

DIAGNOSTICKÉ ASPEKTY PSYCHODRAMATU

H. ŠIROKÝ

Psychiatrická léčebna, Opava

1. Úvod

Základem velké části psychologické praxe je diagnostika, tj. rozpoznání a pojmové zařazení příslušných duševních projevů. Snaha přiblížit psychologii přírodním vědám, s jejich exaktním způsobem experimentování a pozorování, vedla k vypracování množství metodik, podřizujících se v té či oné míře laboratorním podmínkám (38). Tento původně především heuristický záměr studuje lidskou psychiku za velmi zjednodušených podmínek a všímá si převážně dílčích funkcí. Je výrazem odporu ke spekulaci a brzy prokazuje svou teoretickou zdatnost tím, že staví psychologické myšlení na solidní fyziologický základ. Úzce experimentálně empiricky nebo fyziologicky pojaté zkoumání však má svá omezení. Elementární data (např. latence v asociačním experimentu, křivka kolísání pozornosti, psychogalvanická reakce) mohou být pro studium osobnosti — která představuje základní psychologický problém — využita buď statistickou korelací, nebo logickým rozbořem; exaktní materiál, přiřaditelný jen k velmi obecným schématům, naráží v prvním případě na obtíže individuální aplikace, ve druhém případě svádí k logickému dovozování, které je v rozporu s původním záměrem: oprostít se od spekulace. Nehledě k tomu, že osobnost není pouhým součtem dílčích aspektů, je takové multidimensionální vyšetření jak pro časovou náročnost, tak pro specifické obtíže neproveditelné. Úzce zaměřené fyziologické metody však nevyčerpávají možnosti výzkumu lidského duševna. L. G. Pervov se domnívá, že zkoumání vyšší nervové činnosti je v podstatě zkoumáním chování; způsoby takového zkoumání mohou být rozličné: anamnestická beseda, dotazník, klinické pozorování, analýza objektivních zpráv, fyziologický experiment (54; 24). Experimentální metodiky užívané v současné době při studiu vyšší nervové činnosti nepovažuje za zcela uspokojující; zjišťují však některé patofyziologické mechanismy, podmiňující onemocnění (54; 92). Ze stejného úsilí, které hledá vzor v technice přírodovědecké práce (56; 124), se rodí testová koncepce psychologických vyšetřovacích metod, s ideálem »baterie testů:«; vedle nadšení vzbudila také odpor. Mnozí autoři, mezi jinými také M. Bleuler (4) (5; 14—15) a H. Schultz-Hencke (60; 183) konfrontují diagnostické zisky testově zaměřených metodik s poznatky získanými při klinickém pozorování, exploraci a psychoterapii a považují v této souvislosti podobná vyšetření za zcela druhořadá, nejvýše snad doplňující, nebo dokonce zbytečná. U nás se v nedávné době zabýval kritikou přínosu specifikovaných diagnostických metodik na psychiatrii L. Kubička a přimlouval se spíše za metodu Rogersova indirektního rozhovoru (29). Domnívám se, že fyziologické i testové metody nutně vyžadují v diagnostické i výzkumné stránce doplnění, zejména při zkoumání obsáhlejších oblastí duševního života, případně osobnosti. Základem nejspolehlivějších informací pro diagnózu osobnosti stále zůstává zjišťování biografických dat a dlouhodobé pozorování. Studium životopisných údajů skýtá možnosti mnoha variací, např. ve formě dotazníku (13), svědectví okolí, anamnestického pohovoru volného (21) i řízeného (58) apod. Metoda dlouhodobého pozorování našla výraz v pokusu o hodnotící schémata ve škále Mala-

mude-Sandse (15). Stále větší a větší pozorností se těší studium interpersonálních vztahů (32). Povzbudivé jsou zkušenosti s diagnostickými skupinami, které jsou vytvářeny za účelem kolektivní psychoterapie (24), (25), (37), (70).

Toto diagnostické zaměření — především klinické psychologické praxe — je v souladu se základní teoretickou koncepcí osobnosti. V. Tardy považuje za nejdůležitější úkol psychologie zkoumat »vývoj lidské mysli od její živočišné základny k vyšší formám duševního života skrze vliv společenského života« (69; 239). V. N. Mjasiščev se domnívá, že u člověka na rozdíl od ostatních živočichů je úloha stop minulé zkušenosti tak velká, že veškeré reakce v mnohem menším stupni závisí od aktuálního podnětu a mnohem více jsou určeny minulou zkušeností (39; 11). Osobnost lze pochopit jako systém vztahů (39; 10). V těchto vztazích jsou určující vztahy sociální — »u člověka je základním protikladem mezi individuem a společností« (69; 234). Ve shodě s Rubinštejnem a jinými chápeme osobnost jako jednotný souhrn vnitřních duševních podmínek, kterými procházejí veškeré vnější vlivy. Psychologický efekt každého vlivu na osobnost je určen historií jejího vývoje (57; 117).

Klíčovými poznatky pro studium osobnosti, kterou můžeme v jistém ohledu považovat za nedílný syndrom relativně trvalých specificky lidských aktivit, jsou poznatky o dosavadním životě člověka a o jeho vztazích k lidem; historický aspekt nás tedy povede ke zkoumání biografie, sociální aspekt ke zkoumání vztahu ke společnosti, ke kolektivu.

Při prosté exploraci či dotazníku jsme však vázáni jen na ústní nebo písemné sdělení. Mimika a gestika je při tom zcela podružným objektem našeho zájmu. Zkušenosti z psychoterapie i z rutinní práce s anamnézou nás však učí, že často právě zde — v nepatrné změně intonace, výrazu apod. — můžeme najít signály, vedoucí nás k jádru postojů, emocionálních napětí a konfliktů osobnosti. Přesto jsme v základě odkázáni na závěry z verbální produkce, která představuje nejdiferencovanější, ale fylogeneticky i ontogeneticky nejmladší způsob komunikace člověka. Původnější způsob mimicko-gestického dorozumění zůstává zanedbán. Nabízí se nám domněnka, zda není možno těžit z nějakého způsobu komplexní motoricko-mimické a současně verbální aktivace člověka, která by zároveň zachovávala možnost shora formulovaného sociálně historického zájmu.

