

HUGO SIROKÝ

KE SKUPINOVÉ PSYCHOLOGICKÉ DIAGNOSTICE
A TERAPII NEURÓZ

1. Ú v o d

Psychologie člověka čerpala odedávna cenné podněty z psychopatologie. Zejména laiky zdůrazňované a přeháněné nebezpečí „psychopatologizace“ či „psychiatrizace“ je při vhodném přístupu mnohonásobně vyvažováno zisky, které z takového soužití plynou. Zdá se, že je to opět psychopatologie, která přináší do psychologie skupinový zřetel, i když se nám zdá výraz „hnutí skupinové psychoterapie“¹ problematický a označení „věk skupinové terapie“ přehnané.² Avšak zatímco v psychiatrické práci v ČSSR dosáhly skupinové metody všeobecného uznání,³ zůstává psychologická práce tohoto druhu v nepsychiatrických oborech zatím pozadu. A přece se zde přímo nabízí možnost využití „skupinového přístupu“ v psychologii výchovy a výuky nejen ve škole,⁴ ale i při výchovných problémech v pracovních kolektivech,⁵ v brigádách soutěžících o titul Brigáda socialistické práce apod.

Autor článku si klade za úkol přiblížit teoretické a metodologické předpoklady skupinové práce na základě zkušeností se skupinovou psychoterapií neuróz. Naše zkušenosti navazují především na průkopnickou práci teamu F. Knoblocha⁶ v pobočce pro rehabilitaci neurotiků v Lobčích u Prahy. Pokusili jsme se o aplikaci metody v ústavních podmínkách otevřeného ženského oddělení v Psychiatrické léčebně v Opavě.

2. Přístup k otázce neuróz

Pro moderní neurózologii je charakteristické rozšíření pozornosti z neurózy na neurotika. K tomuto kroku jistě vedly tyto okolnosti:

1. k propuknutí neurózy přispívají individuálně nesterpně závažné okolnosti,
2. činitelé dříve paušálně považovaní za příčinu neurózy, jako exhauce, postinfekční stavy, spíše jednorázově chápaná traumata či frustrace apod. — u jednoho při stejné aktuální závažnosti k neuróze vedou, u jiného nikoliv.
3. různou terapeutickou postizitelností a průběhem se od sebe liší neurózy jako psychogenní poruchy a pseudoneurózy jako symptomatické syndromy.

Úsilí „pavlovovské školy“ vychází nejprve z pokusných neuróz zvířat a přináší pojmy slabého typu vyšší nervové činnosti, přepjetí a střetnutí základních nervových procesů. Jestliže u některých autorů vyvolávají tyto poznatky simplifikaci teorie neuróz, která se snaží překládat psychologické výrazy do všeobecných fyziolo-

logických schémat, projevuje se tato tendence navzdory důraznému varování I. P. Pavlova před nekritickým přenášením psychiky zvířete na člověka. Antropomorfismus v posuzování zvířat a zoomorfismus v posuzování člověka jsou logicky příbuzné chyby.

Je velkou zásluhou Rubinštejnovou, že v této souvislosti zdůrazňoval specifickou předmětu psychologie,⁷ což oceňují i odpůrci.⁸ Neurólogie — zejména v otázkách osobnosti — mohla navázat na dřívější výsledky starších psychotherapeutických škol.

Neurózu chápeme jako chorobný stav, který vzniká střetnutím specificky formované osobnosti s psychicky nepříznivými vlivy prostředí, a to především prostředí společenského. Podobně podle V. N. Mjasiščeva je třeba hledat základnu neurózy v historii utváření osobnosti.⁹ Neuróza je především nemocí osobnosti, protože je vyvolávána okolnostmi, které mají význam v systému vztahů osobnosti.¹⁰ Vývoj těchto vztahů je třeba sledovat od dětství, spolu s faktory, které v podobě zpětných reakcí prostředí v průběhu života neurotické reagování posilují,¹¹ při čemž nejde o jednorázová traumata, resp. jejich opakování, ale o reprodukci celkových meziosobních vztahů.¹² Za základní terapii neurózy může být považováno efektivní přepracování individuální situace ve spojitosti s poruchou životních vztahů nemocného.¹³ Přechody mezi neurózami a pseudoneurózami, resp. jejich vzájemné kombinace i kombinace s jinými nemocemi, jsou ovšem možné a zde je třeba spolu se Schipkovenským¹⁴ zdůraznit komplexní diagnostický i terapeutický zřetel.

