

VÝZKUM A KLINICKÁ APLIKACE MEDITACE

LUKÁŠ ONDŘEJ

Meditace se v posledních letech stala věrným tématem psychologického výzkumu a klinické aplikace. Tato přehledová studie krátce uvádí do historie výzkumu meditace, poukazuje zdravotní přínos a rizika spojená s praktikováním meditace, její praktické využití a limity jako intervenční techniky v psychoterapii, a dává kritický pohled na úvod meditace do praxe.

Klíčová slova: meditace, mindfulness, psychoterapie, riziko, kontraindikace

Úvod

Meditace, tedy soubor mentálních, fyzických a spirituálních cvičení, je přítomná, alespoň v jakési rudimentální podobě, již v prehistorických civilizacích, ve formě rituálních tanců, repetitivních rytmických popěvků, šamanismu apod. V posledních několika dekádách se stala meditace věrným tématem psychologického výzkumu a možné klinické aplikace. Naneštěstí je meditace velmi těžce vědecky uchopitelná a její hlavní komponenty zůstávají neobjasněny.

Cílem této přehledové studie je představit meditaci jako téma psychologického výzkumu, poukázat na její zdravotní účinky a rizika, uplatnění v terapeutické praxi, a podat velmi často opomíjený kritický pohled na využití meditace v psychoterapeutickém procesu.

Definice a historie výzkumu meditace

Meditace a nejrůznější meditační techniky byly v minulosti vždy provázány s mysticismem a náboženstvím. Vezmeme-li v úvahu pestrost světových náboženských praktik, jejich kulturní a filozofický kontext, není překvapující, že termín „meditace“ nabývá vysoce nejasného významu, jehož deskriptivní možnosti jsou z hlediska striktního vědeckého přístupu limitovány. Někteří autoři hovoří o neadekvátnosti používání tohoto termínu pro účely výzkumu a potřebě přesného a detailního popisu každé jednotlivé zkoumané techniky (Lutz, Dunne, & Davidson, 2007). Shapiro pragmaticky podává „obecnou“ definici meditace jakožto *„množiny praktik jež trénují pozornost a uvědomění, většinou s cílem pěstovat psychologické a spirituální blaho a zralost. Toho meditace dosahuje tréninkem a přenesením mentálních procesů pod vyšší volní kontrolu, a jejich prospěšným využitím“*

(Shapiro, Walsh, & Briton, 2003, p. 70). Ve shodě s touto definicí se pojmem meditace v jeho obecném významu zabývá také veškerý následující text.

Zejména v raných fázích výzkumu je pojem meditace pod vlivem pereniální filozofie¹ často zaměňován s jinými přídomky, jako například relaxace. Tato tendence je nejvýrazněji zastoupena v práci Herberta Benaona, který v roce 1975 ve své knize *Relaxation response* v podstatě redukuje meditaci na relaxační odpověď a vymezuje ji jako opak Cannonovy poplachové reakce.

Přestože pojednání odlišující meditaci od pouhého stavu relaxace byly známy již v době publikace Bensonovy monografie, skutečný průlom ve výzkumu meditace nastal až v roce 1999, kdy Dunn, Hartigan & Mikulas zveřejnili studii, která doložila nejen jedinečný charakter stavů relaxace a meditace, ale jež zároveň poprvé empiricky potvrdila již dávno předpokládané rozdílné neurofyziologické odpovědi při koncentrativní a mindfulness meditaci. Hlavní rozdíly obou forem meditace souvisí s uplatněním pozornostních procesů. U koncentrativní formy je pozornost soustředěná na jeden či skupinu stimulů, jako například rytmus dechu, oproti tomu je pro mindfulness (česky všímavost) typické rozdělení pozornosti a vnímání všech působících podnětů bez jejich souběžného hodnocení – uvědomování si právě probíhajících psychických a tělesných jevů. Shapiro (1982) v gestaltistické terminologii přirovnává koncentrativní meditaci k figuře a mindfulness k pozadí. Relaxace se oproti oběma formám meditace projevuje jiným vzorcem elektroencefalografické aktivity a dá se charakterizovat jako navozené vypnutí pozornosti.

