

Přepis bolestných vzpomínek v imaginaci

PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.¹, prof. MUDr. Ján Pavlov Praško, CSc.^{1,2}, MUDr. Aleš Grambal, Ph.D.¹, MUDr. Jakub Vaněk¹, PhDr. Michal Kotian³, Mgr. František Hodný¹, PhDr. PaedDr. Marta Zaťková⁴, PhD., doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.^{3,4}, PhDr. Antónia Kotianová, PhD.^{3,4}

¹Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci, Fakultní nemocnice Olomouc

²Katedra psychoterapie, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

³Psychagogia, Liptovský Mikuláš, Slovensko

⁴Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Nitra, Slovensko

Reskripce v imaginaci je jednou ze základních technik integrativního psychoterapeutického směru schematerapie. Jádrem techniky spočívá v identifikaci konkrétní bolestné nebo traumatické vzpomínky a zjištění nenaplněných potřeb v této situaci. Potřeby, které se k situaci vážou, se v rámci přepisu v imaginaci dosytí skrze „nový příběh“, který si pacient s pomocí terapeuta vytvoří a představí. V průběhu individuální nebo skupinové terapie pacient zpravidla podstupuje přepis opakovaně a u různých vzpomínek. Vzpomínky postupně propojuje s každodenními situacemi a učí se je zvládat více adaptivně, v souladu se svými potřebami a s potřebami druhých. Zvyšuje tak postupně schopnost introspekce, sebekontroly a péče o vlastní potřeby. Při realizaci techniky se mohou objevit různé překážky, z nichž v textu rozvádíme především faktory na straně terapeuta a na straně pacienta. Text nabízí některé možnosti řešení těchto překážek.

Klíčová slova: reskripce v imaginaci, kognitivně behaviorální terapie, schematerapie, prožitkové techniky.

Imagery rescripting of painful memories

Imagery rescripting is one of the basic techniques of schematherapy. The basic steps of this technique are: identification of a specific painful or traumatic memory, recognising the unmet needs associated with the situation, and meeting them through a “new story” that the patient imagines. During the individual or group therapy, the patient usually undergoes the rescripting sessions repeatedly and with different memories. That gradually increases patient’s introspection, self-control, and self-care. Various obstacles may arise during the implementation of this technique. The text deals with common factors on the part of the therapist and the patient and offers potential solutions to overcome them.

Key words: imagery rescripting, cognitive behavioural therapy, schematherapy, experiential techniques.

Úvod

Averzivní představy a vzpomínky patří mezi udržující faktory řady psychických poruch (1). Jejich nejčastější formou jsou vizuální představy (2). Tyto představy se často spojují s hlubšími postoji k sobě, k druhým lidem nebo ke světu, které lze popsat jako jádrová přesvědčení nebo raná maladaptivní schémata (3). Hlubší přesvědčení většinou souvisí s prožitím určitých negativních

událostí v dětství a dospívání (např. opuštění, šikana, nadměrné trestání, emoční, sexuální nebo fyzické zneužívání, traumatické události apod.), které nebyly jedincem dostatečně emočně zpracovány (4). Averzivní zážitky mohou probíhat v kterémkoliv životním období – v dětství, pubertě, adolescenci i v dospělosti. Přestože záleží na intenzitě a závažnosti dané události, důležité je i to, v jakém období života nastala.

Vliv časnějších událostí na psychický stav v dospělosti bývá totiž výraznější (3). Např. úmrtí rodiče v raném dětství obvykle mívá na jedince výraznější dopad než úmrtí rodiče v dospělosti.

Ne každá náročná situace působí člověku v dalším životě potíže. Dopad události je ovlivněn vývojovou fází jedince (klíčovými potřebami pro dané období), vrozenou dispozicí (reaktivitou), intenzitou a četností opakování emočně podob-

ných situací. Vyrovnání se s většinou nepříznivých událostí je ovlivněno zejména tím, co následuje po ní. Pokud například dojde k sexuálnímu násilí, ale oběť se může někomu bezpečně svěřit, je o ní adekvátně pečováno, obnoví se pocit bezpečí, jednání útočníka je jednoznačně odsouzeno a je potrestán, nemusí mít pro budoucnost událost významnější důsledky. Opačně, pokud je oběť kritizována, obviňována, situace bagatelizována, nebo zpochybňována, jednání útočníka normalizováno, není potrestán, je riziko negativního ovlivnění života oběti významnější. Některé bolestné, zatěžující nebo traumatické události proto vyvolávají neklid a rozrušení, vtravě se vrací ve formě vzpomínek a jsou doprovázeny tělesnými anebo emočními projevy v reakci na podněty připomínající minulé situace, tzv. spouštěče.

Jedním ze způsobů práce s nepříjemnými vzpomínkami, představami a sny je přepis vzpomínky v imaginaci. Technika přepisu (reskripce) vzpomínek cílí přímo na emoční zpracování těchto zážitků. Jde o sérii terapeutických procedur s cílem pozměnit prožívání traumatických nebo averzivních vzpomínek do nové, přijatelnější představy (5). Cílem přepisu je vytvořit představu, která neutralizuje emoční dopad vzpomínky na původní stresující zážitek. Jedinci zůstává vzpomínka na proběhlou událost, ale nově vytvořená imaginace pomáhá zmírnit, nebo odstranit její emoční dopad.

V současnosti se tato technika používá u škály psychických poruch, jako jsou hraniční porucha osobnosti, sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha, depresivní porucha, bipolární porucha, posttraumatická stresová porucha (PTSD) nebo disociativní poruchy (6, 7, 8, 9, 10, 11, 4, 12, 5). Při přepisu je úkolem terapeuta pomoci pacientovi alespoň částečně převyprávět vzpomínku na stresující událost, vyjádřit příslušné emoce a neaplněné potřeby, a následně mu pomoci zážitek přepracovat tak, aby jeho dopad byl méně bolestný a více posilující.

Přepis vzpomínek je důležitou technikou také u úzkostných poruch, u nichž jsou přítomny traumatické vzpomínky. U některých pacientů může reskripce sloužit jako dostačující přístup v léčbě sociální fobie (7, 9). Přepis vzpomínek vede u pacientů se sociální fobií k emočně podmíněnému přehodnocení situace, což podněcuje změnu důležitých přesvědčení i bez práce se samotnými myšlenkami (bez použití techniky kognitivní restrukturalizace) (13). Reskripce

v imaginaci se však nejčastěji používá u pacientů s PTSD nebo pacientů s hraniční poruchou osobnosti, kteří byli v dětství traumatizováni (14, 11).

