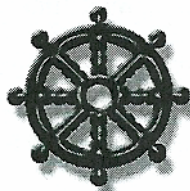


ČTVERO ZAKOTVENÍ

a jeho využití v rámci krizové intervence

MUDr. Mgr. Kristýna Drozdová



Úvodem

S konceptem čtvera zakotvení jsem se poprvé setkala již na kurzu Tělesně zakotvené prožívání - Focusing I. a ve své praxi jsem její modifikaci začala využívat jako vhodnou kognitivní mapu při práci s psychiatrickými pacienty v duševní krizi, ale i pro klienty, jejichž stav nedosahuje ještě závažnosti psychické krize. Taková zátěžová situace či krize „nastává tehdy, jestliže se člověk střetne s překážkou, kterou není s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.“ (Vymětal, 1999) Pokud zůstává situace nevyřešena, je narušena duševní rovnováha, což může přispět k rozvoji duševní nemoci či poruchy. Je-li krize překonána nebo vyřešena, mívá i svůj pozitivní rozměr – vede k „přehodnocování hodnot“ (Vymětal, 1999). Smyslem užití techniky čtvera zakotvení v souvislosti s terapeutickými dovednostmi a terapeutickým kontraktem* (je-li pro jeho uzavření prostor) je naplnění dvou cílů psychologické první pomoci, jak je uvádí Vymětal (1999):

- a) vytvořit podmínky dobrého pracovního společenství
- b) psychicky pacienta stabilizovat

Je nutno předeslat, že uvedené užití techniky čtvera zakotvení je jen jednou z mnoha možností využití techniky, neboť má ve své praktické aplikaci „mnoho konkrétních variant, které lze použít, jak v mapování své pozice ve světě, tak pro zvládnutí konkrétní problémové situace“ (Hájek, 2002). Podstatou techniky čtvera zakotvení je rozdělení psychokosmu (psychického světa, psychotopu – viz detailněji in Vogt, 1991, Frýba, 1996) konkrétního klienta do čtyř prožitkových polí, uchopitelných pozorností.

- a) zakotvení v těle – aktuální tělesné prožívání
- b) motivační zakotvení – plány do budoucnosti bližší i vzdálené
- c) zakotvení v mezilidských vztazích
- d) institucionální zakotvení

Pacient v krizi „mívá často tendenci katathymně (emočně) zkruslovat a uvažovat v černobílé logice „buď a nebo“ (Vymětal, 1999). Pacientovo negativní, nepříjemné prožívání (úzkosti, deprese, vnitřní napětí a neklid) zužují vědomí a nedovolují uvědomění si situace jako celku, jejich souvislostí a nových možných řešení. Pacientův plný potenciál k jednání je ochromen – opakuje minulá jednání, která nemusí být přiměřená současné situaci. V praxi se setkávám s klienty, u nichž krize zasahuje

* *terapeutický kontrakt – smlouva uzavíraná mezi terapeutem a klientem, týkající se tématu práce, frekvence a místa setkávání, délky terapie i plateb. Bývá uzavírána na počátku a průběžně aktualizována.*

jednu či dvě oblasti čtvera zakotvení, ale jejichž pozornost je tolik „fixována“ na problém a jen těžko odklonitelná radami a příkazy (typu: nebuďte smutný, zajděte si k holiči, udělá vám to radost atd...). K narušení tohoto negativně prožívaného psychického stavu je třeba využít pacientův autosanační potenciál, který způsobí obrat v krizi a vede k uvědomění, že jsou v jeho psychotopu i oblasti krizí nedotčené.

Satiterapeutický formát krizové intervence

Smyslem užití techniky vedení rozhovoru v duševní krizi je pomoci klientovi jasně ohraničit oblasti psychotopu, zasažené problémem, od oblastí, které jsou stabilní, „drží“ a mohou klientovi poskytnout oporu v zátěžové situaci. Cílem je být průvodcem v klientově hledání a využívání vlastních autosanačních prostředků.

