

# Gestalt psychoterapie somatoforních poruch

Mgr. et Mgr. Alena Pučelíková<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Masarykova univerzita, Filozofická fakulta, Psychologický ústav, Brno

<sup>2</sup> Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, Oddělení klinické psychologie

<sup>3</sup> Poliklinika Dobrovského, Centrum léčebné rehabilitace MUDr. Koukal, s. r. o.

Do psychoterapeutické péče se často dostávají pacienti se somatoforními obtížemi. Článek pojednává o Gestalt psychoterapii jako vhodném psychoterapeutickém přístupu pro práci s těmito pacienty. Kazuistika obsahuje dvě ukázky experimentů zaměřených na práci s tělem.

**Klíčová slova:** gestalt psychoterapie, psychoterapie, psychosomatické poruchy.

## Gestalt therapy of somatoform disorders

Patients with somatoform problems often receive psychotherapeutic care. The article discusses the Gestalt psychotherapy as an appropriate psychotherapeutic approach to work with these patients. The case report contains two examples of experiments focused on working with the body.

**Key words:** gestalt psychotherapy, psychotherapy, psychosomatic disorders.

## Úvod

V souvislosti s psychosomatickými obtížemi se využívá termín medicínsky nevysvětlitelné tělesné příznaky (MUPS), který konstatuje, že (adekvátní) somatická příčina pacientových obtíží nebyla nalezena nebo jejich etiologie nebyla dostatečně objasněna. Prevalence MUPS je celkově odhadována na 40,2 %, pro různé formy somatoforní poruchy, na které se náš článek zaměřuje, pak na 26,2 %. Tyto potíže jsou tedy velmi časté a bývají spojeny s nadměrným využíváním lékařské péče a pracovní neschopností a jejich léčba je mnohdy komplikovaná (1). Pro účinnou léčbu těchto pacientů je ideální multidisciplinární spolupráce mezi lékařem, psychoterapeutem a případně fyzioterapeutem.

Psychodynamické teorie označují nedostačnou regulaci emocí jako mechanismus nebo příčinu MUPS. V některých z těchto teorií je zdůraz-

něna obranná funkce somatizace (např. udržování tísnivých afektů souvisejících s vnitřními konflikty v nevědomí), v jiných teoriích jsou somatoforní příznaky vnímány jako důsledek poruchy vědomé zkušenosti s afekty (alexithymie), které se objevují sekundárně jako důsledek traumatických zážitků nebo časných selhání připoutání (attachmentu) (2).

Alexithymie, tj. signifikantní deficit v rozpoznávání, sdělování a regulaci emocí, úzce souvisí s poruchou tělesného schématu, tedy mentální reprezentací vlastního těla. Pacienti dokáží jasně vnímat pouze somatickou oblast, a tak je pro ně signálem psychické rozlady plynoucí z alexithymie spíše bolest somatická. Tělo se stává projekční plochou pro intrapsychické konflikty (3, 4).

## Psychoterapeutická praxe

Je potřeba počítat s tím, že pacient může vstupovat do terapie s nedůvěrou ve zdravotnic-

ký systém, může mít pocit zpochybnění vážnosti svých obtíží, někdy mu navíc okolí dává najevo, že si za svoje obtíže může sám. Proto je velmi důležitá počáteční fáze terapie pro navázání terapeutického vztahu a motivaci pacienta.

Pacient přichází „nabídnout“ příznak. Někdy je to to nejdůležitější či jediné, čím komunikuje se svým okolím, proto je vhodné příznak nepodceňovat, přijímat ho způsobem, jak ho pacient nabízí, zároveň vnášet i další důležité souvislosti, jako jsou osobnostní charakteristiky, následky, ztráty a zisky, rodinný a sociální kontext atp. (5). V Gestalt jazyku se nemoc stává pacientovou figurou, zbytek osobnosti pozadím. Perls (6) tvrdí, že nemoc je nedokončená situace, kterou lze ukončit vyláčením nebo smrtí.