Zdá se, že psychodramatická metodika, budující na sociální improvizované interakci, obsahově navazující na biografické údaje, může částečně splnit tyto požadavky. Psychodrama skýtá možnost plastické rekonstrukce nejrůznějších životně významných situací; staví před oči diagnostika model jednání a nejen vyprávění o něm; tím rozšiřuje diagnostické pole.

2. *Psychodrama, psychoanalýza a sociometrie*

Psychodrama je zjednodušené divadlo, hrané k psychoterapeutickým nebo k diagnostickým účelům.

V letech 1910 až 1914 vytváří J. L. Moreno (43; 10) ve Vídni dětské skupiny, se kterými začíná improvizovanou hru; zde vznikají první zárodky příštího psychodramatu a skupinové psychoterapie. V období 1913—1914 pokračuje v experimentech, tentokrát v terapeutických diskusních skupinách s prostitutkami; objevuje se zde určitý rys typický pro některé Morenovy politické postoje; neusíluje o vykořenění podstaty sociálního zlořádu, ale jde mu jen o jakousi paliativní terapii (43; 134). Za ukončení první, přípravné fáze považuje autor svá pozorování a studie v uprchlickém táboře v Mittendorfu.

V roce 1921 zakládá ve Vídni své »Stegreiftheater« (40). Zde si ověřuje terapeutické možnosti hereckého projevu. V roce 1925 pak odchází do USA. Ve své knize o psychodramatu prohlašuje, že až do roku 1935 byl jediný, kdo užíval novou metodu pod názvem skupinová psychoterapie (43; 16). Během světové války se skupinová psychoterapie a psychodrama značně rozšiřují ve Spojených státech a později také v Anglii. Od roku 1947 proniká metoda do Francie, od r. 1950 se objevuje ve střední Evropě, především v německy mluvících zemích. V současné době nacházíme práce o psychodramatu od autorů japonských, indických, kubánských, rakouských, švýcarských, holandských atd.

V Beaconu v New Yorku se ustavuje Morenův institut s akademiemi skupinové psychoterapie a psychodramatu (74). Psychodramatická divadla jsou zřizována při nemocnicích i při fakultách. Psychodrama je užíváno v nejrůznějších oblastech i mimo oblast psychiatrie, např. v nápravných zařízeních a věznicích (16), v průmyslu (43; 147), v pedagogice a didaktice (28), v přípravě mladých matek (50) apod.

Historické předchůdce hledají psychodramatici v sokratickém dialogu, Commedia del Arte, ve zvyklostech přírodních národů, např. indiánů Pomo (43; 14), v řeckém dramatu (45; 155), ve hře Wajang, stínové hře čínsko-japonského původu (65; 283) apod.

V ČSSR dělají v letech 1949—1951 pokusy s různými modifikacemi psychodramatu F. Knobloch v Praze (22) a R. Konečný v Brně (25). V československé odborné literatuře však stále nacházíme zdrženlivé nebo přímo odmítavé stanovisko. První referát samostatně věnovaný psychodramatu, jeho kritickému hodnocení a možnostem, přináší v dubnu 1959 H. Široký a H. Buxbaum (66). V přítomné době je psychodrama užíváno na několika československých pracovištích, mezi jinými ve Středisku pro doléčování neurotiků v Lobči u Prahy (24), na protialkoholním oddělení J. Skály v Praze (61), v Psychiatrické léčebně v Opavě (8) a jinde. Psychodramatu si začíná všímat také náš populární tisk (31), (67), (68).

Důvody počáteční nedůvěry k psychodramatu byly především dva: 1. spojování psychodramatu s psychoanalýzou, 2. spojování psychodramatu se sociometrií a s Morenovými politickými názory. Tak např. M. S. Lebedinskij spojuje psychodrama J. L. Morena s psychoanalytickou metodou (33; 38). Moreno však uvádí jako podmínku vzniku psychodramatu dvě antitěze psychoanalýzy: vzpouru utlačené skupiny proti jedinci a vzpouru herce proti slovu. Psychodrama považuje za překonání psychoanalýzy (10). Se základními psychoanalytickými pojmy jako podvědomí, nevědomí (43; 50), přenos, odpor (43; 54) polemizuje a odmítá je. Oproti analýze zdůrazňuje principy »hic et nunc« a »produkce« (43; 99). Psychoanalýzu klasifikuje jako periferní terapii (43; 275). Také psychoanalytici se zprvu distancují od psychodramatu. Princip hry, který formuluje M. Kleinová, je svou podstatou odlišný od Morenova »spontánního divadla«. Tyto rozdíly zdůrazňují také G. Elsässer (11), M. Langerová a J. Puketová. Poslední dvě autorky považují dokonce Morenovu metodiku za odlišnou od všech ostatních psychoterapií právě v malé závislosti na Freudovi (30). Stavíme-li podobně jako Wells (72) nebo Völgyesi (71) do naprostého protikladu psychoanalytickou a pavlovovskou koncepci, nenacházíme důvod, proč by mělo být psychodrama vykládáno analyticky a nemohlo být vyloženo pavlovovsky. Je ovšem pravda, že v poslední době užívají psychodramatu také analyticky orientovaní autoři (35), (36). Analogický postup, jak si teprve nedávno psychoanalýza asimilovala psychodrama, můžeme sledovat i na historii hypnó-

zy, kterou analytici zprvu pod vlivem Freudovy autority odmítají, pak ji však přijímají a užívají ve svých intencích (60; 267). Stejně jako hypnóza, nemůže být ani psychodrama považováno za výhradní doménu psychoanalýzy.