Přiznání zásadní důležitosti psychoterapie pro léčbu neurózy vedlo ke snaze rozšířit psychotherapeutické působení na pokud možno nejširší okruh pacientů, což v souhlase se zájmem o společenské studium člověka vytvořilo koncepci skupinové psychoterapie. I když je možno užít skupinovou interpretaci i na klasickou individuální metodiku, jako to činí L. N. Hunt, který hovoří o psychoterapii jako o skupinovém procesu dvou nebo více lidí,¹⁵ přinesly teprve skupinové metodiky „v užším smyslu“ diagnostické i léčebné prostředky, kterými mohla individuální psychoterapie disponovat jen v omezené míře.¹⁶

3. „Provokační pole“ nemocničního oddělení

Člověk, přicházející se léčit na psychiatrické oddělení, má před sebou perspektivu spíše delšího než kratšího pobytu. Hospitalizace je závažným sociálním záhalem: přetváří dosavadní životní režim, mění dosavadní sociální konstelaci, přinášá odlišný systém závislosti. Tyto změny lze do značné míry považovat za standardní podmínky, které přímo nabádají k diagnostickému využití. Role pacienta zahrnuje setkání se zdravotníky, stejně jako neustálé setkávání se se spolupacienty; obojí obsahuje potenciální možnost příznivého nebo nepříznivého efektu na průběh onemocnění. Podle J. L. Morena je princip setkání předpokladem každé psychoterapie.¹⁷ Důležitost těchto teoretických předznamenání, pro práci s duševně nemocnými všeobecně a s neurotiky zvláště, je nesporná.

Už v roce 1904 zaznamenává Camus-Pagniez¹⁸ pozorování, že po léčebné kůře se spíše uzdravovala skupina společně hospitalizovaných nemocných, nežli privilegovaní v samostatných pokojích.

Příchod na oddělení znamená vstup do „provokačního pole“, v němž bude pacient reagovat jako osobnost, kde uplatní za zvláštních podmínek své postoje, kde bude prožívat sympatie a antipatie, své naděje a úzkosti, konflikty a bolesti. Proces sociálních interakcí, tento cenný pramen diagnostických a terapeutických možností, nám často uniká, dynamika patientského kolektivu se vyvíjí živelně. Dekurzy skýtají většinou jen torzovitou představu o životě skupiny pacientů a bývají psány spíše z individuálního hlediska. Zavedení dynamických sociogramů, jak je doporučuje G. Sh. Kellam,¹⁹ zde představuje zásadní pokrok. Rozhodný krok od využití systematického pozorování ke skupinové psychoterapii však spočívá ve vytvoření terapeuticko-diagnostického provokačního pole, vytvoření terapeuticko-diagnostického společenství. Živelná interperzonální aktivita pacientů musí být regulována terapeuticky hodnotným zásahem.

Každá skupina, kolektiv se vytváří z pouhé koexistence postojem k určitým společným zájmům. Kolektiv se tedy formuje pod tlakem určitých spojujících okolností: takové všeobecné předpoklady u pacienta na oddělení jsou dány sdílením stejného prostoru a rolí nemocného vůči zdravotníkům. Tyto globální „skupinotvorné“ — sociogenní podmínky je třeba specifikovat, diferencovat a využít pro naše účely.

Nemocný, obracející se k lékaři, je v situaci člověka potřebujícího a očekávajícího pomoc. Za tuto pomoc, od níž očekává zmírnění nebo odstranění svého utrpení, je v různé míře ochoten nabídnout jako protihodnotu podřízení se lékařovým radám, příkazům a zákazům, byť osobně nepříjemným. Zde je příležitost zavázat si pacienta ke spolupráci. V psychoterapii neurotiků bývá zdůrazňována důležitost psychoterapeutické smlouvy.²⁰ Nemocný se zavazuje ke spolupráci formou určitého slibu. Jde-li o závazek do té míry náročný, jaký budeme v tomto případě žádat, musí být přesvědčen o účelnosti svého rozhodnutí: nejlépe se přesvědčí příkladem pokročilejších nebo vyléčených pacientů, podrobným vysvětlením a zdůvodněním našich požadavků a důvěrou v doporučení lékaře.