Funkce čtvera zakotvení v psychické krizi:

1. externalizace problému sdělováním a umožnění průchodu s ním spjatých emocí v chráněném prostoru (využití techniky konkretizace, zakotvení v těle)
2. ohraničení problému od ostatních „zdravých“ oblastí psychotopu (využití techniky konkretizace, komentování)
3. diagnostika oblastí zasažených současnou krizí (rozsah problému)
4. hledání pacientových opor (s využitím principu ochrany zdravého jádra jedince a vyvažování patologického zdravým v poměru 3:2)

Ještě než přejdu k vlastnímu popisu vedení krizové intervence, vysvětlím použité termíny ze satiterapie. Psychoterapeutický formát satiterapie je odvozen od J.L. Morena a „označuje smysluplně strukturovanou prostorovou a časovou jednotu, v níž se odehrává psychoterapeutický proces“ (Vogt, 1991). Terapeutický formát je tvořen dvěma komponentami, nosiči a instrukcemi. Mezi nosiče patří „všichni lidé a objekty, stejně tak jako přechodné a prostorové struktury sloužící v terapii. Instrukce se týkají práce s nosiči a mohou být explicitní stejně tak jako implicitní“. (Vogt, 1991). Terapeutický formát hraje významnou roli při plánování konkrétních terapeutických strategií. Citlivé a vhodné zacházení s nosiči a instrukcemi umožňuje postupné vytváření podmínek pro terapeutickou změnu (*vatta pativatta*). Tento terapeutický formát je užíván podle předem stanoveného strategému a rozsah intervencí určuje klient.

Psychoterapeut, pracující satiterapeuticky, využívá ve svém projevu a přístupu ke klientovi zásad definovaných C.R. Rogersem, které Vymětal (1996) definuje jako „tři empirické proměnné, které jsou nutnou podmínkou průběhu úspěšné léčby, a to akceptace (bezvýhradné přijetí pacienta), empatie (porozumění vcítěním) a autenticita (kongruence). Satiterapeut se při své práci opírá o připravený strategém, který ale není rigidním plánem daných postupů. Strategém je spíše velmi flexibilní plán sezení, koordinující proměnné na straně terapeuta (dovednosti a kompetence) a proměnné na straně klienta, které si do terapie přináší. Strategém může být měněn nebo podle situace i zcela opuštěn. Důležitou součástí práce satiterapeuta je uzavírání kontraktu na počátku terapie a aktualizace kontraktu v jejím průběhu. V psychoterapeutické praxi využívá satiterapeut podle aktuální potřeby následující postupy specifické pro satiterapii:

- Komentování (*sallakkhanā*) – představuje zaznamenávání povšimnutých skutečností za účelem „zaznamenání tělesně skutečného a případné akcentování prožitkově významného, ať již pozitivního nebo negativního, projevu pacienta, který je vzhledem k terapeutickému cíli relevantní“

(Němcová, 2002). Děje se verbálně („vidím, že tisknete pěsti.) nebo neverbálně (napodobení či zvýraznění pacientových gest). Při zvýraznění se jedná o amplifikaci.

- Reflektování (*paccavekkhanā*). Jedná se o procházení určitého časového úseku v mysli ať již klienta nebo terapeuta – např. provedená technika, mezidobí, celá terapie. Reflektování rozvíjí všímavost, zaznamenává a uvolňuje se emocionální náboj vázaný na daný obsah. I terapeut si pro sebe reflektuje sezení po odchodu klienta.
- Kotvení (*kāya-gatā-sati*). Jde o všímavé zakotvení v tělesně prožívané skutečnosti. Má některé společné znaky s focusingem E.T. Gendlin (detailní popis metody viz Hájek 1993, Gendlin, 1991).
- Konkretizace vede klienta od obecných a vágních proklamací k popisu skutečně probíhajících jevů nebo situací z minulosti, který lze vztáhnout k prožívané skutečnosti. Někdy i samo stažení se z obecných úvah ke konkrétnímu může mít léčivý účinek. Používáme jej, pokud není prosté komentování dostatečné k všimání tělesné skutečnosti. Konkretizování může být užito i jako technika zvnějšnění vnitřního stavu mysli popř. nálady – více viz Němcová, 2002.
- Průzkum psychotopu je proces, ve kterém jsou uplatňovány všechny výše zmíněné postupy. V satiterapii není osobnost klienta pojímána odděleně od svého prostředí, ale v kontextu svého ekosystému. Osobnost je definována jejím psychotopem, jako souhrnem všech doposud povšimnutých prožitků jednotlivých životních událostí. Struktury psychotopu jsou určeny výhradně prožíváním zkoumající osoby. Vlastní „průzkum“ pak spočívá v mapování pro klienta významných prožitků vázaných na určité konkrétní situace jeho života a jeho postoje k nim. Na fázi průzkumu pak navazuje fáze čištění a restrukturační.