Podobně je tomu se vztahem psychodramatické metody a Morenových politických názorů. Sám Moreno doporučuje rozlišovat mezi jeho »terapeutickou filosofií a psychodramatickou metodou« (43; 104). Kritik sociometrie M. Š. Bachitov poznamenává, že sociometrické pokusy svědčí o důležité roli, kterou mají v životě lidí jejich osobní náklonnosti, přání, záměry a snahy (2, 22). Chybou sociometrie není skutečnost, že se o ně zajímá, nebo, že usiluje o jejich kvantitativní vyjádření, ale chybou je záměna určující síly vědomí a bytí, snaha vydávat sociometrické recepty za všelék sociálních neduhů. Podobné mesianistické cíle pro psychoterapii sdílí s Morenem i někteří další psychoterapeuti. V nejrůznějších Morenových pracích se setkáváme s poněkud megalomanními aspiracemi, které nezdědka hraničí s mysticismem. Sám věří ve své osobní poslání (43; předmluva), (45). Kosmická psychoterapie má přinést člověku odcizenému sobě i přírodě vzkříšení jeho tvůrčí spontaneity. Bůh — velký globální psychoterapeut má být nahrazen množstvím psychoterapeutů atd. (47). Tyto spekulace nejsou v kauzálním vztahu k metodice psychodramatu.

3. Metodika psychodramatu, diagnostické a psychoterapeutické zřetele

Psychodrama se vyvinulo na podkladě myšlenky skupinové psychoterapie a zjednodušeného, improvizovaného divadla. Na psychodramatickém podiu: stojí proti sobě pacient (protagonista) a psychodramatický team. Psychodramatický team pomáhá protagonistovi v dramatické realizaci jeho zážitků, přání, postojů a fikcí. Team sestává z vedoucího (terapeutického režiséra, ředitele) a pomocných herců (»auxiliary ego«). Členové teamu plní funkce spoluherce a mohou si s pacientem vyměnit roli. Pacient se může rovněž v příslušné situaci účastnit jako divák a pomocný herec se ho snaží v typických rysech portrétovat. Závažným nástrojem psychodramatu je funkce »alter ego«. »Alter ego« hovoří předpokládané vnitřní myšlenky pacienta, případně jejich opak, se záměrem provokovat k souhlasu či nesouhlasu, podněcovat k přehodnocení dosavadních postojů, ujišťovat o vnitřním sdílení pacientovy domněle výlučné problematiky jinými. Psychodrama můžeme hrát buď se skupinou pacientů, nebo jen s jedním pacientem a teamem (uzavřené sezení s centrálním protagonistou). V Psychiatrické léčebně v Opavě jsme dříve užívali převážně této druhé varianty (8; 348). V poslední době však spolu se zaváděním systematické kolektivní psychoterapie užíváme i skupinovou formu psychodramatu. V obou případech se jedná o kolektivní záležitost. Východiskem hry je souhrn všeho, co o pacientovi víme. Tam, kde nemáme bližších údajů, spokojíme se předběžným pohovorem o životě a prostředí pacienta. Před zahájením hry vysvětlíme podstatu psychodramatu, získáme souhlas k účasti, vyzveme pacienta, aby nám sdělil zážitky a nápady, které by mohl dramaticky vyjádřit. Nemá-li vlastní návrhy, radíme mu sami.

Zpravidla si vymežíme přesně úkol: plán na jednu hru, nebo na všechny hry (dílní a celkový plán) a speciální nebo globální diagnostický problém; speciální se týká např. suicidálních tendencí, vztahu k otci, — globální zahrnuje charakteristiku osobnosti nebo jejich podstatných vlastností.

Při každé psychoterapii neustále diagnostikujeme a podle poznání pacienta a příznaků nemoci usměrňujeme svou práci; při většině psychoterapeutických metod se také pacient učí sebepoznání; učí-li se — např. — chápat příčiny své

neurózy ve vztazích k okolí, provádí — i když bez odborných termínů — auto-diagnostiku, která někdy bývá předpokladem léčení. Diagnostický a terapeutický zřetel nemusí jít vždy paralelně (56; 124), nebo může dokonce působit rušivě (29). Každá psychodiagnostická metoda by měla být podřízena požadavkům psychoterapie nebo zásadám duševní hygieny. Každá diagnostická metoda obsahuje sociální vztah, který reprezentuje potenciální psychoterapeutické nebo psychonoxiosní ovlivnění. Mezi diagnostickou a psychoterapeutickou prací v psychologii není ostrá demarkační linie. V případě psychodramatu můžeme hovořit o převážně diagnostickém nebo převážně psychoterapeutickém záměření, při čemž druhou složku nelze při práci s duševně nemocnými nikdy ignorovat.

Diagnostické psychodrama je tedy zaměřeno převážně na zjišťování vlastností osobnosti, jejích postojů a názorů, případných odchylek od normy, objasnění nezřetelných okolností v anamnéze, na specifikaci patologických projevů. Hlavní náplní psychodramatu je retroaktivní dramatická analýza s teamem. Základní modifikace jsou: 1. ilustrativní psychodrama (při exploraci nebo získávání anamnesy požádáme pacienta, aby nám příslušnou situaci sehrál, nebo pohybově znázornil); 2. Schematizovaná forma (s pokusnou osobou nebo s pacientem hrajeme na podkladě typizovaného sledu scén, který rámcově určuje standartní situace pro všechny osoby zkoumané skupiny stejně); 3. Jonesova modifikace (pacient hraje na pokladě scénáře, který společně s terapeutem předem vypracoval) (43; 109); 4. volná forma psychodramatu (postup hry určuje případ od případu náš výzkumný, diagnostický či terapeutický zájem a individualita pacienta; hra se však v detailech rozvíjí spontánně, volně, přirozeně). Domnívám se, že specifický přínos psychodramatu využívá nejlépe čtvrtý způsob hry. Je pružný, přizpůsobuje se dalekosáhle situaci, umožňuje ve větší míře sebevyjádření, volnost projevu, zachovává improvizaci ráz.

4. Diagnostické aspekty psychodramatu

Během psychodramatu získáváme materiál pro diagnostiku především z trojí oblasti, kterou určuje: 1. vztah pacienta ke hře, 2. vztah k psychodramatickému teamu, 3. divadelní projekce osobnosti, obsahová náplň hry. Rozlišení těchto tří faktorů — a také rozpoznání, kdy a kde je spolehlivě rozlišit nemůžeme — je podmínkou správného diagnostického hodnocení.