Reskripce v imaginaci byla vytvořena ve druhé vlně KBT (6), a posléze převzatá jako jedna z terapeutických strategií do schematerapie (3) a do terapie zaměřené na emoce (13). Je možné ji používat jako hlavní metodu léčby (např. u sociální fobie; (13), u nočních můr; (15), případně se používá jako jedna technika z celého systému strategií u osob s posttraumatickou stresovou poruchou, obsedantně kompulzivní poruchou nebo u poruch osobnosti (3, 8). Tento článek byl napsán se záměrem přinést informace o metodě s ilustrativními příklady, protože se začíná používat „na divoko“ terapeuty, kteří v jejím provádění nebyli vycvičení, což vytváří riziko malpraxe. Metodu lze bezpečně použít vycvičenými psychoterapeuty, nejlépe v kognitivně-behaviorální terapii nebo ve schematerapii. Nelze ji totiž použít ad hoc, ale potřebuje zázemí kvalitního terapeutického vztahu a jasnou konceptualizaci případu s porozuměním, proč reskripci v imaginaci v dané chvíli použít (16).

Pro porozumění reskripce v imaginaci je dobré uvést koncept módů ve schematerapii. Mody jsou ohraničené komplexní vzorce emočního prožívání, myšlení, tělesných reakcí a chování, které se objevují v typických situacích. V modech se jedinec psychicky dostává buď do obdobného stavu, který prožíval v dětství a v němž zažil averzivní události, kdy nebyly naplněny jeho základní potřeby, nebo do stavu internalizovaného rodiče, který ho trápi, kritizuje, straší, navozuje mu vinu nebo má nadměrné požadavky (3). Popsali celkem deset módů, které seskupili do čtyř širších kategorií: dětské mody, dysfunkční zvládací mody, dysfunkční rodičovské mody a zdravé mody (3).

■ Primární nebo vrozené dětské mody (Zranitelné dítě, Rozzlobené dítě, Impulzivní dítě) se rozvíjejí, když základní dětské emocionální potřeby (jako je bezpečí, péče nebo autonomie) nejsou dostatečně naplněny. Tyto „dětské mody“ se projevují intenzivními pocity, jako je strach, úzkost, bezmocnost nebo vztek.

■ Dysfunkční rodičovské mody (Trestající rodič, Kritický rodič, Požadující rodič nebo Strach vzbuzující rodič) představují druhou kategorii módů. Dysfunkční rodičovské mody odrážejí selektivní internalizaci negativních

aspektů postojů důležitých osob (např. rodičů, učitelů, sourozenců, vrstevníků atd.). Young a kol. (3) popsali tři rodičovské mody: „požadující/náročný rodič“, „kritický/trestající rodič“ a „laskavý/ochraňující rodič“, který je adaptivní. Tyto mody (vyjma Laskavého rodiče) mají nejčastěji podobu kritických myšlenek, pokynů nebo komentářů, kdy běží v myslí, že jedinec není dostatečně chytrý na to, aby udělal, co je třeba, nebo dostatečně atraktivní na to, aby ho druzí přijali. V těchto modech se lidé k sobě chovají jako rodiče, jejichž přístup si zvnitřnili. I když tyto mody nazýváme „rodičovské“, neznamená to, že jsou vždy převzaty od rodičů. Jejich vznik mohli vyvolat i jiní lidé a situace v pozdějším životě, např. šikana ve škole nebo vyloučení ostatními vrstevníky, tedy negativní přístup jiných autorit než rodičů. Jejich základní charakteristikou je, že je člověk na sebe či druhé příliš náročný, nebere v úvahu vlastní potřeby, devaluje své emoce nebo se nespravedlivě odsuzuje.

■ Během dětství a dospívání dochází k vývoji maladaptivních zvládacích módů, třetí kategorie módů, které jsou definovány přehnaným používáním nezdravých stylů zvládání (boj – hyperkompenzace, útěk – vyhýbání, zmrznutí – vzdávání se). Všechny mají za cíl chránit jedince před bolestí, úzkostí nebo strachem. Tyto mody maladaptivního zvládání fungují mimo uvědomování a cílem schematerapie je, aby si pacienti uvědomili své zvládací styly a naučili zdravějším a adaptivnějším reakcím. Maladaptivní způsoby zvládání zahrnují obranné mechanismy, což v kognitivní terapii v minulosti chybělo, a umožňuje lépe porozumět poruchám osobnosti jak klinikům, tak pacientům.

■ Nadměrný hyperkompenzační styl představuje modus, ve kterém se osoba snaží jednat tak, aby předešla negativním pocitům spojených s modem Zraněného dítěte. Jde o nadměrnou snahu, perfekcionismus, sebeobětování, či nadměrnou kontrolu. Hovoříme o modu Hyperkompenzátora, který může mít řadu podob.

■ Zvládací styl vyhýbání zahrnuje fyzické, psychologické a sociální stažení a vyhýbání se. Mezi vyhýbavé mody patří Odražený obránce – modus, který se může projevovat různě – od člověka,

který je „mimo“, nebo v interakci krátce ztrácí pozornost, až po těžkou disociaci. Tento modus je velmi často přítomen, když pacienti vstupují do terapie, protože ochraňují Zraněné dítě před ochromujícím strachem nebo bolestivými pocity.

- Poddání se/Kapitulace je třetím zvládacím stylem a představuje poddání se přítomnému schématu. Například pokud je spouštěno schéma Defektnost, reakcí odevzdání by bylo přijmout, že je člověka vadný a chovat se odpovídajícím způsobem: např. říci, že něco nejde zvládnout, že jedinec na to nemá.
- Ve čtvrté kategorii jsou mody zdravé a funkční – Zdravý dospělý, Laskavý rodič a Šťastné dítě.
 - Modus Zdravého dospělého představuje funkční myšlenky, chování a dovednosti potřebné pro fungování v dospělém životě. Je možné jej definovat jako modus, ve kterém si člověk uvědomuje své nenaplněné potřeby a dovede je vhodným způsobem naplnit.
 - Modus Šťastné dítě je prostředek pro hravé a zábavné aktivity, zejména v sociálních situacích. Mnoho pacientů si nemohlo hrát, ani ke hře nebyli povzbuzováni. Proto jim chybějí dovednosti, jak prozkoumat své záliby a věnovat se jim a jak hravě spolupracovat s ostatními a prožívat radost.
 - Modus Laskavého rodiče je vzniká internalizací moudrých, tolerantních lidí. Pokud v sobě jedinec dokáže vybudovat tento modus, pomáhá mu k přijetí vlastních chyb a nedostatků bez nutnosti jejich popírání či nadměrných pocitů viny, ale i k laskavosti a pochopením pro chyby a nedostatky druhých.