1. Používali jsme písemného prohlášení tohoto znění: „Budete přijata na naše oddělení, protože lékař, který Vás vyšetřil, dospěl k závěru, že Vaše obtíže souvisejí s Vašimi povahovými vlastnostmi, se způsobem života, se vztahy k ostatním lidem. Budete začleněna do skupiny, jejíž členové trpí podobnými obtížemi jako Vy. Mimo běžnou léčbu bude Vaším úkolem, abyste co nejlépe poznala svou povahu, své sklony, životní cíle, zájmy a možnosti. Abychom Vám mohli účinně pomoci, potřebujeme Váš souhlas a spolupráci.“

Podle svého nejlepšího vědomí budete také ostatním pacientkám nápomocna radou, otevřeností a upřímností. Asi za 14 dní od příchodu na naše oddělení vypracujete svůj životopis, který společně s ostatními rozebereme a poradíme Vám. Také Vy přispějete svými poznatky ostatním. Neuzavírejte se sama se svými problémy, nebojte se svěřit se ostatním.

Souhlasím s těmito základními požadavky. Slibuji, že budu

1. přemýšlet o svém životě, povaze, i o životě, povaze a chování spolupacientek,
2. že budu ochotna své poznatky a závěry říci otevřeně ostatním, ke svému i k jejich prospěchu,
3. že osobní údaje, které se dozvím, ponechám mimo oddělení v tajnosti,
4. že však při skupinových sezeních nezamlčím nic, co by mohlo přispět

k objasnění ať už mého vlastního života a problémů, nebo k objasnění chování a problematiky ostatních,

5. že se podrobím řádu oddělení,

6. že dokážu přijmout soudružskou kritiku, i když mi bude nepříjemná.

V Opavě dne . . .

Podpis . . .“

Uzavřením psychoterapeutické smlouvy však zajištění budoucí skupiny nekončí. Shodné i protichůdné zájmy lidí, které vedou ke strukturalizaci skupiny, je nutno provokovat organizací n á p l n ě dne. Staniční režim nesmí být příliš volný. Jedním z cenných faktorů vytváření provokačního pole je nutnost společně dodržovat povinnosti vyplývající z denního řádu a hlavně úkoly pracovní, kulturní a sportovní terapie, které přímo nutí ke kooperaci, domluvě a k vzájemné pomoci. Teirich v tom smyslu rozlišuje skupinovou terapii („Gruppen-therapie“) jako označení pro každou formu skupinové práce, a skupinovou psychoterapii („Gruppenpsychotherapie“), kde jde o vybrané, početně omezené, dynamicky orientované skupiny.²¹ Takto je tedy skupinová terapie faktorem socializujícího tlaku pro skupinovou psychoterapii.

4. Organizace skupinové psychoterapie v podmínkách otevřeného oddělení

Po uzavření smlouvy je pacient zařazen do skupiny čítající 4—8 členů. Nejčastěji bývá uváděn počet 7—8 pacientů,²² jsou však referovány výsledky i se skupinami dvanáctičlennými.²³ V průběhu práce se nám potvrdily poznatky, které sděluje Jakovleva—Začepickij—Časov²⁴ při užití v podstatě shodných pracovních metod: je vhodné budovat skupiny na základě homogenity pohlaví při různosti klinických obrazů neuróz. Ve skupině žen odpadají zábrany a projevy autostylizace, které pozorujeme v přítomnosti druhého pohlaví; různost reaktivit příslušníků různých neurotických okruhů působí vzájemně kompenzačně. Na oddělení jsme měli tři skupiny, každou skupinu vedla jedna pomocná terapeutka, která pracovala podle instrukcí a pod kontrolou vedoucího skupinové terapie. Sezení dílčích skupin probíhá 2krát—3krát týdně, spolu s doplňkovými individuálními pohovory. Ve skupinách se pacientky podrobněji seznamují s teorií neuróz (jako pomůcky užíváme Knoblochovy publikace *Neuróza a ty*),²⁵ pracují anamnézu s ohledem na přípravu životopisu a pracují na úkolech, které mohou přispět k objasnění souvislosti: osobní projevy — povahové vlastnosti — neuróza. Společné shromáždění všech skupin — „kolektivní sezení“ probíhá jednou týdně. Tato kolektivní sezení mají „oficiálnější“ ráz: je přítomno vedení psychoterapie, resp. vedení oddělení. Pacienti jsou rozesazeni v p ů l k r u h u kolem terapeutů. V první části přistupují pacienti, kteří zvládli přípravné úkoly ke sdělení životopisu. Životopis je prodiskutován a hodnocen kolektivem. Druhá část, oddělená přestávkou, se zaměřuje hlavně na rozbor reakcí účastníků „h i c e t n u n c“ při řešení nejruznějších drobných i závažnějších konfliktů, které se vyskytly během hospitalizace, prověřuje se práce skupin a uzavírá se volnou diskusí. Jako minimální dobu práce ve skupině počítáme 5 týdnů. Souhlasíme se závěry jiných autorů,²⁶ že začlenění do skupiny nás nezbavuje povinnosti se zabývat nemocným současně individuálně a že v některých případech je vhodné, aby individuální psychoterapie předcházela, nebo následovala.