Zatímco koncentrativní typy meditace jsou běžně přítomny v náboženském kontextu evropské kultury (modlitby, duchovní cvičení), je mindfulness spojená s východními tradicemi, zejména pak s buddhismem a některými formami jógy. Analyticky uvažující euroamerická kultura tak při výzkumu východních technik často opomíjí jejich náboženské souvislosti a má tendenci redukovat meditaci pouze na její technický prvek. A právě o výzkum a aplikaci mindfulness jeví odborná veřejnost největší zájem. V minulosti se jednalo o populární transcendentální meditaci a nyní jsou to různé programy, které z techniky mindfulness vycházejí a jež jsou vyvíjeny za účelem terapeutickým.

V současnosti prochází výzkum meditace svou druhou fází. Prvotní zvýšený zájem o studium meditačních technik v 70. letech, související s prudkými společenskými změnami, byl ve druhé polovině 90. let stimulován rychlým nástupem zobrazovacích technik a lepšími možnostmi studia v rovině neurální. Významným faktorem, jež přispívá ku zvýšenému zájmu o studium a aplikaci meditace ve zdravotní oblasti, je rychlý rozvoj východních společností, ve kterých zaujímá meditace tradiční postavení.

Zdravotní prospěšnost

Aplikace meditace ve zdravotní oblasti byla ve svých počátcích studována prizmatem Bensonovy relaxační odpovědi. Nejvíce znalostí o prospěšnosti meditace na organismus máme tedy o účincích, jež jsou totožné s konceptem relaxační odezvy; pozitivní vliv na kardiovaskulární a respirační funkce (snížení srdečního rytmu, krevního tlaku a pulsu,

¹ Pereniální filozofie je založena na představě antropologických univerzálií, které jsou časově a kulturně nezávislé, a jež jsou uchopitelné díky filozofickému vhledu. Tyto univerzální pravdy se vztahují k podstatě přírody, lidství či vědomí. V dnešní době je tato myšlenka již převážně překonána.

snížení obsahu laktátu, kortisolu a noradrenalinu v krvi, nižší potřebu kyslíku a redukci svalového napětí).

Prospěch plynoucí z meditačních cvičení, přestože vyžaduje holistický přístup, bývá pro zjednodušení často nahlížen v intencích tří kategorií: aspektu fyziologického (např. snížení hypertenze či hladiny cholesterolu), psychologického (snížení úzkosti, změně sebezpojetí) a behaviorálního (snížení afektivity či užívání tabáku). Mnohé účinky meditace začaly být velmi záhy spojovány a bylo jasné, že většina má společný původ (například meditací zvýšená hladina serotoninu má pozitivní vliv při depresi, insomnií či obezitě). Vzhledem k multidimenzionální a komplexní povaze však doposud nebyl identifikován žádný konkrétní vzorec, který by objasňoval vzájemné působení metabolických, autoimunitních, endokrinologických a neurologických změn. V současné době panuje shoda, že meditace vede k sekundárním fyziologickým a biochemickým změnám, které jsou vyvolány a odpovídají hloubce „ponoření se“ do meditačního stavu (Delmonte, 1985; Austin, 1999).

Tradičně nejrozšířenější je užití meditace ve zdravotních programech zaměřených na kontrolu stresu, úzkosti a fobií, bolesti a fyzických či emočních symptomů spojených s chronickými onemocněními a jejich léčbou. Z psychologického hlediska se věnuje pozornost možnosti aplikace při depresivních stavech a insomnií. Samostatnou a velmi zajímavou výzkumnou kategorií pak tvoří vliv meditace na mozkovou činnost, a to jak z krátkodobého, tak i dlouhodobého pohledu (např. Austin, 1999).

Arias et al. (2006) dochází ve svém přehledu čítajícím 82 studií k závěru, že nejvíce evidence pro užití meditace jakožto léčebného prostředku existuje u epilepsie, symptomů premenstruačního syndromu a menopauzy. Slibně hodnotí rovněž aplikaci při nepsychotických emočních a úzkostných poruchách a stavech, autoimunitních onemocněních a emočních rozladách doprovázejících neoplastické choroby. Je však třeba zdůraznit, že pouhých 20 studií splnilo přísná metodologická kritéria a 62 studií bylo vyřazeno. Jak autoři sami poukazují, aplikace meditace v psychologické dimenzi stále postrádá metodologicky důkladně zpracované studie, které by dosavadní zjištění podpořily.