Od počátku sledujeme navázání kontaktu s teamem, adaptační latenci (tj. dobu, která uplyne, než se pacient přizpůsobí psychodramatické situaci, než se »rozehraje«). U nováčků překonáme snadno počáteční ostych už pouhým vysvětlením. Výraznější odmítavé postoje pozorujeme u vyhraněných příslušníků schizothymního okruhu, u osob s autistickými sklony, dále u neurotiků s pocitem méněcennosti, s »prestižní přecitlivělostí«, u lidí nedůvěřujících okolí, trpících nejistotou, a také u hysteriků. Počáteční nedůvěra se správným postojem terapeutů, rozborem příčin mění v kladný přístup, jehož dosažení je nám zároveň důkazem, že jsme správně odhalili zdroje odporu ke hře. Psychodrama se nám často osvědčilo právě v případech trémy a společenské nejistoty, kde překonání odporu ke hře bylo současně léčebným činitelem.

Postoj protagonisty ke hře má bohaté odstíny; za typické považujeme tyto: protestující, odmítavý, dotčený, uražený, nedůvěřivý, podezřívavý, nechápající, neúčastný, lhostejný, formální, vyčkávací, důvěřivý, podrobný, ochotný, nadšený. Přesuny od jedné kvality ke druhé jsou důležitým indikátorem našeho postupu. Diagnostik nesmí ani na okamžik opouštět otázku *proč* tomu tak je.

Úroveň hry může být dobrá nebo špatná poměrně v malé závislosti na »hereckém nadání«, ale hlavně v závislosti na navázání kontaktu a postoji ke hře. To platí do značné míry také o celkové aktivitě, produktivitě pacienta a o verbálně motorické proporcii.

Předmětem různých výkladů a nedorozumění je Morenův pojem »acting out« (43; 294). Moreno jej do němčiny překládá slovem »Ausleben«. »Acting out« má být herecký prožitek mimo roli, herecův vnitřní zážitek, odehrávající se v jeho osobnosti, na rozdíl od plnění role, kterou vytvořil dramatik bez ohledu na individuum; tedy výraz, podmíněný vnitřním zážitkem. Míra vzrušení může překročit rozměry jevištního rámce (např. hraný pláč přejde ve skutečný pláč), ve vypadnutí z role. Ale i v »jevištní míře« nám zvýšené oživení může ukázat cestu k diagnosticky významným zážitkům a postojům.

K a s u i s t i k y

I. J. Š., zámečník, 39 r., dg. neurastenie s obsedantními rysy. Team: D. Homolová, L. Burešová, M. Ručková, V. Říha, ved. H. Široký.

Nejsilnější vzrušení pozorujeme při retrospektivní scéně, kdy pacient v 25 letech ležel v nemocnici se spálou. Hrané fantazie prozrazují obavy z toho, že se nikdy neuzdraví, že bude pro celý život méněcenný, společensky i eroticky osamocený. (Podotýkám, že pacient je ženatý, v práci má úspěchy; jeho obavy se nerealizovaly. Je však nepříjemně traumatizován ve společnosti, červená se, potí se, připadá si trapný). Ve scéně nemocničního pobytu nacházíme skutečně klíč k jeho pocitům méněcennosti; krátce před onemocněním spálou měl nepovedenou známost; nemoc se protáhla na několik měsíců, kdy vedle nepříjemných příznaků onemocnění přistoupila okolnost, že byl dlouho izolován od obvyklého prostředí, měl čas na přemýšlení nad sebou a k upevnění pocitů vlastní slabosti; tyto pocity pak vrcholí, když se vrací sanitkou z nemocnice domů do všedního života. Ujasnění těchto souvislostí, které později dlouhodobě ovlivňovaly jeho myšlení a jednání, přispělo podstatně ke znovuzískání duševní rovnováhy pacienta.

Typické společenské postoje se mohou zobrazit v tom, jak protagonista uplatňuje své pojetí hry proti ostatním členům teamu, proti řediteli, v tom jak reaguje na alter ego, jak komentuje příslušné akce; může reagovat buď spontánně nebo na výzvu: souhlasem, dotazem, protestem, doplňující glosou. Všimáme si, koho si pacient nejčastěji vybírá ke hře, nebo koho odmítá.

II. J. B., úřednice, 22 r., dg. schizoidní psychopatie, tent. suicidii, paran. percepce. Team: L. Jančová, B. Žák, A. Bártová, M. Bělešová, ved. H. Široký, R. Grumlík.

Pacientka odmítá hrát před jedním z terapeutů, zato si s oblibou vybírá určité členky teamu. Její volba je totiž řízena mládím a ústupností často volených spoluherců a její odmítání kritickým a autoritativním vystupováním zmíněného člena skupiny; také věkovým rozdílem. Takové chování můžeme rozebrat přímo ve hře nebo v diskusi po ukončení hry. V tomto případě nacházíme vztah k její tendenci ignorovat a napadat autoritu a vyhledávat objekty své náklonnosti tam, kde může vládnout a kde má pocit převahy. Tento povahový rys jsme u pacientky našli jak v konfliktech doma, tak na pracovišti.

Vztah psychoterapeut (diagnostik): pacient (pokusná osoba) je současně vztahem sociálním. V poslední době se objevují stále četnější práce o přenosu a protipřenosu (17) (56). Zbavíme-li pojem »přenos« spekulací, s nimiž bývá spojován, znamená souhrn postojů, které pacient přenáší na psychoterapeuta nebo diagnostika; »protipřenos« je souhrn postojů, kterými odpovídá terapeut (diagnostik) na chování pacienta, a které jsou výrazem citové odezvy jeho osobnosti na osobnost nemocného. Tato skutečnost může zvětšovat i »subjektivní odchylku« hodnocení při individuální diagnostice. Ani testové metody nejsou prosty nebezpečí, které přináší osobní vztah člověka k člověku, důvěra

či nedůvěra, sympatie či antipatie. Mohou ovlivnit vztah pokusné osoby či pacienta k examinátorovi a tím ovlivnit i získané výsledky. Tam, kde užíváme nestandardizovaných metod, např. při exploraci, toto nebezpečí vzrůstá. Domnívám se, že teamová spolupráce při psychodramatu toto nebezpečí snižuje na minimum. (Podotýkám, že diagnostik, který zná své předpoklady k protipřenosu jich může diagnosticky využít.) A ještě jedna poznámka v této souvislosti: *souhra* není pojmem adresovaným jen pacientovi, ale také teamu.