Mechanismus působení přepisu v imaginaci

Principem přepisu traumatu je postupné zpracovávání prožitého traumatického zážitku v imaginaci tak, aby došlo ke změně jeho vnitřního významu a emočního zpracování. Jinými slovy, cílem techniky je virtuální „dokončení“ situace a vytvoření „dobrého“ konce, který po traumatizaci chyběl. Toho lze dosáhnout naplněním potřeb jedince, které v dané situaci zůstaly frustrovány. Empirické důkazy o tom, jak funguje základní pracovní mechanismus přepi-

sování vzpomínek, jsou v současnosti omezené (8) zvažuje, že reskripce v imaginaci může změnit význam emocionálních událostí nebo vzpomínek prostřednictvím oslabení původního podmiňování, které proběhlo během traumatické události. Jedná se o proces, kdy jsou napodmiňované vzpomínky na traumatické události, propojené se strachem nebo jinými averzními podněty, oslabeny pomocí jejich podmiňování na neutrální, nebo ochraňující podněty. Existují předběžné důkazy o tom, že negativní podmiňování může být při přepisování vzpomínek skutečně oslabováno (17, 18). Je však zapotřebí dalšího výzkumu, aby se zjistilo, zda oslabování stimulu je klíčovým mechanismem účinnosti reskripce v imaginaci.

Další proměnnou, u které se zdá, že hraje důležitou roli v reskripci, je posílení prožitku zvládání a soběstačnosti. Výzkum reskripce v imaginaci u lidí s posttraumatickými nočními můrami ukazuje, že tato technika působí skrze ovlivnění negativního přesvědčení o soběstačnosti a schopnosti kontrolovat zneklidňující obrazy (10). Podobně také (15) a Germain et al. (19) uvedli, že přepis těchto nočních můr zvyšuje pocit jejich zvládnutí. To může souviset i se staršími vysvětleními této techniky, které zdůrazňují léčivý účinek vyjádření potlačovaných reakcí (8). Vyjádřením těchto inhibovaných odpovědí v novém scénáři (např. obranou před agresorem, odvážným postavením se útočníkovi, úspěšným únikem z nebezpečné situace, vyjádřením potřeb nebo projevením emocí atd.) lze znovu získat pocit zvládnutí, a posílit tak pocit bezpečí.

Kroky přepisu v imaginaci

K reskripci v imaginaci lze přistoupit v době, kdy pacient cítí dostatečné bezpečí v terapeutickém vztahu, protože terapeutovi důvěřuje, a má odvahu k práci na bolestných vzpomínkách. V naší kognitivně-behaviorální praxi se tak děje zpravidla po třetím terapeutickém sezení, ale jsou četné výjimky z tohoto pravidla v případě, že není ustaven bezpečný terapeutický vztah. Přepis v imaginaci je možné aplikovat na nedávnou ohrožující nebo nepříjemnou situaci, ale i na situace z časného dětství, které se nejvíce podílely na vytváření maladaptivních schémat. Terapeutický postup můžeme rozdělit do několika kroků:

a) Vytvoření terapeutické atmosféry (zajištění pocitu bezpečí a kontroly, přijetí a ocenění)

b) Stručný popis bolestného zážitku

c) Zjištění emocionálních potřeb v době zážitku

d) Vložení role „ochránce“

e) Ochrana pacienta (dítěte nebo dospělého) a naplnění jeho potřeb – vytvoření alternativního zážitku s pozitivním vyústěním

f) Přepis vzpomínky v imaginaci

g) Celkové zklidnění a reflexe

a) Vytvoření terapeutické atmosféry (bezpečí a kontrola, přijetí, ocenění)

Terapeut potřebuje pacienta na techniku nejdříve připravit. Základní pocit bezpečí terapeut navodí tím, že omezí možné rušivé vlivy z okolí (telefon, vstupy personálu nebo pacientů). Je také vhodné se pacienta zeptat, jestli mu vyhovuje např. osvětlení, vzdálenost mezi ním a terapeutem, ujistit se, jestli něco nepotřebuje a jestli mohou začít. Terapeut obvykle vede pacienta k tomu, aby se několikrát pomalu nadechl a vydechl, a zeptá se ho, jak se cítí. Ujišťuje jej, že budou postupovat pacientovým tempem, a předá mu kontrolu nad procesem tím, že mu řekne, že mohou proces zastavit, kdykoliv bude chtít nebo kdykoliv by se cítil přetížený.

b) Stručný popis bolestného zážitku

Terapeut vyzve pacienta, aby se usadil do pohodlné polohy a vybavil si situaci, která ho zranila, byla nepříjemná, cítil se během ní bezmocný, bál se nebo prožíval jiné negativní emoce (nacházel se v modu tzv. Zraněného dítěte). Požádá ho, aby mu situaci ze současnosti nebo minulosti stručně popsal.

„Slyším, jak můj nevlastní otec jde po schodech.“ nebo „Vidím učitelku, jak znovu dělá tu grimasu, když říká, jak jsem hloupá.“ nebo „Slyším mámu, jak říká, že ji kvůli mně zase bolí hlava.“

Sděljuje pacientovi, že není třeba popisovat podrobnosti. Jde o krátký popis situace. Může o situaci povědět způsobem, který nevyvolá výraznější stres. Terapeut nenechává pacienta popsat traumatickou nebo bolestivou vzpomínku úplně. Není nevyhnutelné, ani žádoucí ji prožívat znovu. Nejedná se o expozici. Místo toho se vzpomínka zastaví a přepíše v bodě těsně před tím, než se stane „něco špatného“ – v bodě, v němž pacient vnímá, že potřeboval zásah nejvíce. U pacientů, kteří trauma sami bagatelizují nebo omlouvají útočníka, může být vhodné

u traumatické události strávit více času, aby si mohl pacient své potřeby uvědomit, mohl s nimi dále pracovat a dokázal se oddělit od agresora.

Když pacient popíše nepříjemnou událost, terapeut ho vede k tomu, aby se zaměřil na emoci, kterou v dané chvíli prožíval. U situací, které se staly v nedávné minulosti, se nabízí dvě možnosti – provést jejich přepis přímo, nebo se pomocí aktuální emoce či tělesného pocitu přenést do příbuzné dětské vzpomínky, která vyvolávala podobnou emoci. V tomto případě se terapeut může zeptat:

Zkuste si vybavit nějakou situaci z dřívější doby, nejlépe z dětství nebo z dospívání, kdy jste se cítil podobně. Můžete začít mluvit o první, která se vám objevila v myslí.

c) Zjištění emocionálních potřeb v době zážitku

Jakmile si pacient vybaví dětskou vzpomínku, terapeut mu pomůže hledat potřeby, které v dané situaci nebyly naplněny. Pacient si potřebuje uvědomit, co tehdy potřeboval a neměl. Terapeut se ho nejčastěji jednoduše zeptá: „Co jste v této situaci potřeboval/a?“ Pacient si většinou vybaví alespoň jednu potřebu, kterou tehdy neměl naplněnou (např. „potřeboval jsem, aby mě někdo vzal pryč“ nebo „potřebovala jsem, aby mě někdo objal a řekl, že to bude dobré“). Typicky se klientovy potřeby orientují vně – na odstranění (zastavení, potrestání) příčiny trápení – i dovnitř – na nasycení potřeb přijetí či ocenění apod.