U pacientů se somatoforními obtížemi nacházíme retroflexi<sup>1</sup>, deflexi<sup>2</sup> a desenzitizaci (7) jako specifické styly kontaktu. Z hlediska fáze

1 Zadržování impulzů směřujících ven, obracení energie proti sobě (8).

2 Odklon od přímého kontaktu s druhým (8).

kontaktního cyklu (např. viz Zinkerův model) (9) nacházíme nejčastěji přerušení cyklu formování a destrukce figury v místě mezi mobilizací a akcí (10) či už v počátečních fázích cyklu, kdy se tito pacienti zaměřují na tělesné vjemy na úkor emočního prožívání a kontextu se situací v prostředí.

Jak již bylo zmíněno výše, tito pacienti mají často deficit ve vnímání svého tělesného schématu, mají obecně špatný kontakt se svým tělem – na jednu stranu mohou být desenzitizováni, na druhou stranu tělo úzkostně scanují a kontrolují (6). Tím se ochuzují o významný zdroj sebedopory, jelikož bez přiměřeného tělesného pocítování ztrácíme kontakt se sebou samými, s našimi potřebami i s okolím a vzniká tak prostor pro projekce<sup>3</sup> (10).

U osob s úzkostnými poruchami obecně nacházíme (chronicky) zvýšené svalové napětí (tzv. limbický hypertonus) (11). Pacienti zadržují nebo inhibují dech, aby potlačili úzkost a další nepříjemné pocity, aby zablokovali vzrušení (12). Toto sebezpřerušování je patologické, omezuje příjem a výdej vzduchu a vede k inspiračnímu postavení hrudníku a snížené kvalitě dýchání. Převažující tzv. horní typ dýchání (akutně i chronicky) a kranializace bránice potom ovlivňují funkci dalších oblastí – horní cesty dýchací, pánevní dno, vnitřní orgány, svalové napětí v místě úponů bránice, pohybový a nervový systém (13). Nekvalitní dýchání a jeho důsledky tedy rovněž negativně ovlivňují sebedoporu jedince.

Pacienty se somatoforními poruchami je obtížné léčit pro jejich nízkou motivaci a vzorec chování při hledání pomoci, kdy odmítají pomoc a zároveň si udržují pozornost lékaře či terapeuta opakovanými stížnostmi na tělesné příznaky (2). Kvůli nedostatečné schopnosti introspekce a emočního uvědomění špatně reagují na tradiční formy psychoterapie orientované na vzhled. Náhledová terapie nebo prosté uvolnění svalů nevede k výrazné změně charakterové struktury pacienta, a tedy ani k dlouhodobějšímu zlepšení stavu (12). Terapeutické intervence by měly být zaměřeny na zvýšení emočního uvědomění, vhodná je práce s dechem, tělovým schématem a vlastním vnímáním těla. V oblasti vnímání těla a tělesného schématu se nabízí spolupráce s fyzioterapeutem, neboť i zde může pacient čerpat.

## Možnosti Gestalt psychoterapie

Pacient potřebuje propojit to, co je oddělené – tělo, emoce, kognice a prostředí (pole), jehož je součástí. V rámci Gestalt psychoterapie se zaměřujeme mj. na proces pacienta, patologická sebezpřerušování a specifické kontaktní styly (viz výše). S těmito pacienty pracujeme i jako s pacienty s úzkostí – více viz např. Černý a Hajduk (10). Do sezení můžeme kreativně vnášet a pacientovi nabídnout různé experimenty pro zvýšení uvědomění. Zde uvádíme příklady experimentů zaměřených na tělo, které lze využít:

