry*, 72(1), 43–50. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05094blu>
- Crane, C., & Williams, J. M. G. (2010). Factors associated with attrition from mindfulness-based cognitive therapy in patients with a history of suicidal depression. *Mindfulness*, 1(1), 10–20. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0003-8>
- de Vibe, M., Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell systematic reviews*, 13(1), 1–264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Durham, R. C., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalised anxiety disorder: A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1), 19–26. <https://doi.org/10.1192/bjp.163.1.19>
- Ebrahiminejad, S., Poursharifi, H., Roodsari, A. B., Zeinodini, Z., & Noorbakhsh, S. (2016). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Iranian female adolescents suffering from social anxiety. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(11). <https://dx.doi.org/10.5812%2Fircmj.25116>
- Edwards, A. R., Evans, S., Aldao, A., Haglin, D., & Ferrando, S. J. (2014). Implementing a mindfulness-based stress reduction program in the community: Lessons learned and suggestions for the future. *The Behavior Therapist*, 37(1), 13–17.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., McInnes, L. A., Mathalon, D. H., & Feldman, M. D. (2016). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and psychosomatics*, 85(2), 99–110. <https://doi.org/10.1159/000442260>
- Evans, S. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. In S. J. Eisendrath (Ed.), *Mindfulness-based cognitive therapy* (s. 145–154). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-29866-5_13

- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, Ch., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders* 22, 716–721. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
- Farb, N. A., Segal, Z. V., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., Fatima, Z., & Anderson, A. K. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social cognitive and affective neuroscience*, 2(4), 313–322. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry*, 6(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Foley, E., Baillie, A., Huxter, M., Price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 72–79. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0017566>
- Fox, M. D., & Greicius, M. (2010). Clinical applications of resting state functional connectivity. *Frontiers in systems neuroscience*, 4, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fnsys.2010.00019>
- Fryba, M. (2003). *Umění žít šťastně: Buddhova Abhidhamma v praxi meditace a zvládání života*. Argo.
- Germer, Ch. K. (2005). Mindfulness: What Is It? What Does It Matter?. In Ch. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and Psychotherapy* (s. 3–27). The Guilford Press.
- Gilpin, R. (2009). The use of Theravada Buddhist practices and perspectives in mindfulness-based cognitive therapy. *Contemporary Buddhism*, 9, 227–251. <https://doi.org/10.1080/14639940802556560>
- Goodwin, H., Yiend, J., & Hirsch, C. R. (2017). Generalized Anxiety Disorder, worry and attention to threat: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 54, 107–122. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.006>
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Smith, S. M., Saha, T. D., & Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological medicine*, 35(12), 1747–1759. <https://doi.org/10.1017/S0033291705006069>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K., & Kuyken, W. (2016). Examining the factor structure of the 39-item and 15-item versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire before and after mindfulness-based cognitive therapy for people with recurrent depression. *Psychological Assessment*, 28(7), 791–802. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000263>

- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N., & Külz, A. K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder—A qualitative study on patients' experiences. *BMC psychiatry*, *12*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-185>
- Hoge, E. A., Hölzel, B. K., Marques, L., Metcalf, C. A., Brach, N., Lazar, S. W., & Simon, N. M. (2013). Mindfulness and self-compassion in generalized anxiety disorder: Examining predictors of disability. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *2013*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2013/576258>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same?. *Journal of clinical psychology*, *67*(4), 404–424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Van Der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PloS one*, *13*(1), 1–37. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General hospital psychiatry*, *4*(1), 33–47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion Books.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*, *12*(1), 281–306. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Život samá pohroma: jak čelit stresu, nemoci a bolesti pomocí moudrosti těla a mysli*. Jan Melvil Publishing.
- Kamarádová, D., Praško, J., Látalová, K., Panáčková, L., Švancara, J., Ocisková, M., Grambal, A., Sigmundová, Z., Jelenová, D., Kováčsová, A., Cakirpaloglu, S., Kasalová, P., Bareš, V., & Vrbová, K. (2016). Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *112*(4), 153–158.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, *21*(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Key, B. L., Rowa, K., Bieling, P., McCabe, R., & Pawluk, E. J. (2017). Mindfulness-based cognitive therapy as an augmentation treatment for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(5), 1109–1120. <https://doi.org/10.1002/cpp.2076>

- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 78(6), 519–528. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kim, B., Cho, S. J., Lee, K. S., Lee, J. Y., Choe, A. Y., Lee, J. E., Choi, T. K., & Lee, S. H. (2013). Factors associated with treatment outcomes in mindfulness-based cognitive therapy for panic disorder. *Yonsei medical journal*, 54(6), 1454–1462. <http://dx.doi.org/10.3349/ymj.2013.54.6.1454>
- Kim, B., Lee, S. H., Kim, Y. W., Choi, T. K., Yook, K., Suh, S. Y., Cho, S. J., & Yook, K. H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 590–595. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.019>
- Kim, M. K., Lee, K. S., Kim, B., Choi, T. K., & Lee, S. H. (2016). Impact of mindfulness-based cognitive therapy on intolerance of uncertainty in patients with panic disorder. *Psychiatry investigation*, 13(2), 196–202. <https://dx.doi.org/10.4306%2Fpi.2016.13.2.196>
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., & Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 26(7), 601–606. <https://doi.org/10.1002/da.20552>
- Kořínek, D., Benda, J., & Žitník, J. (2019). Psychometrické charakteristiky krátké české verze dotazníku Pěti aspektů všímavosti (FFMQ-15-CZ). *Československá psychologie*, 63(1), 55–70.
- Kratochvíl, S. (2017). *Základy psychoterapie*. Portál.
- Krisanaprakornkit, T., Sriraj, W., Piyavhatkul, N., & Laopaiboon, M. (2006). Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004998.pub2>
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Rose, N., Heidenreich, T., Jelinek, L., Alsleben, H., Wahl, K., Philipsen, A., Voderholzer, U., Maier, J. G., & Moritz, S. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(2), 223–233. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2008). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 18(6), 571–579. <https://doi.org/10.1002/pon.1400>

- Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Mohlman, J., Shear, M. K., Dew, M. A., Schulz, R., Miller, M. D., Tracey, B., & Reynolds, C. F. (2005). Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *The American journal of geriatric psychiatry*, *13*(1), 77–80. <https://doi.org/10.1097/00019442-200501000-00011>
- Lovas, D. A., & Schuman-Olivier, Z. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: a systematic review. *Journal of affective disorders*, *240*, 247–261. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.017>
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, *130*(1–2), 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.027>
- Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. *Annual review of psychology*, *45*(1), 25–50.
- Nosková, E., Šebela, A., & Stopková, P. (2020). Aktuální trendy v léčbě generalizované úzkostné poruchy. *Psychiatrie pro praxi*, *21*(2), 66–72.
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S., & Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. *European neuropsychopharmacology*, *16*, 109–118. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2006.04.003>
- Ocisková, M., & Praško, J. (2017). *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Grada Publishing.
- O’Doherty, V., Carr, A., McGrann, A., O’Neill, J. O., Dinan, S., Graham, I., & Maher, V. (2015). A controlled evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for patients with coronary heart disease and depression. *Mindfulness*, *6*(3), 405–416. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0272-0>
- O’Donovan, A., & May, S. (2007). The advantages of the mindful therapist. *Psychotherapy in Australia*, *13*(4), 46–53.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, *51*(5), 403–410. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2009.00801.x>
- Praško, J., Možný, P., & Šlepecký, M. (2007). *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(2), 91–97. <https://dx.doi.org/10.1097%2F01.nmd.0000198140.02154.32>

- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 54–68. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior therapy*, 40(2), 142–154. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Rumi, J. (2004). *Selected Poems*. Penguin Books.
- Sanderson, W. C., DiNardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III—R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99(3), 308–312.
- Sanderson, W. C., Wetzler, S., Beck, A. T., & Betz, F. (1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 51(2), 167–174. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90036-1](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90036-1)
- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. The Guilford Press.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.1.2.105>
- Simon, N. M. (2009). Generalized anxiety disorder and psychiatric comorbidities such as depression, bipolar disorder, and substance abuse. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(2), 10–14. <https://doi.org/10.4088/JCP.S.7002.02>
- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 63–69. <https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
- Smith, J. P., & Book, S. W. (2010). Comorbidity of generalized anxiety disorder and alcohol use disorders among individuals seeking outpatient substance abuse treatment. *Addictive behaviors*, 35(1), 42–45. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.07.002>
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of affective disorders*, 79(1-3), 161–166. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00457-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00457-3)
- Strauss, C., Gu, J., Montero-Marín, J., Whittington, A., Chapman, C., & Kuyken, W. (2021). Reducing stress and promoting well-being in healthcare workers using mindfulness-based cognitive therapy for life. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(2), 100227. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100227>

- Světová zdravotnická organizace (1996). *Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: Diagnostická kritéria pro výzkum*. Psychiatrické centrum.
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně behaviorální terapii: nové směry*. Portál.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(2), 275–287. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.70.2.275>
- Tyrer, P. (2018). Against the Stream: Generalised anxiety disorder (GAD)—a redundant diagnosis. *BJPsych bulletin, 42*(2), 69–71. <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.12>
- ÚZIS ČR. (n.d.). *Mezinárodní klasifikace nemocí*. <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci#mkn11>
- van der Lee, M. L., & Garssen, B. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy reduces chronic cancer-related fatigue: a treatment study. *Psycho-Oncology, 21*(3), 264–272. <https://doi.org/10.1002/pon.1890>
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J., & Pouwer, F. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic research, 77*(1), 81–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.03.013>
- Wang, C., Wu, Y., Su, C., Lin, P., Ko, C., & Yen, J. (2017). Association between Internet gaming disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Behavioral Addictions J Behav Addict, 6*(4), 564–571. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.088>
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 23*(3), 301–320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Willey.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons.
- Wells, A., & Butler, G. (1997). Generalized anxiety disorder. In D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (s. 155–178). Oxford University Press.
- Winkler, P., Formanek, T., Mlada, K., Kagstrom, A., Mohrova, Z., Mohr, P., Csemy, L. (2020). Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 29*, 1–8. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000888>

- Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P., & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *The Journal of clinical psychiatry*, *63*(8), 24–34.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655–679.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *51*(5), 355–364. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>
- Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Mak, W. W. S., Mercer, S., Cheung, E. Y. L., Ling, C. Y. M., Lui, W. W. S., Tang, W. K., Lo, H. H. M., Wu, J. C. Y., Lee, T. M. C., Gao, T., Griffiths, S. M., Chan, P. H. S., & Ma, H. S. W. (2016). Mindfulness-based cognitive therapy v. group psychoeducation for people with generalised anxiety disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(1), 68–75.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.166124>
- World Health Organization (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Yook, K., Lee, S. H., Ryu, M., Kim, K. H., Choi, T. K., Suh, S. Y., Kim, Y. W., Kim, B., Kim, M. Y., & Kim, M. J. (2008). Usefulness of mindfulness-based cognitive therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: a pilot study. *The Journal of nervous and mental disease*, *196*(6), 501–503.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31817762ac>
- Žitník, J. (2011). *Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení* [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Repozitář závěrečných prací.
<https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/100286>

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BAI	Beckův inventář úzkosti; Beck Anxiety Inventory
DSM-III-R	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 3. edice, revidovaná
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. edice
FFMQ	Dotazník pěti aspektů všímavosti; Five Facets of Mindfulness Questionnaire
FFMQ-15-CZ	Dotazník pěti aspektů všímavosti, 15položková verze; Five Facets of Mindfulness Questionnaire
fMRI	funkční magnetická rezonance
GAD	generalizovaná úzkostná porucha
KBT	kognitivně behaviorální terapie
MAAS	The Mindfulness Attention Awareness Scale
MBCT	kognitivní terapie založená na všímavosti; Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBCT-L	Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Life
MBSR	program zmírňování stresu založený na všímavosti; Mindfulness-Based Stress Reduction
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize
ORL	otorhinolaryngologie
SNRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TCA	tricyklická antidepresiva