d) Vložení role „ochránce“

Pacient si většinou nedokáže představit, jak by mohl situaci v minulosti zvládnout lépe, sám, proto může do své alternativní představy přivést jiné osoby, včetně terapeuta nebo i sebe sama v roli dospělého. Upřednostňujeme, pokud si je pacient schopen přestavit reálné osoby ze svého života, které by mohly a dokázaly pomoci, u dětských vzpomínek např. laskavá a ochraňující babička nebo dědeček. Lze akceptovat i hrdiny z filmů a pohádek nebo fiktivní postavy. Tyto osoby pacient „přizve“ do imaginace a představuje si, jak mu pomohou dosáhnout tehdy nenaplněných potřeb. U pacientů s náročnějšími psychickými potížemi do představy zpravidla vstupuje jako první terapeut. Terapeut se ptá pacienta, co by měla tato osoba udělat, aby mu to nejvíce

pomohlo, aby jeho potřeby byly co nejvíce naplněny. V naší praxi se nejdříve ptáme na blízkou osobu (např. dědečka, prarodky apod.), s níž měl pacient dobrý vztah, a která by do situace v přepisu mohla vstoupit a pacienta ochránit. Tato osoba může být z doby, kdy se bolestná situace odehrála, ale není to nezbytné. Může pocházet z kterékoliv doby, od dětství až po současnost. Je však důležité, aby to byla osoba, o které pacient ví, že by jej mohla ochránit, měla na to dost síly i laskavosti.

Někdy si pacienti přejí, aby ten, kdo jim ubližuje, změnil reakci, např. aby pacientku matka místo bití objala. Změna chování agresora však pacientům příliš nepomáhá, takto přepsaná vzpomínka nepřináší velkou úlevu. Spíše potřebují, aby do situace vstoupil někdo další, kdo jim proti agresorovi pomůže. Do situace, zejména pak z dětství, může vstoupit sám pacient v dospělém věku a pomoci „svému dítěti“ sám. Jako nejvíce posilující se zpravidla jeví, když do reskripce nejdříve vstoupí jiná postava (např. pacientku v dětství ochrání a povzbudí její současný manžel), a pak pacientka tuto postavu manžela nahradí sebou samou v dospělosti (ona sama v současném věku se v imaginaci vrátí do situace a ochrání své dětské já), čímž posiluje vlastní zvládací schopnosti a sebedůvěru.

Vytváření nového scénáře (část)

Terapeut: Říkala jste, že byste si přála, aby tam přišla vaše máma. Ve které chvíli by bylo nejlepší, aby přišla? Aby vás ochránila... pomohla vám...

Iveta: Nejlepší by bylo, kdyby přišla ve chvíli, kdy mi ten muž začal rvát tu tašku z ruky.

Uvědomění emocí

Terapeut: Bezvadně, to je dříve, než vám ublíží... Začínáte v té chvíli něco cítit?

Iveta: Jo, jsem znechucená a mám na něj zlost, až pak přichází ten strach.

Terapeut: Mohla by v dané chvíli vstoupit vaše máma?

Iveta: Ano, mohla.

Zjišťování potřeb

Terapeut: Co potřebujete, aby udělala?

Iveta: Aby na něho začala rvát, zmlátila ho kabelkou, hlava, nehlava. Až by spadl a křičel strachy...

Přepis s matkou

Terapeut: Bezvadně. Zkuste si to představit a popsat, co se děje.

Iveta: Jo. Ten chlap mi začíná rvát tu tašku a máma tam najednou přichází z boku a hned si všimne, co se děje. Rozběhne se a už je u něj a řve na něho, ať tu tašku pustí, křičí „Pusť tu tašku, ty zmetku! Necháš ji?! Táhni od mé dcery, šmejde!“ Do toho mu mlátí o hlavu svojí kabelkou. Vždycky v ní nosí deštník, takže to jsou rány. On je z toho zaskočený, pouští se, ale máma ho mydlí dál. Padá na zem, a i tam ho máma valí a křičí na něho. On se pak škrábe na nohy a utíká pryč.

Uvědomění emocí

Terapeut: Jak se v tom cítíte, když mu máma dává zabrat?

Iveta: Je mi dobře, vím, že mi už neublíží... Máma se mě zastala.

Ocenění a zjišťování potřeb

Terapeut: Ano, hezky vás ochránila. Potřebovala jste tehdy ještě něco?

Iveta: No... Asi ještě, aby mě máma doprovodila domů, a tam jsme si třeba daly kafe a popovídaly si.

Doplňný přepis s matkou

Terapeut: Bezva. Zkusíte si to představit?

Iveta: Ano. Vidím, jak ten chlap utíká a máma mě obejmě (jo, potřebovala bych ještě tohle), a pak mi říká: „Pojď, jdeme domů.“ Tak jdeme domů a povídáme si a doma si dáváme čaj, a dál si povídáme.

Ocenění a zjišťování potřeb

Terapeut: Ta představa se mi moc líbí. Potřebovala byste v té situaci ještě něco?

Iveta: Ne, to je všechno.

Přepis s vlastním dospělým JÁ

Terapeut: Bezvadně. Co říkáte, kdybychom si tu „novou“ vzpomínku zkusili ještě jednou přehrát a vstoupila byste tam vy jako dospělá žena, která vaše menší já ochrání, obejmě, vezme domů na čaj a povídání? Udělá to, co v té představě dělala vaše máma? (Volíme v pokročilé fázi terapie, kdy je pacient již tohoto kroku schopen.)

Iveta: To zní jako z Matrixu, ale můžu to zkusit. (Následuje reskripce, v níž jí pomoc nabízí její dospělé já. Následuje ocenění a zklidnění (v následujících bodech).)

e) Ochrana pacienta (dítěte nebo dospělého) a naplnění jeho potřeb – vytvoření alternativního zážitku s pozitivním vyústěním

Důležité je pečlivě se ptát na potřeby pacienta v situaci, na kterou vzpomíná. Je lepší pečlivě potřeby prozkoumat a dát pozor, aby to byly jeho potřeby, nikoliv naše představy o tom, co by potřeboval. Toto pravidlo však neplatí univerzálně, protože někteří v dětství těžce traumatizovaní pacienti si nejsou schopni uvědomit své potřeby – pak vstupuje jako ochránce terapeut. V návrhu alternativního konce jedná jako dobrý rodič, který pacienta v nepříznivé situaci ochrání. V tomto případě terapeut žádá pacienta, aby mu dovolil vstoupit do představy. Potom naplňuje potřeby dítěte (zabrání zneužití, zajistí bezpečí). Na to, co má udělat, se ptá pacienta. Pouze, když pacient neví, nabízí vlastní nápady, co by mohl udělat, aby pacientovi pomohl. Většina pacientů je za pomoci citlivého dotazováním na počátku nebo v průběhu reskripce nebo pomocí přehrání situace hračkami schopna říci, co potřebovali. Pokud ke zjištění potřeby nevede jednoduchá otázka, často pomůže kreativní přístup. Terapeut se během procesu ptá pacienta opakovaně, co ještě potřebuje a naplňuje jeho potřeby.