Zdravotní rizika

Zejména v posledních letech je zřetelný zvýšený zájem o využití meditace v terapeutickém procesu. Původně velmi redukovaný pohled je nahrazován koncepcemi omnipotentního charakteru. Není divu, že často dochází k nesprávné aplikaci techniky bez předchozího zvážení zdravotní způsobilosti a přehlížení možných rizik.

Výzkum nežádoucích účinků je založen převážně na výpovědích meditujících, často jako vedlejší produkt hledání pozitivních účinků. Sebevýpovědní metody výzkumu, užívány zejména u mindfulness technik, jsou sice psychometricky velmi slibné, ale konstruovány výhradně s motivací prozkoumat průběh a pozitivní vliv meditace (Baer et al., 2006). Vedlejší a nežádoucí účinky jsou ve stávajícím výzkumu přehlíženy, a zdrojem informací tak zůstává starší literatura, přehledové a kazuistické studie. D. Shapiro (1992) uvádí, že ze skupiny 27 zkušených meditujících jich 17 zaznamenalo alespoň jeden vedlejší efekt a 2 měli zkušenost s vážnými nežádoucími účinky. Jak shrnuje, jednalo se o meditací vyvolané úzkostné stavy, tenzi, ztrátu motivace, depresivní epizody, zkrleslé vnímání

reality a bolest. Délka praktikování meditace neměla údajně vliv jak na kvalitu, tak i frekvenci těchto projevů. Austin (1999, p. 373) tomuto zjištění oponuje a tvrdí, že „*vedlejší projevy mají tendenci ustát, pokud je meditace zkrácena, a zcela vymizet, je-li prováděna pravidelně v období měsíců až let.*“

Rovněž Craven (1989) popisuje nežádoucí účinky jako jemné disociace, pocity viny a psychóze podobné příznaky. Halucinace a disociace z reality jako meditací indukované stavy uvádějí také mnohé další kazuistické studie (French, Schmid, & Ingalls, 1975; Trujillo, Monterrey, & Gonzáles de Rivera, 1992; Sethi & Bhargava, 2003). Vedle stavů derealizace bylo zaznamenáno, že meditace může rovněž precipitovat depersonalizační syndrom (Castillo, 1990) a mánií (Yorston, 2001). Kuijpers et al. (2007) podává rozsáhlý přehled nežádoucích účinků, které jsou dávány do souvislosti s praktikováním meditace, společně s revizí většiny publikovaných studií a kazuistik, a shrnuje, že „*meditace může vyvolávat závažné vedlejší psychologické účinky, včetně projevů depersonalizace, derealizace a psychotických symptomů jako jsou halucinace a poruchy nálady*“ (p. 461).

První projevy vedlejších účinků se mohou objevit jednak v průběhu samotného cvičení, jakož i oddáleně. Jak je zřejmé, představují vedlejší účinky závažný problém, který si zaslouhuje patřičnou pozornost. Relevantní a v češtině dostupné jsou například práce Kornfielda (2008) a Preece (2009).

Kontraindikace

S ohledem na procesy, které může spustit, je meditace kontraindikována u zdravých jedinců s rizikovou osobnostní strukturou a některých psychických onemocnění. Zvýšené riziko existuje rovněž u jedinců trpícími spánkovou a senzorickou deprivací, jak dokládá několik kazuistických studií (Chan-ob & Boonyanaruthee, 1999; Sethi & Bhargava, 2003). U takto vulnerabilních jedinců může vést meditace až k nástupu akutní psychózy.

Za rizikové jsou pokládány subpopulace, pro které je typická osobnostní struktura vyznačující se velmi křehkou úrovní sebezpojetí, nedostatkem empatie, rigidní kontrolou; jedná se tedy převážně o jedince vykazující hraniční, schizotypní, disociativní, antisociální, hystriónské či narcistické osobnostní rysy (Persinger, 1992).