- experimenty ke zvýšení uvědomování si těla – kontakt těla se židlí nebo pohovkou, se zemí, dotek (např. vlastní rukou na desenzitizovaném místě), uvědomování si dechu a experimentování s ním (14), Jacobsonova progresivní relaxace,
- technika 5P („mít všech pět (smyslů) pohromadě“) – postupně se zaměřovat na jednotlivé smysly a ke každému zmínit tři podněty, které jimi pacient vnímá,
- somatický screening emocí – na papír namalovat obrys lidského těla (sebe), do kterého pacient postupně zakresluje, kde si u sebe všimá projevů emocí (terapeut emoce postupně vyjmenovává),
- experiment s prázdnou židlí – na prázdnou židli např. „nemocný orgán“,
- technika časové osy – na papír namalovat časovou osu svého života a z jedné její strany vypsát fyzické obtíže v průběhu času, z druhé strany potom životní události v průběhu času,
- pohybové experimenty – opakování, přehánění a rozvíjení pohybu, převedení slov do akce. Můžeme se zaměřit na místa, kde je přebytek energie, nebo kde naopak energie schází (případně využít dechové techniky pro její zvýšení) (12).

## Kazuistika

28letá, svobodná, vysokoškolsky vzdělaná žena přichází do ambulance psychologie na vlastní žádost pro „nefungující tělesnou schránku“. V dětství bývala hodně nemocná, poslední tři roky je stále nějak nemocná. Byla opakovaně somaticky vyšetřována, bez obj. nálezu, léčba nezabírá (opakovaně ATB, poté imunologická

léčba), našla si čínského lékaře. Nemoci se střídají – streptokok, stafylokok, záněty močového měchýře, zánět hrtanu, reflux, bolesti zad, nově diagnostikováno astma. Poslední tři roky zažívá nadměrný stres, je úzkostná, nedokáže se zklidnit, vše jí pomůže jen na krátkou dobu (jóga, meditace). Nejhorší zdravotní stav měla v době, kdy měla partnerský vztah, tři brigády a studovala vysokou školu.

Z počátku psychoterapie: Pochází z malého města, dříve to tam nenáviděla. Rodiče, středněškolsky vzdělaní, žijí ve starším rodinném domě, který celý život po částech opravují. Má o čtyři roky mladšího bratra. Na ZŠ měla vynikající prospěch, vyhrávala olympiády, přesto se bála, že se nedostane na gymnázium. T. č. bez partnera, rozešli se asi před půl rokem, popisuje to jako zničující vztah, vygradovaly konflikty ohledně role muže a ženy ve vztahu, on ji nutil být ženou v domácnosti, chtít mít velký dům na vesnici a tři děti, zatímco ona se chtěla zaměřit na kariéru, užívat si město, děti mít nechce. Má velký okruh přátel a pravidelně se vídá s přibližně čtyřiceti lidmi. Ani jednoho z nich však nemůže vidět tak často, jak by chtěla. Vystudovala bakalářský obor, navazující magisterský obor nedokončila, jelikož v porovnání s tehdejší brigádou jí studium přišlo směšné, nevyužitelné v životě. Při studiu měla tři brigády, každou z nich přibližně na poloviční úvazek. Snažila se brigády postupně redukovat, když však dělala jenom jednu, napadaly ji myšlenky jako „tady jenom profesně zakrním... chci dokázat, že jsem dobrá... je to pro mě málo“. V poslední době je hodně unavená, vysvětluje si to jako následek prodělaných nemocí, mívá špatné sny. Když toho má hodně, vypije několik kávy za den a jí jenom sladké. Myslí si, že prokrasťuje, a chce se toho zbavit – když má hodně úkolů po práci, jde spát, pak se dostává do výrazného stresu, kdy nestihá, ale to už ji donutí se úkolu věnovat. Sama sobě často vynadá za to, že ještě nemá tohle a tamto. Nikdy nemá volný čas. Snaží se spořit si peníze, po rozchodu jsou pro ni velkým stresorem. Nemůže se donutit do cvičení, zdravého stravování, soustředění se na práci. Chce toho stíhat víc. Zaměřuje se převážně na to negativní. Nelze být myšlenkami tady a teď – zůstává v minulosti (bývalý vztah) nebo je v budoucnosti (obavy z nové práce, katastrofické scénáře).