Ochránce má v zásadě dva hlavní úkoly:

- 1) Ochránit pacienta před agresorem
- 2) Zajistit mu nasycení potřeb, které byly ohroženy.

V předchozím případě ochránce (nejdříve matka, poté dospělá lveťa) zajistil lveť bezpečí a ochránil ji před násilníkem, a poté také dosytil její potřeby přijetí, pozornosti a kontaktu.

Třetím úkolem může být také vyjádření negativních emocí vůči agresorovi nebo vůči osobám, které neuměly pacienta ochránit. To je možné udělat přímo v imaginaci přepisu, nebo pomocí práce s židlemi po dokončení přepisu v imaginaci. Po nasycení potřeby v představě (níže) se terapeut pacienta zeptá, zda cítí, že to je ono, nebo zda potřebuje ještě něco. Mohou tak společně cizelovat přepsanou vzpomínku, dokud s ní pacient nebude spokojený. Příklad, kdy pacient uvádí, že neví, co tehdy potřeboval, probíráme níže. Když jsou potřeby naplněny, terapeut představu ukončí.

f) Přepis vzpomínky v imaginaci

Pokud je to možné, samotná imaginace probíhá v přítomném čase („přicházím, vidím...“)

a se zavřenýma očima. Respektujeme ale potřebu bezpečí pacienta, takže u obtížnějších představ nebo pacientů akceptujeme otevřené oči a do přítomného času pacienta vracíme citlivě, bezpečně provést a reagovat včas na jeho potřeby v průběhu reskripce. Někdy se stane, že má pacient sklony zapomenout na ochránce – úkolem terapeuta je mu pomoci, aby se nezastavil, neprožíval zbytečně znovu negativní emoce, aby se znovu netraumatizoval. Pokud to terapeut zaznamená, zeptá se, zda už ochránce může vstoupit. Imaginace končí „dobrým koncem“, kde je vhodné pacienta „ponechat déle“, např. slovy „jak se cítíte, když vás teď máma objímá“, „nemusíte spěchat“ nebo „můžete zůstat v objetí, jak dlouho potřebujete“.

g) Celkové zklidnění a reflexe

Následně terapeut a pacient diskutují o celém zážitku. Pacient vyjadřuje nové chápání situace. Je důležité soustředit se na momenty, které byly v přepisu nápomocné. Pokud je to možné, terapeut může cvičení nahrát a pacient ho poslouchá v rámci domácího úkolu.

V dalších fázích terapie je možné se k přepisu vrátit v situacích, kdy se potřeba dříve zpracovaná v imaginaci opět vynoří. Terapeut pomáhá pacientovi zjistit, jak lze zkušenost z přepisu přenést do života a jak může nyní naplnit své potřeby. V pokročilé fázi terapie, kdy je pacient sám více schopen starat se o své potřeby, stanovovat si přiměřené životní cíle a adaptivně usměrňovat své jednání, může sám vstoupit do představy a postarat se o své zranění.

Problémy při přepisu v imaginaci

Při provádění reskripce v imaginaci se mohou na straně terapeuta nebo pacienta objevit problémy, které brání úspěšnému provedení reskripce nebo snižují její efektivitu.

Problémy na straně terapeuta

a) Přepis v imaginaci je prováděn bez konceptualizace

Přepis v imaginaci není samonosná technika, která vše vyřeší, ale patří mezi dílčí kroky terapie, která je založena na konceptualizaci. Pacient potřebuje rozumět, jaký má přepis v imaginaci význam a jaký význam mají averzivní události

v jeho životě, jak se podílejí na jeho schématech i současných problémech a obtížích.

b) Přepis v imaginaci je prováděn bez přípravy

Příprava pacienta na přepis v imaginaci je důležitá. Terapeut potřebuje pacienta edukovat o smyslu této strategie a zařadit ji do kontextu dalších strategií vycházejících z formulace případu. Před reskripcí je potřeba pomoci pacientovi, aby se zklidnil a vnitřně se na imaginaci připravil. Je důležité mu předat pocit kontroly:

„Budeme to provádět vaším tempem. Je plně na vás, o čem všem budete mluvit. Kdykoliv by to bylo nadmíru nepříjemné, prostě řekněte „už o tom dále nechci mluvit“ nebo jednoduše „stop“, nebo zvedněte ruku a odvedeme pozornost na nějaké jiné – neutrální, nebo pozitivní téma. Chtěl bych, abyste měl nad tím kontrolu.“

c) Terapeut spěchá, nevěnuje dost prostoru bezpečí pacienta

Pacient potřebuje dost času, zejména na hledání osoby „ochránce“, ale také na uvědomění vlastních potřeb a jejich pojmenování. Je proto důležité si na práci s reskripcí vyhradit dostatek času, zamezit možným rušivým vlivům, předem se zklidnit, naladit se na potřeby pacienta.

d) Terapeut plně exponuje pacienta traumatické události

Při popisu averzivní události je pacient pohlcen jejím líčením a dostává se k silnému negativnímu emocionálnímu prožitku, podobně jako při expoziční léčbě. Princip reskripce v imaginaci je jiný – nejde o habituaci na negativní emoce jako při expoziční léčbě – ale o připojení nové fantazie k traumatické vzpomínce, která ji pak neutralizuje. Přepis v imaginaci také posiluje introspekci, adaptivní zvládací schopnosti, schopnost plánovat a řešit problémy (funkce ega, tzv. Zdravý dospělý) a laskavý a velkorýsý přístup k sobě a k druhým (tzv. Laskavý rodič).

e) Terapeut sugeruje nebo vnucuje pacientovi emoční stavy nebo prostředky, které mívají aktuální potřeby pacienta

Je důležité být zaměřený na potřeby pacienta a nezaměřovat je s vlastními protipřenosovými potřebami, např. poražením agresora, který v dětství pacientovi ubližoval. Typickou chybou je, že

terapeut pacientovi sugeruje nebo vnucuje něco, co je pacientovi v dané chvíli proti srsti. Například křičet na rodiče, který mu v dětství ubližoval, ve chvíli, kdy toho pacient zatím není schopen. To ho může odradit od dalšího postupu, kdy by si byl schopen zlost na rodiče uvědomit sám a ventilovat pro něj přijatelným způsobem. Terapeut může zapomenout, že smyslem techniky je naplnění potřeb pacienta, nikoliv porážka útočníka. To je častý problém, poměrně pochopitelný z protipřenosu terapeuta na pacienta, kdy terapeut má chuť bojovat za svého pacienta jako lev. Porážka agresora do reskripce patřit může, ale nelze ji vnucovat, dokud to pacient necítí jako potřebu. Potřebuje se postavit sebekritice (tzv. Kritickému modu/rodiči), ale nejdříve k tomu potřebuje sám najít odhodlání. Pokud si pacient neví rady, může terapeut řešení citlivě nabídnout, pokud je však příliš direktivní a na klienta tlačí, klient je schopen to odmítnout.