U psychických onemocnění se pak jedná o poruchy osobnosti vycházejících z výše zmíněných osobnostních profilů. Nejvíce pozornosti se věnuje dlouhodobě jedincům s psychotickými epizodami v anamnéze, u kterých existuje zvýšené riziko relapsu vyvolaného meditací. Přestože celá řada studií dokládá účinnost meditace u deprese, je dlouhodobě diskutována otázka jejího použití u těžších forem deprese. Zatímco u lehčích forem může meditace působit jako léčebný a preventivní faktor, měla by být meditace u těžkých depresí, a obecně v případě jakékoliv léčby antidepressiv, zásadně kontraindikována (Lazarus, 1976; Otis, 1984).

Společným klíčem většiny negativních účinků vyvolaných meditací je neurotransmitter serotonin. Zvýšená hladina serotoninu je spojována s obsesivně-kompulzivní poruchou, tiky a schizofrenií. U určitých predisponovaných jedinců tak může i pouhé jedno meditační sezení zvýšit již tak vysokou sekreci serotoninu a vést k okamžitému nástupu psychózy. Naopak, chronicky snížená hladina serotoninu je připisována určitým formám úzkosti

a deprese. V případě léčby antidepresivy, především pak nepoužívanějšími SSRI², může dojít ke znásobení účinků farmak a meditace, a existuje zvýšené riziko nástupu serotoninového syndromu, který může vést ve velmi extrémních případech během poměrně krátké doby i k úmrtí. Je nutno zdůraznit, že podobný případ dosud nebyl v odborné literatuře popsán a mnohem reálnější je riziko slabší formy hyperserotonemie. Ta se projevuje zvýšeným krevním tlakem a srdečním rytmem, třesem, pocením, rozšířením zornic, hypervigilancí a celkovou agitací organismu. Z kognitivního hlediska pak hypománií, halucinacemi a zmateností (Snyder, 1986, 1996).

Meditace v psychoterapii

Mnoho zkušených meditujících psychoterapeutů namítá, že jsou možná zdravotní rizika spojená s praktikováním meditace demonizována a že ve skutečnosti lze vytvořit vhodné meditační techniky i pro jedince, kteří jsou považováni za vulnerabilní. Lze se tak setkat s individualizovanými technikami pro pacienty trpícími schizofrenií, hraniční poruchou osobnosti (Lukoff et al., 1986; Linehan, 1987) aj. Z čistě praktického hlediska jsou však tyto programy ve zdravotní praxi jen obtížně použitelné, neboť nelze předpokládat, že by většina terapeutů měla dostatečnou přípravu a zkušenosti s meditačními technikami.

V USA v posledních letech došlo k prudkému nárstu využívání alternativních léčebných postupů, a zatímco u většiny metod je trend spíše stagnující, využití meditace jakožto léčebného prostředku vykazuje stále rostoucí tendenci. Mezi léty 2002 a 2007 došlo k nárstu pacientů využívajících meditaci ze 7,6 na 9,4 % (Barnes, Bloom, & Nahin, 2008). Podobný trend lze zaznamenat také ve Spojeném království. Při takovémto množství klientů je opodstatněná otázka vyškolení personálu, který meditaci poskytuje.

Myšlenka využití meditace v psychotherapeutickém procesu byla zpočátku rozvíjena v převážně teoretické rovině. V posledních dvou dekáдах pak dochází k praktickému uplatnění. První významnější studii aplikace mindfulness jako primární či sekundární terapeutické techniky při nejrůznějších psychiatrických onemocněních zveřejnil v roce 1975 Deatherage, který konceptualizoval meditaci jako finančně nenáročnou sebezdravnou techniku, umožňující pochopení vlastních psychických pochodů, získání náhledu na ně, a potažmo tak jejich lepší kontroly. Také mnoho dalších autorů dochází k závěru, že nejpřínosnějším prvkem meditace využívající intervence je kognitivní restrukturalizace umožňující získání náhledu (Shapiro, Jr., & Giber, 1984; Bogart, 1991). Meditace je tak vnímána jako typ introspekce zvyšující kvalitu psychotherapie procesem sebeexplorace, a umožňující tak její rychlejší průběh.