3 Nepřijímání vlastní charakteristiky a bez uvědomění její promítání na okolí (8).

Za účelem demonstrace využití experimentů zaměřených na tělo vybíráme dvě ukázky z průběhu psychoterapie (obě se týkají pacientčina výkonového inktrjektu<sup>4</sup>).

V první fázi terapie – pacientka (P) hovoří o „další potenciální diagnóze“, podezření vyslovila lékařka při poslední kontrole. Terapeutka (T) si všímá u P zadržování dechu a strnulé pozice, když P mluví, a vnáší své pozorování. Na otázku ohledně aktuálního prožívání P odpovídá, že „je to nefér“. Svého dýchání a těla si nevšimla. T navrhuje experiment s prázdnou židlí – tělo a hlava, P souhlasí.

Zde je přepis rozhovoru „hlavy s tělem“:

Hlava: „Jsem na tebe našťvaná! Nevěřím ti... cynicky čekám, jakou další nemoc zase budeš mít...“

Tělo: „Jsem velmi unavené, nemůžu už dělat víc... Vždyť už několik let nedbáš na moje potřeby... Potřebuji si odpočinout od všeho, co se mnou běžně děláš.“

Po experimentu si P uvědomí sílu svých sdělení. Uvědomí si také své prožívání a únavu, které si dosud vůbec nevšimla, začíná uvažovat nad dovolenou.

V druhé fázi terapie – P je celkově unavená z množství provedených domácích prací a frustrovaná z toho, že se v tom cítí sama a cítí se fyzicky hůře. V rozhovoru s T si uvědomí a pojmenuje, že má ve vícero oblastech sklony k výkonovosti, perfekcionismu a často nedbá na signály únavy a pokračuje v činnosti. Zhoršení fyzického stavu chápe odděleně. T navrhuje experiment s prázdnou židlí – výkon a únava, P souhlasí.

Zde je přepis rozhovoru „výkonu s únavou“:

Výkon: „Beru tě jako přítěž, jako něco co mi kazí plány, jsi neproduktivní... Je přece potřeba něco dělat, jinak ze mě bude jenom sliz v poste-

li... Když „svítíš“ (metafora semaforu) v průběhu nějaké činnosti, šťve mě to, nechci ji přerušovat, chci ji dokončit.“

Únava: „To je hodně zraňující. Snažím se tě zastavit, protože jinak bys jel pořád dál a dál, ale stejně si ten život neužil. Neustále je co dělat. Potřebovala bych, abys mě uznal a začal vnímat. Nechci čekat, až mě zbudě čas...“

Výkon: „Je pravda, že z toho, že pořád uklízím, nadšená nejsem. Myslela jsem si, že si odpočinu, když bude přítel dva týdny pryč, ale dělala jsem toho více než obvykle, protože mi vybyl čas, který normálně věnuji jemu...“

(T: „Na čem byste se mohli domluvit?“)

Únava: „Já dělám vše, co můžu. Dávám o sobě vědět. Možná bych měla mávat praporečkem, už když je oranžový, ne až když je červený.“ (metafora semaforu)

Výkon: „Mohl bych si tě začít více vážit a více všímat.“

Únava: „To mě potěšilo. Cítím se přijatá.“

Po experimentu si je P vědoma svého emočního prožívání a únavy, dokáže popsat, jak se nyní v jejím těle únava manifestuje. Uvědomí si vztah mezi tlakem na výkon, únavou a fyzickým stavem. Nově vnímá téma výkonu jako primární problém a chce s tím dále pracovat.