Tonda: Stojím tam sklesle a děda říká tátovi: „Nech toho kluka. Nevidíš, jak se tě bojí? On si to nezaslouží! Toník je šikovný, chytrý a hodný kluk.“

Terapeut: Děda křičí na otce: „Takového syna si vůbec nezasloužíš! Vypadni odsud!“

Tonda: Ne... Nechci, ať na něj křičí...

Terapeut: Jen ať mu vynadá, zaslouží si to, choval se k vám příšerně.

Tonda: Ale ne vždycky. Někdy jsem se ho bál, ale jindy mě chránil...

f) Terapeut zapomíná důsledně naplnit potřeby pacienta, zpevnit bezpečí, poskytnout přijetí a ocenění

Při reskripci je důležité, aby potřeby pacienta byly naplněny a on zažil pocity bezpečí, přijetí a ocenění co nejvíce. Terapeut se ptá na emoce a tělesné pocity při naplnění potřeb a vede pacienta, aby je co nejvíce prožíval.

g) Terapeut dostatečně nepomáhá se zklidněním

Pacient potřebuje po reskripci prožívat klid a vyrovnaní. Je třeba zajistit, aby to nebylo pouze na konci reskripce, ale i během fáze reflexe, když se o ní mluví. Terapeut proto zpravidla hovoří o pozitivních emocích, které pacient na konci reskripce prožívá. Pak společně propátrávají jiné situace, v nichž se pacient cítil podobně a které by šly přepsat. Situace, která byla přepsána, může asociativně připomenout jinou situaci, která je

v něčem podobná. Je možné ji rovněž přepsat. Taková reskripce zpravidla probíhá rychleji než reskripce první situace.

Problémy na straně pacienta

Při práci na přepisu v imaginaci se může objevit řada překážek (20):

a) Pacient odmítá rozpomínání na bolestivou událost

Pacient může odmítat rozpomínání na bolestivé události z různých důvodů. Může říkat, že v tom nevidí smysl, události se přece již staly a nemá cenu se „babrat ve starých věcech“. Nevidí v návratu k bolestivé vzpomínce nebo do dětství smysl. Často je pod touto reakcí strach z bolestivých emocí, které by vzpomínky mohly navodit, nebo inhibovaný vztek na původce traumatu. Jinou možností je rozzlobená obrana (modus Rozzlobeného obránce). Pacient se pak zlobí a brání se zdůrazňováním, že nebude dělat nic, po čem by se cítil špatně, že terapeut po něm nemůže chtít, aby se trápil atp. V takové situaci může terapeut více prodiskutovat, co se s pacientem děje, a vyjádřit pro to pochopení. Snaží se vyjádřit pochopení pro různé formy pacientovy obrany (mód Odtahované obrany), které jej chrání před bolestným prožíváním (obraně módu maladaptivně chrání Zraněné dítě), a to včetně jejich agresivnějších či útočnějších forem (mód Rozzlobený obránce).

Je na místě opakovaně vysvětlit pacientovi, že smyslem reskripce v imaginaci je snížit dopad bolestné události z minulosti na současné prožívání. Vzpomínky na bolestné nebo stresující události se mohou objevovat s vnucující se naléhavostí, vést ke stresu a úzkostnému chování. Jejich propojení s neutralizujícími představami pomáhá zmírnit a často i odstranit stres spojený s rozpomínáním na tyto události. Může také použít empatickou konfrontaci:

„Něco se nyní děje, že je pro vás těžší se věnovat dalšímu kroku, to je návratu k bolestným vzpomínkám. Je to dobře pochopitelné, protože to není lehké. Rozumím vám, že se bráníte, protože jste v minulosti musela unést tolik negativních emocí, že to bylo nad vaše síly. Naučila jste se raději na to nemyslet. Nyní nám to blokuje další krok v naší spolupráci, abychom tyto bolestné události zpracovali. Tomuto bránění říkáme Odtahovaný obránce. Už jsme o něm mluvili. Prosím, posadte se na tuto židličku a zkuste říci všechno, co tento modus říká. Čemu se chce vyhnout? Na

co by nejraději zapoměla? Proč se teď objevila? Co to znamená? V čem vám pomáhá? Jak kdysi vznikl?“

b) Pacient si neuvědomuje, co během této situace potřeboval

Pacient někdy mívá potíže s uvědoměním toho, co v dané situaci potřeboval. V takové situaci někdy pomůže chvíle ticha, kdy se může v klidu zamyslet. Jindy chvíle ticha nepomůže – např. u pacientů, kteří byli vychováni v symbiotickém vztahu s rodičem nebo jejichž potřeby byly chronicky opomíjené. Dítě vyrůstající v takovém prostředí se obtížně učí rozpoznávat vlastní potřeby, vnímat je jako hodnotné, důležité a sytit je. V dospělosti tyto problémy pokračují. V případech, že se jedná o jeden z důsledků symbiózy, může si pacient své potřeby částečně uvědomovat. Může však také mít sklony si je zakazovat, protože mohou být ohrožující pro udržení symbiotického vztahu.

Terapeut: Co byste řekla, že jste v té situaci potřebovala?

Pacientka: Nevím...

Terapeut: Cokoliv, co vám chybělo...

Pacientka: Je to, jako bych se dusila. Cítila jsem se tak zahlcená. Potřebovala jsem, aby tam přišli děda s babičkou a vzali mě k sobě. Nemohla už jsem se na mámu dívat. Byla tak opilá. Cítila jsem se znechuceně a opuštěná, ale taky mi jí bylo líto. Ale to bych jí nemohla udělat, že bych zavolala prarodiče. Trápila by se a cítila by se špatně. Ona vždycky byla moje nejlepší kamarádka a já bych ji zradila...