Tento synergický přístup chápe meditaci jako podpůrný prvek terapie a staví na jejich technické kompatibilitě a vzájemném posílení účinků. Mnoho odborníků však interakční model podrobuje kritice a namítá, že cíl meditace (iluze vlastního já) a terapie (podporný růst kohezního já) jsou ve vzájemném rozporu (Bogart, 1991). Bacher (1981) navrhuje

² Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (selective serotonin reuptake inhibitors) jsou novější skupinou léků proti depresi, úzkostným poruchám a některým jiným psychickým poruchám a stavům. Často jsou poměrně úspěšně využívány k léčbě insomnie. Předpokládá se, že SSRI léky zvyšují hladinu serotoninu v synaptické šterbině tím, že zabraňují jeho zpětnému buněčnému vstřebávání.

konceptu sekvenční, kdy psychoterapie meditaci předchází. Ve svém modelu zdůrazňuje přístup respektující individualitu vývoje a argumentuje, že disidentifikaci s vlastními emočními a egoistickými potřebami, kterou meditace představuje, jsou schopny podstoupit pouze osobnosti plně vyzrálé a připravené. Bogart (1991) dochází k závěru, že multimodální charakter meditace lze uplatnit v terapii nejrůznějšími cestami a zdůrazňuje prvek relaxační, sebnáhled a přístup do vlastního nevědomí. Shrnuje, že v určitých případech sice může být meditace s psychoterapií kompatibilní, ale jindy je naopak kontraproduktivní a terapeutický proces ohrožuje. Tématem meditace a terapie se zabývá například práce Eglera (2003) a v češtině pak J. Bendy (2010).

Stávající praxe

Přestože koncentrativní formy meditace se dají při pravidelné praxi zvládnout relativně rychle, je v současné době téměř veškerá vědecká a klinická činnost zaměřena na mindfulness. Dochází tak k paradoxu, kdy jsou klienti a pacienti, kteří s meditací nemají žádnou zkušenost, vyučováni její nejtěžší možné formě. Zde je nutno zdůraznit, že zvládnutí koncentrativní meditace bylo v buddhismu vždy nezbytným předpokladem přechodu ke složitějším formám mindfulness. A tak zatímco v zenových kláštrech, kde meditace představuje centrální bod náboženské zkušenosti, se mindfulness mohla věnovat až po mnoha letech výcviku poměrně malá skupina zasvěcených mnichů, v euroamerické kultuře dnes učí pacienti praktikovat mindfulness zdravotní sestry, které absolvovaly víkendový seminář.

Zřejmě nejrozšířenější systém představuje mindfulness program založený na redukci stresu (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR), který vytvořil Jon Kabat-Zinn (1990) pro pacienty trpícími chronickou bolestí a stresem vyvolanými poruchami. Technika je využívána i pro celou řadu dalších chronických onemocnění a klinických i neklinických poruch; zejména úzkostí, poruch příjmu potravy a depresí (Grossman et al., 2004).

Dalším rozšířeným konceptem je z mindfulness vycházející kognitivní terapie (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT), modifikující MBSR pro pacienty trpícími depresí za účelem působit preventivně a zabránit relapsu. Cílem je získání kognitivního náhledu a změna postoje k vlastním negativním myšlenkám (Teasdale, Segal, & Williams, 1995).

Konečně třetí neznámější koncept vytvořila a rozvinula Marsha Linehan. Dialektická behaviorální terapie (DBT) je původně přístup určený pro pacienty s hraniční poruchou osobnosti, ale výzkum naznačuje úspěšnost rovněž u spektra poruch nálady, poruch příjmu potravy (Telch, Agras, & Linehan, 2000; Safer, Telch, & Agras, 2001), zneužívání návykových látek, sebepoškozování a suicidálního chování (Linehan et al., 2006). Program byl vytvořen za účelem navození spolupráce s nemotivovanými pacienty a vychází z Hegelova dialektického procesu. Protichůdnými silami jsou přijetí skutečnosti a snaha o změnu, a cílem pak jejich vzájemná syntéza skrze terapeutický proces.

Velice srozumitelný přehled mindfulness výzkumu a užití v praxi podává v Československé psychologii Jan Benda (2007).

Koncentrativní meditace je v nynější praxi přehlížena a na rozdíl od mindfulness nejsou vyvíjeny speciální koncepty jejího využití v psychoterapii. Jako doplněk k probíhajícímu

terapeutickému procesu se pak nabízí tradiční techniky, které z koncentrativní meditace vycházejí, jakými jsou mantrová meditace, trataka³ či některé jiné jógické techniky.