III. Při psychodramatu si všímáme, že jedna z nových členek teamu hraje s neochotou, dokonce s jakousi výbojností, kterou jsme dříve u ní nepozorovali. Rolí přebírá jiná členka teamu, team koriguje její postoj, takže neruší podstatu hry. Nová kolegyně pak poznamenává, že se jí pacientka nezdá být nemocná a že na ni pociťuje zlost. Tento druh protipřenosu většinou vyžaduje rozbor také u terapeuta; v tomto případě zjišťujeme, že se pacientka dotkla korespondujících neurotoidních rysů u terapeutky, které si v této situaci neuvědomila. To, co by mohlo rušivě působit u terapeutky v individuální psychoterapii, je ihned likvidováno teamovou prací.

Za hlavní přínos psychodramatu však považujeme studium mezilidských vztahů, které jsou při individuální metodice omezeny na vztah dvou osob a na pouhé verbální sdělování (65; 282). Okolnost, že náplň hry není jednoznačně určena, nutí ke konkretizaci, která poskytuje příležitost k osobní projekci; za těchto podmínek nestačí sebekontrola postihnout všechny projevy. Často jsme přítomni sdělení nebo odhalení souvislosti, které bychom jinak museli pracně dobývat, nebo kterých si pacient třeba ani sám nebyl vědom. Je výhodné, můžeme-li psychodrama provést s pacientem a současně i s jeho rodinnými příslušníky.

IV. J. N., 22 r., pomocnice ve zdravotnictví, obsedantní neuróza s depresivními a hysterickými rysy. Team: D. Homolová, J. Stratilová, ved. H. Široký. Pacientka pociťuje silnou žárlivost na svou mladší sestru, žije ve strachu, že se její manžel do ní zamiluje a svede ji; je si vědoma toho, že její obavy jsou zcela bezdůvodné. Úkol psychodramatu: objasnit vztah k manželovi a k sestře.

K psychodramatu jsme pozvali také sestru pacientky. J. N., která popisuje svého manžela jako hodného člověka, přebírá jeho roli. Hraje ho jako netaktního, hrubého, bezohledného muže. V další scéně rekonstruujeme rozhovor pacientky se svou sestrou. Na nějakou narážku ze strany J. N., reaguje její mladší sestra poznámkou, že se jí švagr nezamlouvá, že by si takového muže nevzala. Pacientku to uráží. Technikou alter ego a monologu vychází najevo tato situace: její manžel je hodný člověk, který jí má rád, je ovšem poněkud neobratný; ona k němu chová odpor, napadá ji, že si ho vzala z hlouposti, že se vdávala příliš mladá, že by si mohla najít někoho, kdo by jí lépe odpovídal; protože byla vychovávána v přísně náboženském prostředí, pociťuje výčitky svědomí a současně si přeje, aby manžel byl přitažlivým mužem. Kdyby svedl její sestru, byla by potrestána za své rouhavé myšlenky a současně by se ukázalo, že její muž je žádoucí i pro její sestru, která má k němu velmi kritické stanovisko. Další psychoterapie potvrdila tento poznatek: se změnou stanoviska k manželovi se příznaky upravují.

Pohovor se sestrou obsahoval diagnosticky významné sdělení i mimický a intonační doprovod, které bychom bez pomoci dramatické akce neviděli. Výměna rolí prozradila lépe nežli slovní sdělení vztah k manželovi.

V. A. O., 21 roků, dělnice, dg. reaktivní deprese, neurastenické příznaky. Team: D. Homolová, M. Schenková, ved. H. Široký.

Před více než půl rokem se pacientce utopil snoubenec; krátce po neštěstí se pokusila o sebevraždu. Nyní má asi dva měsíce známost, avšak svého nápadníka odmítá, nevyrovná prý se zesnulému snoubenci. V období prepuberty prodělávala doma rodinné scény, udává, že má strach z otce. Psychologické vyšetření (Rorschach, Raven, explorace) potvrzuje přítomnost deprese a útlumových jevů, nenachází obraz psychózy, nijak však neumožňuje pochopit celou situaci hlouběji. Až na banální nepříjemnosti v zaměstnání neudává pacientka žádné konflikty. Už během prvního psychodramatu vychází najevo poněkud komplikovanější situace: v zobrazení jejího vztahu k rodičům vidíme spíše výbojný nežli bázlivý postoj, pohrdání otcem a ambivalentní vztah k matce,

kteřou zobrazuje jako hádavou a příliš energickou ženu; v rozhovoru s otcem drzé, výbojně chování. K lidem je nedůvěřivá, zaujímá jakýsi obranný, uzavřený postoj. Retrospektivně přehráváme epizodické příhody s jejím chlapcem. Její cit k němu je značně zesilován opozicí k otci, který je proti známosti zaujat, a opozicí k pomluvám okolí («naschvál s ním budu chodit»). Její výroky o zesnulém nesvědčí pro očekávanou pietu a stále trvající hlubokou lásku k mrtvému, jak by se dalo očekávat vzhledem k jejímu smutku a depresi. Adaptační latence je relativně krátká. Je nápadná okolnost, že svého nynějšího milého odmítá, ač rodiče tentokrát se známostí souhlasí a podporují ji. Neurotické obtíže tedy nejsou jednoduchým následkem traumatu, ale velmi pravděpodobně se udržují vlivem stále pocítované opozice k rodičům a k lidem. Průběh další psychoterapie, kdy si pacientka ujasňuje své postoje a obtíže současně mizí, prověřuje naše počáteční hypotézy a poznatky.

Možnost plastické rekonstrukce sociálních vztahů nám poskytla vzhled do situace a osobních vztahů pacientky, které nebyly patrné ani z předchozího vyšetření, ani z formální objektivní zprávy; poznatky získané psychodramatickou cestou bychom asi velmi namáhavě dobývali individuální metodikou a možná by nám unikly.

Svémi specifickými prostředky nám může někdy psychodrama prozradit dissimulaci; pacient, který se vžil do hry, prozradí své základní attitudy snáze, nežli při dotazování nebo pohovoru.