V současnosti (po dvou a čtvrt roku psychoterapie) má pacientka stabilní partnerský vztah, je před svatbou a s partnerem společně plánují bydlení v rodinném domě. Má lepší vztah s rodiči, zredukovala okruh přátel, stýká se s nejbližšími kamarádkami a s frekvencí vzájemných kontaktů je spokojená. Má práci „svých snů“, ale i tak si chce snížit úvazek, aby měla více času na sebe. Věnuje se pečování o sebe sama, přestala pít kávu, změnila jídelníček a typ sportovní aktivity (z běhání po městě na procházky a pobyt v přírodě). V průběhu psychoterapie se objevily

nové fyzické příznaky, některé z nich nebyly objeveny vyšetřeními potvrzeny (revmatoidní artritida, ca děložního čípku), jiné vedly ke stanovení diagnózy (lupénka). Příznaky astmatu nemá (zpětně si uvědomuje, že šlo o panické ataky). Záněty močového měchýře má už jen výjimečně, a to po prochlazení. Přetrvávají bolesti některých kloubů a lupénka je v lepším stavu (v klidovém období téměř neviditelná, ve stresu se zvýrazňuje). Nově popisuje parestezie palců na nohou (bez obj. nálezu) a napadá ji, že jde pravděpodobně o projev aktuální nejistoty a nestability, neboť s blížícím se termínem svatby je stále aktuálnější téma rodičovství, které je však pro ni problematické.

## Možnosti fyzioterapie

U těchto pacientů pozorujeme hyper- nebo hyposenzitivitu na tělesné vjemy. Tělesné počítky častěji vyhodnocují jako bolest. Fyzioterapie je pak nevyhnutelně příležitostí pro kontakt s vlastním tělem. Fyzioterapeut motivuje k pohybu a pomocí vícero smyslů (skrže slovní instruktáž, manuální kontakt a navádění, vizuální zpětnou vazbu pacienta atd.) podporuje mj. uvědomování a rozlišování tělesných vjemů – bolest vs. tlak, tah, svalová práce atp. Fyzioterapie má své místo v léčbě pacientů se somatoformními obtížemi a má mnoho možností, jak s nimi pracovat.

## Závěr

Pro léčbu pacientů se somatoformním onemocněním je ideální multidisciplinární spolupráce mezi lékařem, psychoterapeutem a případně fyzioterapeutem. Gestalt psychoterapie je vhodný přístup pro práci s těmito pacienty, neboť má potenciál propojit to, co je oddělené – tělo, emoce, kognici a prostředí, jehož je pacient součástí.

## LITERATURA

1. Říhářek T, Pavlenko P, Franke H. Účinnost psychotherapeutických postupů u pacientů s medicínsky nevyvětlenými tělesnými symptomy: Shrnutí metaanalýzy a přehledových studií. Československá psychologie. 2017;61(4):350-362.
2. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. International Review of Psychiatry. 2006;18(1):13-24.
3. Stackeová D. Tělesné sebezpečí v kontextu psychosomatiky. Psych@som. 2006;4:129.
4. Uher T, Bob P, Ptáček R. Alexithymie a psychosomatická onemocnění. Československá psychologie. 2010;1(5):496-504.
5. Baštecký J, Šavlík J, Šimek J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada, Avicenum; 1993.
6. Perls F, Hefferline RF, Goodman P. Gestalt terapie. Vzrušení lidské osobnosti a její růst. Praha: Triton; 2004.
7. Kudiaki C, Sezgin N. An examination of Gestalt contact styles, anger and anxiety levels of headache and non headache groups. Klinik Psikiyatri Dergisi-Turkish Journal of Clinical Psychiatry. 2018;21(1):68-78.
8. Roubal J. Gestalt terapie. In: Vybíral Z, Roubal J editors. Současná psychoterapie. Praha: Portál; 2010.
9. Zinker J. Tvůrčí proces v Gestalt terapii. Brno: Era group; 2004.
10. Černý M, Hajduk M. Přístup gestalt terapie k úzkosti. Psychiatrie pro praxi. 2010;11(1):29-31.
11. Hoehn-Saric R, McLeod DR, Funderburk F, Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder: An ambulatory monitor study. Archives of General Psychiatry. 2004;61(9):913-921.
12. Smith EWL. Tělo v psychoterapii. Praha: Portál; 2007.
13. Věle F. Kineziologie pro klinickou praxi. Praha: Grada Publishing; 1997.
14. Kepner JI. Body process: A gestalt approach to working with the body in psychotherapy. New York: Gestalt Press; 2014.