Kritika

Nejčastěji kritizována je metodologická stránka výzkumu meditace. Výzkum trpí kvalitativními nedostatky, hlavně nízkým počtem subjektů, neexistencí kontrolní skupiny, neadekvátním hodnocením integrity léčby a ignorováním velkého množství intervenujících proměnných (Allen, Chambers, & Knight, 2006). Kromě chyb týkajících se důslednosti výzkumného designu je klasickým problémem mnoha studií nedostatečný popis zkoumané techniky, a zejména pak chybějící informace o délce a intenzitě poskytnutého tréninku (S. L. Shapiro et al., 2003). V oblasti aplikace je pak možno se setkat s ignorováním kontextu meditační techniky a jejím až příliš zjednodušeným začleněním do psychotherapeutického procesu (Perez-de-Albeniz & Holmes, 2000).

Limitujícím faktorem výzkumu meditace je již samotná definice, respektive problémy spojené s její formulací. Přestože existují určité pokusy o obecnou operacionální definici (e.g. Bishop et al., 2004), existuje skepse stran jejího užití ve vědeckém výzkumu. Důvodem je komplexní a mnohvrstevnatý charakter meditačních technik, jemné nuance a odlišnosti, které však mohou hrát během intervence důležitou roli a mít významný vliv na výsledný výstup; jednotlivé aspekty meditace by proto měly být zváženy před tvorbou výzkumného projektu (Caspi & Burleson, 2005). V poslední době je možno sledovat postupný trend opouštění vágních obecných definic či operacionálních popisů a jejich nahrazování detailní a přesnou specifikací zkoumané techniky, jak navrhuje Lutz, Dunn & Davidson (2007).

Dalším faktorem, který bývá často ve výzkumu meditace přehlížen, je interindividuální reaktivita na zkoumanou techniku. Vzhledem k tomu, že jednotlivé meditační techniky vykazují velkou diverzitu fyziologických odpovědí, je velmi pravděpodobné, že jedna metoda může vyvolávat různé fyziologické reakce u rozdílných subjektů (Maupin, 1965; Blackwell et al., 1976). Pokud je tento předpoklad správný, což potvrzují některá novější zjištění (např. Murata et al., 2004; Takahashi et al. 2005), pak další metodologickou výzvu představuje vytvoření optimálního postupu, který by překonával pnutí mezi standardizací intervenčního protokolu, tak aby byla zachována jeho interní validita, a individualizací, jež by naopak podporovala validitu externí. Caspi & Burleson (2005) vidí řešení v ATI modelu výzkumu, který zohledňuje individuální charakteristiky již během samotného designu výzkumného plánu. Jako jeden z důležitých faktorů uvádějí implementaci kvalitativních a diferenciativních metod.

V oblasti aplikace je kritizován zejména fakt, že doposud nebyly dostatečně osvětleny mechanismy meditace a spolehlivost účinků, jež vyvolává. Účinnost meditace, jakožto základní energetizující esence terapie je často zpochybňována a někteří kritici tvrdí, že výsledek může být ve skutečnosti souhrou nepodchycených intervenujících proměnných (například stav klidu během sezení, pozice těla aj.) a že ve skutečnosti „alternace pozornostních procesů“ vůbec nemusí být hlavní složkou terapeutické změny (Smith, 1984).

³ Trataka je jógická technika rozvíjení koncentrace. Východním prvkem je nepřerušované zírání na externí objekt, jakým je například obrázek, ikona či pouze černá tečka. V dalším stádiu se pozornost koncentruje na plamen svíčky (anglicky flame-gazing).

V budoucím výzkumu by proto bylo vhodné zabývat se všemi elementy, které meditaci provázejí, izolovat je a identifikovat tak terapeuticky účinné mechanismy (Roemer & Orsillo, 2003). Ať již je tomu jakkoliv, nelze než souhlasit s nejnámějším propagátorem mindfulness Jon Kabat-Zinnem (2003), že metodologická kvalita studií meditace se zlepšuje, a stejně je tomu i v oblasti klinické aplikace. Přes všechny své nedostatky představuje meditace, při střídání aplikací, velice slibný způsob terapeutické intervence.