5. Základní technické pomůcky skupinové práce

Následující výčet dílčích technik si nečiní nárok ani na úplnost, ani na podřízení zásadě „unum principium dividendi“. Zdůrazněním jednotlivých metod sledujeme účely didaktické.

a) Vypracování životopisu

Písemné zpracování životopisu vede k nutnosti verbalizovat své zážitky, názory i obtíže a tím nezbytně vede ke kritickému zamyšlení nad sebou samým. Projednávání životopisu v kolektivu je často ještě neseno přetrvávající snahou získat „placet“, akceptaci neurotických postojů: korektivní zkušenost mimo jiné pramení z toho, že akceptujeme nemocného jako člověka, za současného odmítnutí neurotických nároků.

Pokud se objeví nutnost detailnějšího rozboru nějaké intimní záležitosti, nejčastěji sexuálního rázu, provedeme jej při individuálním pohovoru a pacientovi ev. poradíme obecnou formulaci, kterou sdělí podstatné věci ostatním. Rozhodně nepřipouštíme „kolektivní pitvání sexuality“, které svádí k přeceňování role sexu.

II. Během propracování životopisu dochází nejen k prohloubení a rozšíření poznatků o osobnosti nemocného — které lze samozřejmě předpokládat —, ale i k poznání faktů, které do značné míry mění pohled na dynamiku utváření postojů a které při běžném examen či sejmutí anamnézy unikají. Srovnali jsme údaje examen a sdělení během skupinové psychoterapie u desíti namátkou vybraných chorobopisů. Poznání závažných faktů, které by jinak zůstaly nepozorovány, jsme konstatovali v osmi případech. Tak v chorobopise č. o. 1934/61 je prostředí dětství označeno jako „vlídné“. Ve skutečnosti však pacientka, která je vychovávána u babičky, poslouchá výčitky, slyší, že může být ráda, že „ji živí s ostatními“. Č. o. 1871/61: proti anamnéze zjišťujeme nelásku matky, která dceři vytýká, že kvůli ní při porodu ohluchla. Z chorobopisu č. o. 609/60, 2956/61 (pacientka byla vyšetřena při obou pobytech) se z rodinné anamnézy dovídáme jen, že otec byl potator, v osobní anamnéze čteme, že pacientka žije ve spokojeném manželství, neměla potrat, z kontextu vychází možná souvislost její deprese s nezdárným chováním syna. Kol. psychoterapie však ukazuje jiný obraz: nemocná se kolem puberty stala důvěrníci své matky, která ji seznamovala s různými nechutnostmi intimního života s otcem alkoholikem. Otec se jí také pokoušel zneužít. Vdávala se „z rozumu“, manžel byl hrubý, ona pociťovala hnus, úzkost, byla frigidní. Pro frigiditu léčena gynekologem, s nímž navázala známost a otěhotněla. Na jeho nátlak se podvolila interrupci a pochopila, že jí měl jen pro zábavu. Zklamání ze silné lásky, kterou pociťovala a výčitky svědomí vytvořily další motivy jejích postojů. Atd.