Pracoviště a nosiče:

Jak vyplývá z indikace, je technika velmi nenáročná na podmínky pracoviště i nosiče terapie. Je výhodou mít k dispozici klidnou pracovnu (chráněný terapeutický prostor) a 15 – 30 minut nerušeného času na rozhovor (vymezeného terapeutickým kontraktem), ale velmi často se stává, že je třeba využít prostor za zástěnou v ambulanci či odlehlý kout nemocniční chodby. Vymezení setkání kontraktem je důležité, neboť poskytuje pacientovi opěrný bod v jeho nejistotě, nicméně i na terapeutický kontrakt jsme v některých případech nuceni rezignovat. Již tímto je pacientovi poskytováno implicitní zakotvení – v mezilidském vztahu (s terapeutem), v cíli (plánování intervencí sociálních, farmakoterapeutických i psychoterapeutických) i institucionální (instituce psychiatrické léčebny poskytuje dočasné zázemí). Toto bazální zakotvení je poskytováno zevně, dále se pracuje již s materiálem, který přináší klient.

Pro exploraci zakotvení v mezilidských vztazích by bylo možno užít techniku gradientu vztahů. Pacient vpisuje postupně do předtištěných mezikruží důležité osoby svého života podle své aktuální situace (detailněji viz Němcová, 1993). Já ve své práci dávám přednost prozkoumávání této i ostatních třech oblastí rozhovorem.

Postup a instrukce:

Přístup v krizové intervenci je poněkud odlišný od nedirektivního rogersovského rozhovoru. „Nedirektivním empatickým rozhovorem ulevujeme pacientovi v negativním prožívání a dáváme naději v reálnou pomoc. Ve vypjaté situaci člověka v krizi nemůžeme postupovat **zcela** nedirektivně – to by mohl pacient vnímat jako naši nejistotu, bezradnost či potvrzení svého, obvykle pesimistického, postoje“ (Vymětal, 1999). Přesto lékař může zůstat otevřeným v naslouchání, rozhovor s pacientem v krizi však cílevědomě strukturuje a směřuje. Pro velkou variabilitu situací není možno uvést obecné instrukce, proto v následujícím textu uvedu názorné ukázky využití techniky vedení rozhovoru na základě čtvera zakotvení.

Opuštěný Honzík – zakotvení v tělesném prožívání a mezilidském vztahu

Sedmiletý Honzík (dg: ADHD, poruchy chování, v té době ještě nezjištěné týrání nevlastním otcem) byl konfrontován staniční sestrou s faktem, že nepojede na propustku s babičkou, kterou zahlédl na chodbě, protože nemá dost pozitivních bodů. Babička byla zjevně nejbližší osobou v jeho složité rodinné situaci. Chlapec se celý týden snažil o pozitivní body, ale ve škole jich nebyl schopen dosáhnout. Po příkrém sdělení staniční sestry se začal chaoticky pohybovat po místnosti, rozhazovat rukama a křičet, že všechny zabije nebo že zabije sebe.