V tomto případě často pomůže, když vysvětlíme, že se jedná o cvičení v imaginaci, není cílem přerušovat vazby s rodiči, ani měnit minulost. Rozlišujeme mezi reálným vztahem s rodičem a jeho vnitřní reprezentací. Pomáhá také stručná edukace o dětských potřebách a vztahu s rodiči v průběhu života. Tato probíhá nejlépe v úvodní fázi terapie, ne před reskripcí. V rámci schematerapie se jedná o součást edukace o módech. Pokud má pacient aktivní schéma Propletenosti / Nevyvinuté jáství, probírá se také symbióza ve vztahu – její potřebnost u nejmenších dětí a (ideálně) její postupný přerod do samostatného fungování vztahu mezi dvěma dospělými jedinci, kdy jeden je rodičem, druhý dítětem. Pokud terapeut s pacientem na začátku terapie probere i toto téma, může pak docházet k podobným „zásekům“ v reskripci méně často. Pacient totiž rozlišuje, že postaráni se o vlastní potřeby v představě neznamená, že opouští a zrazuje svého rodiče, ale že se prostě

učí, jak se postarat o své potřeby. To se poté může potenciálně promítnout i do zkvalitnění vztahu s rodičem v současnosti.

V dalším uvedeném případě pacientka vyrůstala v zanedbávajícím prostředí, v němž její potřeby nebyly důležité. Pokud v dětství v jejím okolí nebyl jiný dospělý člověk, který alespoň částečně vynahrazoval tento deficit, pacientka v současnosti může mít významné potíže s identifikací a sycením vlastních potřeb. Jakkoliv však může narážet na tyto problémy u sebe sama, v potřebách druhých osob se může orientovat snáze. S tím lze šikovně pracovat v rámci skupinové schematerapie, kdy si pacienti vzájemně působí jako vzory, od nichž se učí a u nichž rozpoznávají emoce a sledují jejich plnění. Pomáhá to pak i jim samotným s orientací v sobě samých. V individuální terapii mohou posloužit hračky jako externalizace vlastních potřeb a vnitřních stavů (modů) a vyjádření přepisované a přepsané situace.

Terapeutka: Co byste řekla, že jste v té situaci potřebovala?

Alice: Nevím...

Terapeutka: Cokoliv, co vám chybělo...

Alice: Opravdu nevím. Nevím ani, jak jsem se cítila. Prostě blbě.

Terapeutka: Hmm, hmm... Co říkáte, kdybychom si vzali na pomoc tady ty plyšáky? Lvička, tady toho mátožného lenochoda a zdravého silného lva.

Alice: (Bere do náruče lvička.)

Terapeutka: Bezvadně. Položíme sem na židli lenochoda a sem dáme lva. Koho může ve vašem příběhu představovat ten malinký lviček, kterého máte v klně?

Alice: Mě. Je tak malý...

Terapeutka: Ano, je to malý drobeček. Potřebuje chránit, a taky pomazlit.

Alice: Ano (má slzy v očích a hladí lvička).

Terapeutka: (Posouvá k pacientce papírové kapesníky a laskavě se usmívá.) Jak se cítíte?

Alice: Je mi ho líto... Ten lenochod je opilý máma.

Terapeutka: Ano, leží na té židli podobně jako tehdy máma na koberci. Nebojte, postaráme se o ni, nejdřív se ale musíme postarat o lvička. Co potřebuje slyšet a co potřebujeme udělat?

Alice: Neboj, bude to dobré, postarám se o tebe a o mámu taky. Nemusíš to řešit, to není pro malého lvička, to je pro velkého lva (pláče). Zavoláme pomoc, zavoláme dědu a babičku a půjdeš s nimi a oni se postarají i o mámu.

Terapeutka: Ano, postarají se o lvička i o mámu, ale nenechají lvička, aby to řešil sám. Vždyť je tak malý, sám potřebuje, aby se o něj někdo staral. Potřebuje se cítit v bezpečí a milovaný. (Terapeutka pak bere do ruky lva a hraje dědu s babičkou, představující Zdravého dospělého a Laskavého rodiče. Ti vstoupí do situace a pomohou. Pak se zeptá Alice, jestli v té situaci ještě něco potřebovala. Pokud ne, věnují se závěrečnému zklidnění a reflexi. Reskripci je možné ještě přehrát v představě, ale nemusí to být potřebné. Je důležité pacienta nepřetížit a poskytnout dostatek času na oddech.)

Jindy se jedná o důsledek nedostatečného nebo nesprávně pochopeného výkladu.

Terapeutka: Co byste řekla, že jste v té situaci potřebovala?

Alice: Nevím...

Terapeutka: Cokoliv, co vám chybělo...

Alice: Opravdu nevím. Táta byl mimo město, máma opilá, sousedi by mi nepomohli. Nevím...

Terapeutka: A někdo další, kdo by vám mohl pomoci?

Alice: Nevím, tehdy jsem nikoho jiného neměla.

V tomto případě se pacientka domnívá, že nový scénář musí být „reálný“ a že do něj tedy mohou vstoupit pouze skutečné osoby, které se v jejím životě tehdy pohybovaly. Tomuto nepochopení se dá předejít úvodní edukací, kdy terapeut zmíní, že do představy může vstoupit kdokoliv, i ze současnosti, třeba manžel, její dospělá já nebo smyšlená postava. Při edukaci klade důraz na to, že cílem je naplnění potřeby, ne změna minulosti (protože tu nejde změnit). Z dlouhodobého hlediska tato technika pomáhá člověku, aby si uvědomoval své potřeby, průběžně je sytil, a cítil se díky tomu vyrovnaně a spokojeněji.

c) Pacient necítí emoce během reskripcí, disociuje

Pacient sice na reskripci formálně spolupracuje, ale je chladný, odtažitý, mluví jako stroj a popisuje situaci vágně, nebo necítí během reskripcí žádné emoce, ani negativní, ani pozitivní. Pro terapeuta je možné pomoci pacientovi tím, že obejde citlivou práci s pacientovou reakcí (často ve formě Odtazitého obránce) jeho obranné mechanismy a dostane se k dětskému prožívání, které pacientovy obrany tlumí tak, aby nebyl zahlcen negativními emocemi (ukrývají se v módu Zraněného dítěte, který je v pozadí).

„Prosím zkuste si zavřít oči a vrátit se zpět do situace, kdy jste jako dítě cítila úzkost a strach. Popište, co se děje. Co cítíte tělesně? Jaké emoce prožíváte?“

Může pomoci, když přidáme techniky práce se židlemi a chceme, aby pacient své přítomné obrany pochopil a dokázal se jim zdravě postavit (modus Zdravý dospělý).

„Zdá se, že jste se dostal do módu, který brání tomu, abyste mohl situaci lépe zpracovat a už vás v životě neovlivňovala. Posadte se, prosím, na tuto židli, bude to židle Odtazitého obránce, a promluve za něj. Co všechno teď chrání? A teď se posadte na tuto židli, je to židle Zdravého dospělého. Promluve jako Zdravý dospělý s Odtazitým obráncem. Zkuste mu povědět, jaké máte dospělé cíle v práci s tímto traumatem.“

Pokud je to potřeba, terapeut následně naplňuje potřeby, které vyvstávají z dětských módů a snaží se pacientovi pomoci v boji s přehnanou vnitřní kritikou (modus Kritický rodič/Kritik).