Závěr

Meditace, přestože vzbuzuje vědecký zájem poměrně dlouhou dobu, zůstává relativně neprozkoumaným fenoménem. I když se její uplatnění v terapii jeví jako velmi slibné, stále nebyly objasněny mechanismy jejího působení. Aktuální akcelerace využití meditace ve zdravotní oblasti je kritizována především z důvodu doposud přetrvávajícího chápání meditace jako všemohoucí léčebné techniky a dále kvůli přehlížení možných negativních účinků. Pozitivním momentem vědeckého výzkumu meditace je rychle se zvyšující úroveň poznání a rostoucí kvalita studií.

LITERATURA

- Allen, N. B., Chambers, R., & Knight, W. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(4), 285–94.
- Arias, A. J., Steinberg, K., Banga, A., & Trestman, R. L. (2006). Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(8), 817–32.
- Austin, J. H. (1999). *Zen and the brain: Towards an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge, Massachusetts; London: MIT Press.
- Bacher, P. G. (1981). An investigation into the compatibility of existential-humanistic psychotherapy and Buddhist meditation. *Dissertation Abstracts International*, 42(6-A), 2565–2566.
- 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.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L. (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007*: National Center for Health Statistics.
- Benda, J. (2007). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Československá psychologie*, 51(2), 129–140.
- Benda, J. (2010). O meditaci, psychoterapii a psychospirituální krizi. In J. Honzík (Ed.), *Jednota v rozmanitosti: Současný buddhismus v České republice*. Praha: DharmaGaia.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S. L., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–41.
- Blackwell, B., Bloomfield, S., Gartside, P., Robinson, A., Hanenson, I., Magenheimer, H. et al. (1976). Transcendental meditation in hypertension. Individual response patterns. *Lancet*, 307(7953), 223–226.
- Bogart, G. (1991). The use of meditation in psychotherapy: A review of the literature. *American Journal of Psychotherapy*, 45(3), 383–412.
- Caspi, O., & Burleson, K. O. (2005). Methodological challenges in meditation research. *Advances in Mind-Body Medicine*, 21(1), 4–11.
- Castillo, R. J. (1990). Depersonalization and meditation. *Psychiatry*, 53(2), 158–68.
- Chan-oh, T., & Boonyanaruthee, V. (1999). Meditation in association with psychosis. *Journal of the Medical Association of Thailand. Chotmaihet Thangphaet*, 82(9), 925–930.

- Craven, J. L. (1989). Meditation and psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 34(7), 648–53.
- Deatherage, G. (1975). The clinical use of “mindfulness” meditation techniques in short-term psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 7(2), 133–143.
- Delmonte, M. M. (1985). Biochemical indices associated with meditation practice: A literature review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 9(4), 557–561.
- Dunn, B. R., Hartigan, J. A., & Mikulas, W. L. (1999). Concentration and mindfulness meditations: unique forms of consciousness? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 24(3), 147–165.
- Egler. (2003). Being somebody and nobody: A reexamination of the understanding of self in psychoanalysis and Buddhism. In J. Safran (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An unfolding dialogue* (pp. 35–100). Boston: Wisdom.
- French, A. P., Schmid, A. C., & Ingalls, E. (1975). Transcendental meditation, altered reality testing, and behavioral change: A case report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 161(1), 55–58.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kornfield, J. (2008). *Cesta srdce: Úskali a přisliby duchovního života*. Praha: Eminent.
- Kuijpers, H. J. H., van der Heijden, F. M. M. A., Tuinier, S., & Verhoeven, W. M. A. (2007). Meditation-induced psychosis. *Psychopathology*, 40(6), 461–464.
- Lazarus, A. A. (1976). Psychiatric problems precipitated by transcendental meditation. *Psychological Reports*, 39(2), 601–602.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51(3), 261–276.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L. et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757–766.
- Lukoff, D., Wallace, C. J., Liberman, R. P., & Burke, K. (1986). A holistic program for chronic schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12(2), 274–282.
- Lutz, A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2007). Mediation and the neuroscience of consciousness: An introduction. In P. D. Zelazo, M. Moscovitch & T. Thompson (Eds.), *The Cambridge Handbook of Consciousness* (pp. 499–551). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maupin, E. W. (1965). Individual differences in response to a Zen meditation exercise. *Journal of Consulting Psychology*, 29, 139–145.
- Murata, T., Takahashi, T., Hamada, T., Omori, M., Kosaka, H., Yoshida, H. et al. (2004). Individual trait anxiety levels characterizing the properties of zen meditation. *Neuropsychobiology*, 50(2), 189–194.
- Otis, L. S. (1984). Adverse effects of Transcendental Meditation. In D. H. Shapiro, Jr. & R. Walsh (Eds.), *Meditation: classic and contemporary perspectives*. New York: Aldine Transaction.
- Parez-de-Albeniz, A., & Holmes, J. (2000). Meditation: concepts, effects and uses in therapy. *International Journal of Psychotherapy*, 5(1), 49–58.
- Persinger, M. A. (1992). Enhanced incidence of ‘the sensed presence’ in people who have learned to meditate; support for the right hemispheric intrusion hypothesis. *Perceptual and Motor Skills*, 75(2)(3), 1308–1310.
- Preece, R. (2009). *Moudrost nedokonalosti: Proces individuace v životě buddhisty*. Praha: DharmaGaia.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 172–178.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632–634.
- Sethi, S., & Bhargava, S. C. (2003). Relationship of meditation and psychosis: Case studies. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(3), 382.
- Shapiro, D. H., Jr. (1982). Overview: clinical and physiological comparison of meditation with other self-control strategies. *American Journal of Psychiatry*, 139(3), 267–274.
- Shapiro, D. H., Jr. (1992). Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *International Journal of Psychosomatics*, 39(1–4), 62–67.