VI. Jedna z našich pacientek udává na počátku pobytu domněnky, že jí rodiče sypou do jídla prášky, po kterých se červená a dělá se jí zle od žaludku. Asi po měsíčním pobytu poněkud formálně ujišťuje, že si už uvědomila neopodstatněnost svých někdejších domněnek. Z pohovorů si nelze udělat skutečný obraz ani o rozsahu paranoidních tendencí, ani o případné dissimulaci. Když je pak při psychodramatu nucena hrát svou matku a »otec« dělá narážku na »sypání prášků« zasvěceně se rozhovoří: vyprosila si pro dceru léky z ambulance, jakmile však jí je nasypala do jídla, dcera hned zrudla, bylo jí zle a celou lest prohlédla. Navrhuje otci, zda by nebylo lépe jí dávat prášky otevřeně.

Chorobopisné údaje zde uvedené, nejsou probírány v celém kontextu, protože jde jen o demonstraci diagnostických a nikoliv terapeutických mechanismů. Terapeutické efekty jsou zmíněny všude tam, kde souvisí s diagnózou nebo jejím ověřením.

5. Diskuse

I. Vedle psychologicky formulovaných závěrů je možno uvažovat také o tom, jak se — zejména po formální stránce — projevují u protagonisty vlastnosti vyšší nervové činnosti formulované fyziologicky. Podle schématu užívaného L. G. Pervovem (54; 25) bylo by možno dovozovat, že síla útlumu se projevuje v podřízení se roli a požadavkům, ve správné orientaci; slabost útlumu v častém vypadnutí z role, zabočení na vedlejší témata, v projevech nekontrolované afektivity; pohyblivost základních procesů bychom mohli sledovat na schopnosti přejít od jedné scény ke druhé, na snadném zvládnutí výměny role, převzetí role, na krátké adaptační latenci. Vztah signálních soustav, kortexu a subkortexu by se měl obrážet ve verbálně motorické proporci, autostylizaci, acting out-u, v diferenciaci fiktivní a reálné roviny atp. Kritické připomínky k podobnému odvozování fyziologických vlastností typu u člověka podávají I. Ruttkay—Nedecký a V. Zikmund (58; 15), odvolávající se současně na A. G. Ivanova—Smolenského (19). Takto získaná zobecnění je třeba chápat jako hypotetický poukaz, který potřebuje dalšího kritického hodnocení a je spojen se všemi obtížemi stanovení typu vyšší nervové činnosti u člověka.

II. Při práci s neurotiky se dříve nebo později objevuje nutnost teoretické koncepce neuróz. Považuji za vhodné poznamenat, že vycházím z pojetí neuróz, jak je u nás formulují F. Knobloch, E. Wolf, J. Šváb (23), (24), (73).

III. Jak správně podotýká M. S. Lebedinskij (33; 130) je nutné »subjektivní údaje objektivně zpracovat«. Čím je sdělení intimnější a osobnější, tím obtížnější je jeho plná verifikace. Zůstáváme zde na poli pravděpodobnosti. Vnitřní život člověka je z velké části postaven na zážitcích tohoto druhu. Pro základní diagnostické zřetele však verifikace všech podrobností citových odstínů není nutná. Výpověď člověka o jeho pocitech a myšlenkách vždy skýtá možnosti klamu. Práce s fakty, usuzování z projevů na postoje člověka jsou však prověřitelné. Správnost diagnózy (např. osobnosti) ověřuje správné postavení prognózy (předpovědi chování v očekávané situaci, za předpokládaných podmínek).

Prakticky máme k dispozici tyto prostředky ověření našich poznatků: 1. srovnání s pozorováním jiných osob (objektivní zprávy), 2. korelace s jinými vyšetřeními, 3. korelace a soulad poznatků uvnitř psychodramatu, 4. tam, kde je diagnostika součástí psychoterapie, lze s určitou pravděpodobností usuzovat z terapeutického účinku na správnost našeho postupu; víme ovšem, že i teoreticky chybná psychoterapie může vést k vyléčení, 5. prognóza chování pacienta na podkladě správného určení osobnosti; totéž platí také s ohledem do minulosti: odhalení neznámých faktů na podkladě »charakterologické indukce«, které jsou později verifikovatelné objektivní zprávou okolí.

6. Závěry

Požadavky diagnostické praxe i výzkumu vytyčují úkoly, které není možno zvládnout jen pomocí metod zkoumajících dílčí stránku psychiky, ať už jsou zaměřeny experimentálně psychologicky či fyziologicky. Zejména při studiu osobnosti jsou stále základními a nejspolehlivějšími metodami různé varianty zpracování biografických údajů (poznatky o dosavadním životě člověka) a pozorování v kolektivu (vztahy k lidem). Psychodrama vytváří model sociálních vztahů, verbální komunikaci doplňuje komunikací pohybovou, umožňuje spolu práci diagnostického kolektivu. Využitím hereckého principu a specifických psychodramatických technik (výměna rolí, alter ego, retrospektivní a perspektivní hra) umožňuje plastičtější rekonstrukci anamnestických údajů. Diagnostik může sledovat simultánnost sociálních vztahů a v reakcích pacienta specifikovat odstíny, které jsou z pouhého slovního sdělování obtížně postižitelné nebo nezjistitelné. Dramatizované fikce vzpomínky či perspektivy jsou mnohem živější a snáze vyprovokují pacienta k aktivitě a k další produkci. Fiktivní a reálná rovina určují dvojí druh pozorování: v reálné rovině sledujeme vztah pacienta ke hře a k teamu (bývají často v souladu se sociabilitou osobnosti), v rovině fiktivní pozorujeme osobní projekce a rekonstrukci závažných životních zážitků. Domníváme se, že psychodrama může přinést obohacení psychologických diagnostických metodik.

Literatura

1. Allerhand, M. E., A comparizon of two approaches to group psychotherapy and psychodrama, *Group psychother.*, 1953, 5, 199.
2. Bachitov, M. Š., *Čo je mikrosociológia*, SVPL, Bratislava, 1958.
3. Bernard, H., Shulman, M., A psychodramatically oriented action technique in group psychotherapy, *Group psychother.*, 1960, 1, 34.
4. Bleuler, M., Les tests de projection en clinique psychiatrique, *Congrès intern. psychiatr.*, vol. II, Psychiatrie clinique, Hermann & Cie, Paris, 1950.
5. Bleuler, M., *Endokrinologische Psychiatrie*, Thieme-Stuttgart, 1954.