Protože jsme měli již dříve několik „povídání“ (terapeutický vztah), podařilo se mi ho zklidnit velmi rychle pomocí empatického vcítění a spoluprožívání. Pacient své prožívání konkretizoval formou (byť nereflektovaně), kterou v intencích satiterapie můžeme považovat za „intersubjektivně přístupný model tvořený tancem“ (Burkhardt, 1996). Na podkladě empatického identického spoluprožívání* se terapeut snaží v sobě aktualizovat stejné prožívání, jak jej pacient vyjadřuje svými gesty a pohybem. Terapeut má možnost nabídnout (ne interpretovat!) pojmenování onoho v sobě aktualizovaného prožívání.

T: „Honzíku, tobě je to asi líto, ne?“ (zevní pojmenování vnitřního prožívání desintegroujícího jednání i vědění). Jestli pojmenování odpovídá klientovu prožívání, můžeme posoudit podle následujících změn v prožívání – jako v tomto případě.

Chlapec se zastavuje, opírá si o mne hlavu, pláče a říká: „Jo, je mi to strašně líto, já chci jet s babičkou, tolik jsem se snažil.“

Z této změny v prožívání a jednání je patrné, že pojmenování pocitu odpovídá jeho skutečnému významu. Změna v jednání je způsobena nárůstem vědění o prožívání.

T: „Ty máš babičku rád, vid', a tak ses na ní těšil, když jsi jí tu uviděl? Já jsem si taky všimla, jak moc ses snažil, měl jsi záporné body jen ze školy, z oddělení ne.“ Zdůrazněním vztahu k babičce má klient možnost uvědomit si zakotvení v mezilidském vztahu. Chlapec se rozplakal a se slzami přišlo i uvolnění. Byl schopen v relativním klidu společně se mnou naplánovat, jaké budou naše další kroky, a vyčkat mého vyjednávání s primářem oddělení, který propustku povolil. Na tomto příkladu je ukázáno, jak „vnější situací navozený tělesný neklid u pacienta je možno zvrátit, vytvoří-li se podmínky pro rozvoj tělesně zakotveného prožívání“ (Hájek, 2002). Tělesný neklid vychází ze silného pocitu, jehož význam uvědomován či verbalizován. Lékař může pacientovi pomoci verbalizovat a tím i uchopit význam tělesného pocitu a tím se může pacientovo prožívání změnit. Zde silný pocit v těle významově souvisel se vztahem pacienta k babičce, který je pro něj nosným mezilidským vztahem – vztahem, který pacientovi poskytne oporu a bezpečí a pomůže mu zvládnout jeho hospitalizaci.

Strach před operací – zakotvení v cíli a vztahu

Přijímala jsem na chirurgické ambulanci sedmdesátiletou ženu s přednedávnem objevenou rakovinou konečníku k operaci. Mimo tuto diagnózu jevila pacientka známky poruchy přizpůsobení, domluvily jsme si setkání na pokoji před operací. Aktuální prožívání bylo inhibováno strachem, o němž nebyla schopna vůbec mluvit. Při rozhovoru nebylo možno nalézt jediné pevné místo – žila sama, bez příbuzných, bez známých, bez institucí, ve kterých by mohla být zakotvená.

Při plánování konkrétních kroků terapie a pooperační doby (zakotvení v cíli) jsem se zeptala:

T: „Až se vrátíte domů čeká vás tam něco, co musíte udělat?“

P: „...„Na mně přece čeká můj pejsek, teď je u sousedky, a králíci – o ně se taky musím postarat – já na ně málem zapomněla.“

A rozhovoří se o svých zvířatech a s nimi související péči o ně. Jedná se o zakotvení ve vztazích, které sice nejsou mezilidské, ale zřejmě pro pacientku mnoho znamenají, a zároveň v cíli – „postarat

* detailně rozvedeno v Burkhardt, 1996 a v satiterapii tancem

se o svá zvířátka“. Tak se podporuje motivační nasměrování, které pomáhá překonat současnou tíživou situaci. Místo obav a bezmoci je zde jasný cíl, ke kterému se může pacient upnout.