Jiný přístup je navázat kontakt se Zdravým dospělým. Terapeut může přímo říci:

Chtěl bych teď promluvit s vaším Zdravým dospělým. Co by vám pomohlo více se vžít do situace, kterou právě probíráme, zpřítomnit emoce, které se nyní zdají být nedostupné. Jaké dovednosti by vám pomohly nejvíce?

Terapeut může využít imaginaci pro uspokojení potřeby bezpečí a ošetření bolestných emocí (tzv. Zraněného dítěte):

„Rozumím, že vaše Zraněné dítě je příliš vystrašené a vás to bolí, tudíž nemůžete odložit své zcela pochopitelné obrany. Mohu do té situace v představě vstoupit. Co bych měl udělat, aby vám to co nejvíce pomohlo?“

d) Pacient tvrdí, že je příliš špatný, a tudíž si nezaslouží pomoc

Občas se stane, že pacient sdělí, že je až příliš špatný, že si zasloužil trest a žádnou pomoc nemá dostat. V tomto případě je nejlepší, když terapeut vstoupí do imaginace a pacienta přímo ochrání:

„Nemůžeš říkat takové ošklivé věci své dceři! Je to krásné a milé dítě a zaslouží si lásku! Chci, abys na ni okamžitě přestal křičet!“

e) Pacient potřebuje dodatečnou podporu

Pacient v celé řadě případů potřebuje dodatečnou podporu. Například při mnohočetné trau-

matizaci, kde i dobře provedená reskripce traumatické události může v průběhu reskripce evokovat jinou traumatickou událost, nebo když pacient v průběhu reskripce projde do disociativního stavu. V tomto případě je potřeba pacientovi získat kontakt se skutečností zpřítomněním přes popis aktuálního tělesného prožívání nebo pomocí kontrolovaného dechu. Před další reskripcí lze pak zvýšit pocit bezpečí pomocí techniky bezpečného místa, imaginace trezoru na umístění vzpomínky, a získáním vlastní kontroly nad vzpomínkou pomocí techniky dálkového ovládní. Indikátory nepohody jsou silné pocity bezmoci a strachu spojené s fyziologickými projevy „zmrznutí“.

Indikace v přepisu imaginaci

Ve výzkumných studiích se opakovaně prokázalo, že imaginativní techniky jsou účinná léčba, zmírňující stres související s traumatickými

vzpomínkami, a proto se staly základní složkou kognitivně behaviorální terapie PTSD (1). Používají se i u jiných diagnóz, u pacientů se závažnými emočními problémy, zejména u hraniční poruchy osobnosti, sociální fobie, deprese, traumatického smutku, nočních můr anebo obsedantně kompulzivní poruchy (8).

Technicky kvalitní přepis

Ne všichni pacienti mají dobrou schopnost imaginace. Pro efektivnější přepis je potřeba vytvořit dostatečně živou představu, na kterou je pacient přiměřeně emočně napojen (včetně fyziologického doprovodu) a má plynulý a logický průběh s minimem nejistoty. Vhodné je imaginaci dostatečně detailně vykreslit. Je možné zahrnout do přepisu i fantazijní prvky, důležité ale je, aby byl příběh pro pacienta uvěřitelný na emoční úrovni.

Závěr

Přepis bolestné události v představě je jednou ze základních technik schematerapie, její obdobu však lze nalézt i u dalších psychoterapeutických směrů. Prvotní využití techniky se nachází u jedinců, kteří prožili traumatickou událost, a nyní mají potíže při adaptaci na ni. Technika je však přínosná i u netraumatických bolestných vzpomínek, jejichž zpracováním se posiluje pacientova seberegulace a sebedůvěra. Výzkum reskripce v imaginaci se nachází v počátcích, základní mechanismus působení dosud nebyl plně objasněn. Použití metody nicméně již nyní provází slibné výsledky. Budoucí výzkum by se měl zaměřit na prozkoumání teoretického rámce reskripce i na hodnocení účinnosti jejích částí a použití u širšího spektra psychických poruch.

LITERATURA

1. Hirsch CR., Holmes EA. Mental imagery in anxiety disorders. *Psychiatry* 2007; 6(4): 161–165.
2. Ehlers A, Hackmann A, Steil R, Clohessy S, Wenninger K, Winter H. The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy* 2002; 40(9): 995–1002.
3. Young JE, Klosko J, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press 2003.
4. Veale D, Page N, Woodward E, Salkovskis P. Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 49(Pt B):230–236.
5. Morina N, Lancee J, Arntz A. Imagery rescripting as a clinical intervention for aversive memories: A meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017; 55: 6–15.
6. Smucker MR, Dancu C, Foa EB, Niederee JL. Imagery rescripting: a new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *J Cogn Psychother*. 1995; 9: 3–17.
7. Wild J & Clark DM. Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practi-*

ce 2011; 18(4), 433–443.

8. Arntz A. Imagery rescripting as a therapeutic technique: review of clinical trials, basic studies, and research agenda. *J Exp Psychopath*. 2012; 3: 189–208.
9. Frets PG, Kevenaar C, van der Heiden C. Imagery rescripting as a stand-alone treatment for patients with social phobia: a case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014; 45(1): 160–169.
10. Hansen K, Höfling V, Kröner-Borowik T, Stangier U, Steil R. Efficacy of psychological interventions aiming to reduce chronic nightmares: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013; 33: 146–155.
11. Arntz A. Imagery Rescripting for Personality Disorders: Healing Early Maladaptive Schemas. In *Working with Emotion in Cognitive-Behavioral Therapy Techniques for Clinical Practice* Thomas, N. & McKay, D., Guilford, New York 2015.
12. Ritter V & Stangier U (2016). Seeing in the Mind's eye: Imagery rescripting for patients with body dysmorphic disorder. A single case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016; 50: 187–195.
13. Nilsson JE, Lundh LG, Viborg G. Imagery rescripting of early memories in social anxiety disorder: An experimental

study. *Behaviour Research and Therapy* 2012; 50(6): 387–392.

14. Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. The Schema Therapy Clinician's Guide: A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd 2014.
15. Krakow B, Hollifield M, Johnston L, Koss M, Schrader R, Warner TD, et al. Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder. *JAMA*. 2001; 286: 537–545.
16. Šlepecký M, Praško J, Kotianová A, Vyskočilová J. Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii. Praha: Portál 2018.
17. Dibbets P, Poort H, Arntz A. Adding imagery rescripting during extinction leads to less ABA renewal. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 43: 614–624.
18. Hagenaars MA, Arntz A. Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting: an experimental study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2012; 43:808–814
19. Germain A, Krakow B, Faucher B, Zadra A, Nielsen T, Hollifield M, et al. Increased mastery elements associated with imagery rehearsal treatment for nightmares in sexual assault survivors with PTSD. *Dreaming*. 2004; 14: 195–206.