6. Bour, P., Saisse, S., Une expérience de psychodrama en hopital psychiatrique centrée sur »l'agressivité inconsciente«, Ann. méd. -psychol., 1959, 117, 711.
7. Bustamante, J. A., El psicodrama en tecnica e importancia psicoterapeutica, Arch. Hosp. Univ. (Habana), 9/3, 1957, 185.
8. Buxbaum, H. Široký, H., Psychodrama — poznámky k metodice a teorii, Čs. psychiatrie, 1960, 5, 343.
9. Diamant, J., Poznámky k experimentálnímu přístupu k řešení diagnostických otázek v praxi klinického psychologa, Čs. psychiatrie, 1958, 5, 528.
10. Ehrenwald, J., Psychoanalyst vs. psychodramatist a dialogue — Moreno's discussion of Ehrenwald's dialogue, Group psychother., 1960, 2, 69.
11. Elsässer, G., Das Rollenspiel mit Puppen in der Psychotherapie, Z. Psychother. med. Psychol., 1959, 9, 140.
12. Engelsmann, Fr., Projekční metody vyšetřování osobností a problém jejich užití v psychiatrické praxi, Čs. psychologie, 1959, 3, 242.
13. Engelsmann, Fr., Dotazníkové metody a jejich diagnostické využití, referát na II. pracovní konferenci čs. psychologů, Praha, 1959.
14. Gravel, P., Bourreau, S., Problèmes pratiques de psychotherapie collective (psychanalyse dramatique de groupe), Actes des Journées intern. des Centres ps-péd. de Langue franc., Paris, 1954, 83.
15. Hanzlíček, L., Zkušenosti s kvantifikacemi dekursů, Čs. psychiatrie, 1960, 3, 188.
16. Haskell, M. R., Group psychotherapy and psychodrama in prison, Group psychother., 1960, 1, 22.
17. Heigl, F., Über Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung, Z. psycho-som. Med., 1960, 2, 110.
18. Hulse, W. C., Einheit oder Einigkeit in Gruppenpsychotherapie, Acta psychother., 1959, 7, 138.
19. Ivanov Smolenskij, A. G., Ob izučeníi tipov vysšej nervnoj dejatelnosti životnych i čeloveka, Ž. vys. nerv. dej., 1953, 3, 36.
20. Jurovský, A., Súčasný metodický přístup k problematike osobností. Referát na II. prac. konf. čs. psychologů, Praha 1959.
21. Kemper, W. W., Psychoanalyse und Gruppen Psychotherapie, Z. Psychother. med. Psychol., 1959, 9, 125.
22. Knobloch, F., Wolf, E., Šváb, J., Neurosy, SZN, Praha, 1956.
23. Knobloch, F., The diagnostic and therapeutic community as part of a psychotherapeutic system, Acta psychother., suppl. ad vol. 7, 1959, 195.
25. Knobloch, F., Le collectif de diagnostic et le traitement dans les névroses, La Raison, 1957, 17.
26. Konečný, R., osobní sdělení, 23. 3. 1960.
27. Konečný, R., Několik poznámek k teoretickým předpokladům psychologické práce diagnostické, Čs. psychologie, 1959, 3, 251.
28. Kreitler, H., Psychodrama a tool for teaching the psychology of personality, Int. J. Sociom, Sociatry, 1960, 1, 23.
29. Kubička, L., Poznámky k diagnostickým metodám v psychiatrii, předn. na prac. por. o dg. metodách, Praha, 1960.
30. Langer, M., Puget, J., Wissenschaftstheoretischer Bezugsrahmen der Gruppenpsychotherapie, Z. Psychother. med. Psychol., 11 Jhg, 1, 1.
31. Langmaier, J., Matějček, Z., Člověk známý — neznámý, MF, Praha, 1959.
32. Leary, T., Multilevel measurement of interpersonal behavior, Berkeley-California, 1956.
33. Lebedinskij, M. S., Očerki psichoterapii, Medgiz, Moskva, 1959.
34. Lebovici, S., L'utilisation du psychodrama dans le diagnostic en psychiatrie, Z. diagn. Psychol. Persönlichkeitsforschung, 1957, 5, 197.
35. Lebovici, S., Diatkin, R., Danon Boileau, H., Das Psychodrama und die Behandlung von Psychosen, Z. psycho-som. Med., 1957, 3, 220.
36. Lebovici, S., Diatkin, R., Kestenber, E., Applications de la psychoanalyse à la psychotherapie de group et à la psychotherapie dramatique en France, L'évol. psychiatrique, 1952, 3, 397.
37. Marchner, G., Soziogramm und Gruppenarbeit, Psychol. Praxis, 1956, 84.
38. Meili, R., Lehrbuch der psychologischen Diagnostik, Bern-Stuttgart, 1955.
39. Mjasiščev, V. N., Někotoryje voprosy teorii psichoterapii, sb. Voprosy psichoterapii, Moskva—Medgiz, 1958.
40. Moreno, J. L., Das Stegreiftheater, Potsdam-Kiepenheuer, 1923.