Když jsem se s pacientkou setkala po operaci, děkovala mi a říkala, že jsem jí moc pomohla, že teď se těší domů. Při plánování konkrétních strategií léčby byla pacientčina pozornost obrácena k zakotvení ve vztazích a zakotvení v cíli – byl nalezen ostrůvek blahodárného, něčeho co se daří, co jí poskytuje radost. Zakotvením v cíli a ve vztazích se stabilizoval pacientčin psychický stav.

Překonání beznaděje – zakotvení v mezilidských vztazích

41letá rozvedená učitelka v ZŠ byla přivezena do psychiatrické léčebny po suicidálním pokusu, spáchaným na podkladě sledu nepříznivých okolností: po rozvodu se na ni obyvatelé malé vesnice, v níž bydlela, dívali „skrz prsty“ a rodiče dětí, které učila, donutili ředitele, aby ji přeřadil do školní družiny (podřadná práce), proto dala výpověď, ve stejné době ji opustil i její přítel pro jinou, mladší ženu. Při hovoru situace vypadá beznadějně – v tělesné oblasti dominuje nepříjemné prožívání (pláče a její „hrozně“), instuticionální zakotvení je zpřetrháno odejitím z práce, kterou milovala, motivační zakotvení zůstává i po suicidálním pokusu nihilistické (už nechce nic) a zakotvení ve vztazích je narušeno rozchodem s přítelem, který se jí vyhýbá a není schopen si s ní promluvit.

T: „Vy nemáte děti?“ (hledání protipólu k líčení role nešťastné manželky a milenky)

P: „...bože, moje děti – ano, mám dceru a syna, já si na ně vůbec nevzpomněla, vždyť já jsem taky jejich máma, a oni, jsou sice už větší, ale na ně jsem při té sebevraždě nemyslela....“

...ona moje paní doktorka (myslí svou psychoterapeutku) měla dovolenou a já už jsem nevěděla kudy kam.“

T: „Vidíte, přeci je tu někdo, kdo vám může pomoci.“ (zdůraznění zakotvení v nosném mezilidském vztahu)

P: „Paní doktorka je moc hodná, vždycky spolu všechno probereme – asi to byl nějaký zkrat – už jsem to chtěla mít za sebou, nějak se z toho dostat“ (pláče)

T: „Říkáte, že jste se z toho chtěla nějak dostat a jestli tomu správně rozumím sebevražda nebylo to nejlepší řešení...“

P: „Nebylo, teď už je mi to jasné.“

T: „A myslíte, že by se z takové situace, kdy jsou proti vám zaujati i zaměstnavatel i obyvatelé malé vesnice, dalo dostat jinak...?“

P: „...no, přestěhovat se – asi... to by přece šlo, já se přeci můžu přestěhovat“....

Na konci sezení pacientka popisuje uklidnění, když řekla, že se může odstěhovat, ne samotný fakt stěhování, ale to, že může udělat něco jiného než se zabít ve své situaci, jí pomohl k úlevě – tělesně pociťovala „takové uklidnění z té bolesti“. Tuto změnu pocitu bezvýchodnosti a beznaděje zde pomohlo navodit obnovení důležitosti nosných mezilidských vztahů k dětem a k psychoterapeutce. Po zklidnění je pak možné připustit i smysluplnější alternativy při hledání východiska ze svízelné životní situace (zakotvení v cíli) a odklonit jednostrannou zaměřenost na jediné finální řešení.

Ostrůvek jistoty – zakotvení v institucích, mezilidských vztazích a tělesné zakotvení

47letý, rozvedený zemědělský inženýr byl přivezen do psychiatrické léčebny pro úzkosti, deprese a apatii (porucha přizpůsobení pod depresivním obrazem na podkladě sledu řady zátěžových situací). Podle svého sdělení - má úzkosti deprese, nemůže chodit, již týden nejí, přestalo ho poslouchat úplně všechno, tak se klepal, že nebyl schopen ani si dojít na záchod a nemohl popadnout dech. Sebevražedné myšlenky prý ho napadaly, ale zabít se nechce, není ničeho schopen.