- Shapiro, D. H., Jr., & Giber, D. (1984). Meditation and psychotherapeutic effects. Self-regulation strategy and altered state of consciousness. In D. H. Shapiro, Jr. & R. Walsh (Eds.), *Meditation: classic and contemporary perspectives*. New York: Aldine Transaction.
- Shapiro, S. L., Walsh, R., & Britton, W. B. (2003). An analysis of recent meditation research and suggestions for future directions. *Journal for Meditation and Meditation Research*, 3, 69–90.
- Smith, J. C. (1984). Meditation as psychotherapy: a review of the literature. In D. H. Shapiro, Jr. & R. Walsh (Eds.), *Meditation: classic and contemporary perspectives*. New York: Aldine Transaction.
- Snyder, S. H. (1986/1996). *Drugs and the Brain*. New York: Scientific American Library.
- Takahashi, T., Murata, T., Hamada, T., Omori, M., Kosaka, H., Kikuchi, M. et al. (2005). Changes in EEG and autonomic nervous activity during meditation and their association with personality traits. *International Journal of Psychophysiology*, 55(2), 199–207.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33(1), 25–39.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior Therapy*, 31(3), 569–582.
- Trujillo, R. G., Monterrey, A. L., & Gonzáles de Rivera, J. L. (1992). Meditación y psicosis. *Psiquis*, 13(2), 75–79.
- Yorston, G. A. (2001). Mania precipitated by meditation: a case report and literature review. *Mental Health, Religion & Culture*, 4(2), 209–213.

RESEARCH AND CLINICAL APPLICATION OF MEDITATION

L. ONDŘEJ

ABSTRACT

Meditation has in the recent years become grateful subject of psychological research and application. This review presents brief introduction into the history of psychological research on meditation, health benefits and adverse effects related to meditation practice, its practical use and limitations as an intervention technique in psychotherapy, and critical view of its implementation in health system.

Key words: meditation, mindfulness, psychotherapy, adverse effect, contraindication

FORSCHUNG UND KLINISCHE NUTZUNG DER MEDITATION

L. ONDŘEJ

ABSTRAKT

Meditation ist in den letzten Jahren ein ständig treues Thema der psychologischen Forschung und klinischer Anwendung. Diese Studie bringt eine Übersicht, bietet eine Einführung in die Historie der Meditationsforschung, Betont den Beitrag zur Gesundheit und Risiken in Verbindung mit Meditation, ihre praktische Anwendung und auch die Grenzen der Anwendung als Intervention in der Psychotherapie. Sie bietet einen kritischen Blick auf die Einführung der Meditation in die therapeutische Praxis.

Schlüsselwörter: Meditation, Mindfulness, Psychotherapie, Risiko, Kontraindikation

Lukáš Ondřej, SweetTree Home Care Services, London, UK, e-mail: lukasondrej@hotmail.com