41. Moreno, J. L., *Einladung zu einer Begegnung*, Potsdam-Klepenheuer, 1914.
 42. Moreno, J. L., *Who shall survive?*, Beacon-New York, 1953.
 43. Moreno, J. L., *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama*, Einleitung in die Theorie und Praxis, Stuttgart—Thieme, 1959.
 44. Moreno, J. L., *The first book of group psychotherapy*, Beacon — New York, 1957.
 45. Moreno, J. L., *Sociometrija*, Gospolizdat, Moskva, 1958.
 46. Moreno, J. L. *Von der Soziometrie zur Gruppenpsychotherapie und von der Gruppenpsychotherapie zum Psychodrama*, předn. na I. celost. konf. čs. psychiatrů s mezinár. účastí, Jeseník, 1959.
 47. Moreno, J. L., *Sociatry, the social atom and death*, Progress in psychotherapy, Vol. II, New York—London, 1957.
 48. Moreno, J. L., *Die epochale Bedeutung der Gruppenpsychotherapie*, Z. dg. Psychol. Persönlichkeitforschung, 1957, 5, 139.
 49. Moreno, Z. T., *Psychodramatic techniques*, Acta Psychother., 1959, 2—3, 197.
 50. Moreno, Z. T., *Psychodrama of young mothers*, Z. dg. Psychol. Persönlichkeitforschung, 1957, 3—4, 270.
 51. Milani, B., *Orientamenti attuali in psicoterapia di gruppo: una nuova esperienza psicodramatica*, Rass. Studi, psichiat., 1960, 49, 129.
 52. Miller, M. M., *Psychodrama in the treatment program a juvenil court*, J. crim. Law. Pol. Sc., 1960, 50, 453.
 53. Neuhaus, W., *Das Psychodrama in der Schule in therapeutischer und erzieherischen Hinsicht*, Z. Heilpädagog., 1956, 7, 497.
 54. Pervov, L. G., *Osobnosti osnovnych nervnyh processov i signalnyh sistem pri isterii*, Moskva, Izd. nauk SSSR, 1960.
 55. Roumajon, Y., *Le psychodrama*, Neuropsychiatr. infant. Hyg. ment. Enfance, 1957, 11—12, 627.
 56. Riemann, F., *Bedeutung und Handhabung der Gegenübertragung*, Z. psycho-som. Med., 1960, 2, 123.
 57. Rubinštejn, S. L., *Principy i puti razvitija psihologii*, Izd. ak. nauk SSSR., 1959.
 58. Ruttkay-Nedecký I., Zikmund, V., *Psychobiografický rozbor životopisu*, Bratislava, SAV, 1957.
 59. Shulman, H. B., *A psychodramatically oriented action technique in group psychotherapy*, Group Psychoth., 1960, 1, 34.
 60. Schultz-Hencke, H., *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Stuttgart—Thieme, 1951.
 61. Skála, J., *osobní sdělení*, 26. 10. 1960.
 62. Slavson, S. R., *The era of group psychotherapy*, Acta psychother., 1959, 7, 167.
 63. Slowik, Q. J., *Two trials with rehearsed psychodrama*, Int. J. Soc. Psychiat., 1958, 3—4, 286.
 64. Souček, B., *Několik poznámek k teorii vlastností*, Čs. psychologie, 1958, 2, 113.
 65. Stokvis, B., *Das Rollenspiel in der Psychotherapie*, Z. dg. Psychol. Persönlichkeitforschung, 1957, 3—4, 282.
 66. Široký, H., Buxbaum, H., *K teorii a metodice psychodramatu*, ref. na zasedání mor. pob. Čs. psychol. spol., Brno, 24. 4. 59.
 67. Široký, H., *Psychodrama*, VaŽ, 1960, 2.
 68. Tarantová, L., *Psychodrama*, Magazín 1961, 4, 11.
 69. Tardy, V., *Osobnost jako jednota protikladů*, Psychologie, 1948—49, 11, 233.
 70. Teirich, H. R., *Soziometrie und Gruppenpsychotherapie*, Z. Psychot. — 1957, 7, 41.
 71. Völgyesi, F. A., *Über aktiv-komplexe Psychotherapie und die Bewegung Schule der Kranken*, Berlin — VEB, 1959.
 72. Wells, H., *Pavlov i Frejd*, Moskva, 1959.
 73. Wolf, E., *Interpersonální vztahy v reflexologickém pojetí*, Čs. psychiatrie, 1960, 3, 145.
- Academy of psychodrama and group psychotherapy. Program for 1960, Beacon—New York.

Резюме

Диагностические аспекты психодрамы

Г. Широки

В иерархии соотношений, определяющих личность человека, основными являются соотношения общественные; изучение индивидуальной истории формирования и сохранения общественных соотношений предоставляет одновременно возможность познания основных свойств личности. Психодраматическая методика, использующая артистическую импровизацию в сотрудничестве пациента с группой, исходит из значимых переживаний пациента и предоставляет возможность для их модельной реконструкции и в то же время на ее основе осуществляется изучение отношения пациента к психодраматической группе.

Автор дает краткий обзор истории психодрамы и, посвящая внимание работе по психодраматической методике в ЧССР, констатирует, что причина первоначального недоверия к методике заключалась в необоснованном связывании психодрамы с психоанализом и смешивании философских и политических взглядов Морено с методикой. Автор далее подвергает разбору психодраматическую методику и на собственном казуистическом материале демонстрирует диагностические возможности психодрамы. Автор упоминает о значении наблюдения за «acting out», о шкале типичных отношений пациента к драматическому воспроизведению; далее он сосредоточивается на соотношении психотерапевтической группы и протагониста и предполагает, что групповое сотрудничество предоставляет возможность для более легкого выключения и обезвреживания противопереноса и ограничивает возможности для «субъективного отклонения». Реконструкция жизненных ситуаций и поведения пациента расширяет диагностическое поле и возможности проявлений испытуемого лица.

Summary

Diagnostic Aspects of Psychodrama

H. Široký

In the hierarchy of relations determining human personality social relations are basic. Understanding individual history of the formation and maintenance of social relations enables us to gain knowledge of basic personality traits. The psychodramatic method making use of actors' improvisation with the cooperation of the patient and the team is linked with significant experiences of the patient, makes possible their model reconstruction and studies the relation of the patient to the psychodramatic team.

The author gives a brief history of psychodrama, mentions the psychodramatic method used in Czechoslovakia and states that the reason for the initial distrust of this method may be found in the unjustified connection established between psychodrama and psychoanalysis, and J. L. Moreno's philosophical and political opinions being confused with his working methods. In discussing the methods of psychodrama the author demonstrates its diagnostics possibilities from his own case material. The writer underlines the meaning of «acting out», the scale of the typical attitudes in the relation of the patient to the play, and concerns himself with the relation of the psychotherapeutic team and the protagonist. The author is of the opinion that team cooperation facilitates elimination and neutralization of the countertransference and minimizes the possibilities of «subjective diagnostic deviations». Reconstruction of life situations and the patient's behaviour extends the diagnostic sphere and the opportunities for the subject's self-expression.