Na počátku individuální psychoterapie jsem s výhodou využila čtvera zakotvení pro psychickou stabilizaci klienta. Přes nepříjemné tělesné pocity a zkraslené vnímání reality během hovoru klient popisuje několik dlouhodobějších cílů (ekologické aktivity, rozpracované projekty ke schválení, rozmalované obrazy atd.) a řadu rolí, které hraje v různých pro něj důležitých institucích (zájmová sdružení, ekologické hnutí, muzea a galerie), vzpomene nakonec i na své blízké a známé. Mluvením o blahodárném jakoby pookřál, na konci sezení se klient usmívá a působí poněkud uvolněněji. Tuto

změnu dokumentuje i závěr rozhovoru, ve kterém terapeut využívá komentování gest pacienta, vycházející z měnícího se tělesného procesu pocíťování.

T: S čím odcházíte na oddělení, jak se po tom povídání cítíte (v průběhu hodiny se změnilo tělesné držení i výraz obličeje, více gestikuluje, proto se ptám na tělesné pocíťování, které do té doby bylo klientem stále označováno jako velmi nepříjemné) - kultivace tělesně zakotvené všímavosti.

P: rozhodně lépe než, když jsem sem přišel.

T: lépe, lépe, to je dobře, že lépe, ale co to znamená lépe? konkretizace tělesného pocíťování

P: no, už se necítím jako...jako ztuhlé dřevo (udělá ztuhlé gesto.....a pak si sedá pohodlněji) no, a teď je mi lépe, ale nijak konkrétně, jen prostě lépe.

T: takže je tu rozdíl mezi tím, jak jste se cítil na začátku (zopakují po něm gesto) to bylo to ztuhlé dřevo a nyní se to proměnilo a ztuhlé dřevo není (opět gesto) a najednou je mi lépe (pohodlnější gesto) - komentování verbální a nonverbální gesta, tělesného pocíťování a jeho změny.

Samotný rozhovor o „pevných“ částech psychotopu aktivoval autosanační schopnosti, navodil u pacient chuť zvládnout to tak, jako zvládl i jiné věci a začít pracovat se svým problémem. Významy pocíťování nejsou vždy jasně uchopitelné slovy, změna významů prožívání je proto snadněji sdělitelná gesty i porozumění lékaře může být lépe vyjádřeno obdobnými gesty

Ukončení krizové intervence:

Na konci práce s klientem zařazují reflektování proběhlého rozhovoru. Při krizové intervenci shrnují sama, co jsem vyslechla, ale vždy nechávám klientovi prostor pro doplnění, popřípadě se doptám, jaké to bylo povídat si o tom a tom nebo jak se cítil. Sdělováním slyšeného dávám klientovi najevo, že jsem sdílela jeho problémy po celou dobu hovoru, a mám možnost přestrukturovat slyšené, ohraničit problémy od opěrných bodů klienta, amplifikovat a zdůraznit, co se podařilo. Závěrem shrnu problematiku i pozitivní tak, aby pozitivní převažovalo nad problematiku v poměru 3:2. Zesílením pozitivních oblastí se zesílí autosanační schopnosti pacienta a pomohou mu vyvážit jeho jednostranné negativní a mnohdy i depresivní vidění světa.

Potvrzení účinnosti provedeného rozhovoru je vždy pacient sám, respektive jeho prožívání. Pokud uplatněná technika splnila svůj účel, projeví se to na prožívání klienta, bývá to zevně patrné a klient o tom mluví – a to je i patrné v poslední ukázce z terapeutické praxe – během rozhovoru dojde ke změně v prožívání, ať již je to uvolnění se slzami, křikem nebo jen s uvolněním napětí a tenze. Tyto změny pacient dokáže verbálně i neverbálně potvrdit.

Závěrem

V předkládané práci jsem se snažila zaznamenat vedení rozhovoru v krizové intervenci s využitím principů čtvera zakotvení. Užití této techniky rozhovoru se mi několikrát během mé psychiatrické a koneckonců i obecně medicínské ukázalo jako vhodné. Nejprve jsem popsala rozhovor v celkovém pohledu a poté podrobněji v rámci terapeutického formátu. Úplné zobecnění všech mých postupů přesto nebylo zcela možné s ohledem na velkou variabilitu krizových situací a stavů v psychoterapii a medicíně vůbec. Vždy je nutné zcela se přizpůsobovat náležitosti situace a počátečním potřebám klienta.

Nejdůležitější součástí mé práce je dovedné využívání rogersovských proměnných, na jejichž základě budují terapeutický vztah, v jehož prostředí má šanci narůstat důvěra i sebedůvěra klienta a poskytuje klientovi možnost aktivovat vlastní autosanační potenciál. Důkladným prozkoumáním pacientovy životní situace s pomocí čtvera zakotvení lze dosáhnout stažení klienta z nepříjemného

prožívání problémů, a poté je možno se pokusit nahlédnout zdravou část psychotopu, která by poskytovala pacientovi dobrý odrazový můstek.

Podstatou této techniky vedení rozhovoru je účelné a vědomé kladení otázek s cílem přenést pozornost pacienta od míst zasažených krizí směrem k „pevným pilířům“ při zachování respektování jeho osobnosti. Použití techniky není náročné na čas, na prostředí a podmínky, ani na schopnosti terapeuta. Je vhodná pro psychoterapeuta i pro klinického psychologa, stejně jako pro psychiatra nebo praktického lékaře.

Satiterapie – psychoterapeutický směr

Satiterapie je integrativní psychoterapeutický směr, prožitkově orientovaný, vyučovaný a provozovaný v naší republice. Tento unikátní psychoterapeutický směr byl založen a dále rozvíjen doc. Frýbou, jenž ve své práci vycházel z vlastní praxe psychoanalytika (byl žákem E. Bluma), meditativních zkušeností i kontaktů s manžely Morenovými, C. R. Rogersem, E.T. Gendlinem aj.

Všechny osobní údaje, použité v tomto článku, byly záměrně změněny a redukovány tak, aby nebylo možno poznat identitu osob, jejichž problematika mou prací ilustruje.

O autorce

MUDr. Mgr. Kristýna Drozdová pracuje jako sekundární lékařka v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod. Po lékařské fakultě dokončila studium katedry psychologie. Ve své psychoterapeutické praxi využívá dovedností a vědomostí nabytých během účasti ve výcvikové komunitě v satiterapii, v hodinách supervize satiterapeutické i supervize jiných psychoterapeutických směrů. Nyní pracuje jako výcviková vedoucí v další komunitě tohoto psychoterapeutického výcviku.

Literatura

- Burkhardt, K.H. (1996): Všímavé spoluprožívání v satiterapii tancem. *Konfrontace* 3, s. 31-35.
- Frýba, M. (1996): *Psychologie zvládnání života – aplikace metody Abhidhamma*. Masarykova universita, Brno.
- Frýba, M. (1991): *Abhidhamma – základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Stratos, Praha.
- Hájek, K. (1993): *Tělesně zakotvené prožívání – focusing*. *Konfrontace* 14.
- Hájek, K. (2002): *Satiterapeutické kotvení ve skutečnosti*. Ateliér satiterapie, Velká Bíteš.
- Němcová, M. (1993): *Techniky průzkumu psychotopu I.*, Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.
- Němcová, M. (2002): *Úvod do satiterapie*, Velká Bíteš: Ateliér satiterapie.
- Vogt, B. (1991) *Können und Vertrauen*. Verlag Rüegger Zürich.
- Vymětal, J. (1999): *Lékařská psychologie*. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
- Vymětal, J a kol. (1997): *Obecná psychoterapie*. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
- Vymětal, J. (1996): *Rogersovská psychoterapie*. Český spisovatel, Praha.