Toto zjištění zároveň ukazuje na nezbytnou opatrnost při statistickém hodnocení možných faktorů neuróz na podkladě běžných anamnéz.

b) Diskusní skupiny

Závažnost, se kterou názory jiných ovlivňují naše chování, není jen v dialektickém působení tezí a antitezí na půdě myšlení, ale proniká mnohem hlouběji. Zdá se vhodné, vzít v úvahu apel na instinktivní sféru (Leonhardova skupina

seskupovacích a společenských instinktlů — „Gruppierungsinstinkte“ a „Gemeinschaftsinstinkte“), zejména pak na instinkt zařazovací a sdělovací.²⁷ V diskusní skupině je umožněna výměna názorů cílená ke zjištění geneze, intenzity, extenzity a perpetuace neurotických postojů. Předmětem diskuse může být buď životopis, nebo kterýkoliv aktuální projev chování či smýšlení. Pacient se učí poznávat nevhodné reakce nejprve na jiných, a pak srovnáním sám na sobě.

c) Psychodrama

Přes počáteční nedůvěru k metodě „léčebného divadla“,²⁸ jejímž autorem je J. L. Moreno,²⁹ pozorujeme i u nás stále širší začlenění psychodramatu do psychologické praxe. Psychodramatu je možno užívat buď jako průvodní metody v průběhu diskusních skupin, nebo ve zvláštních skupinách psychodramatických, kde celé sezení je zaměřeno k psychodramatické práci. Druhá varianta je náročnější, ale využívá plněji specifických možností této metody. Avšak i v diskusní skupině působí psychodrama jako účinný katalyzátor, který využitím improvizace, spontaneity a možností modelové rekonstrukce životních situací napomáhá nejen v diagnostice, ale i v korekci „přeučování“ — v terapii. Zvláště cenná je aplikace výměny rolí.

III. Psychodrama nejen uvolňuje napětí, ke kterému v průběhu vyhocení konfliktů ve skupině dochází, ale ovlivňuje hodnocení sebe sama i ostatních, mění postoje a je zdrojem „korektivní zkušenosti“. Pacientka H., uzavřená, citlivá, depresivní, nedůtklivá žena, má četné konflikty s nemocnou M., která je podezřivá, nesnášenlivá, útočná. Domnívá se, že tato žena nebere vážně její smutek a trápení, že ji zlehčuje. M. se zase cítí dotčena tím, že jí H. považuje za necitelnou a „tvrdou“ k ostatním. Jedna ke druhé pociťuje silnou averzi, nechťejí si tykat, jak je tomu v kolektivu zvykem, a posléze spolu přestávají mluvit, ignorují se. V psychodramatu nejprve přebírají jejich role ostatní pacientky, pak se na nátlak skupiny zapojují do hry a vyměňují si role. M. si začíná uvědomovat, že její „otevřenost“ má často podklad v tom, že lidem ráda říká nepřijemné věci, a začíná chápat rozdíl mezi přátelskou otevřeností a nedostatkem taktu. H. si ověřuje, že její nedůtklivost má příčinu ve strachu před názory ostatních. Obě se začínají chápat. Na konci sezení si podávají ruce, usmívají se na sebe, oslovují se křestními jmény a začínají si tykat.

d) Sociogram

Je známou zkušeností, že určité typy osobností vykazují vzájemnou afinitu a naopak. Příslušné situace vedou ke srážkám, kdy se předmět i rozsah sympatií a antipatií mění. Vývoj a změny takového citového proudění jsou závažné pro ovzduší skupiny a pro individuálně typický způsob společenské interakce. Grafické resp. matematické vyjádření takových vztahů označujeme jako sociogram.³⁰ Dramatické v životě i na jevišti vždy vyplývá ze změny „reálného sociogramu“. Každá členka skupiny dostává seznam jmen ostatních pacientek a k nim připsá některou z těchto možností: sympatická, antipatická, smíšené pocity, lhostejná — „nemohu říct“. Zjištění spektra sociogramu, a zejména jeho extrémních variant nám ukazuje typ sociální aktivity a reaktivity.

IV. Charakteristickou sociální afinitu pozorujeme u pacientky A. L., žijící v neuspóřádaných rodinných poměrech, značně lehkomyšlné, nerozvážné. Trvalé

sympatie pociťuje ke třem ženám, které mají rovněž zmatky v erotickém životě, jsou lehkomyšlné a „vysoce společenské“. Antipatie míří k tichým, uzavřeným, zásadovým. Toto pozorování má význam při tvoření „podskupin“, o kterých musí být terapeut informován. Intuitivní hodnocení často klame.

e) Kolektivní hodnocení

V denní místnosti visí seznam, obsahující 263 běžně užívaných vlastností, které slouží jako orientační pomůcka. Každý člen kolektivu má za úkol pomocí nich charakterizovat adepta životopisu podle toho, jak se mu z denního styku na oddělení jeví. Provedená „diagnostika“ nám skýtá poznatky o hodnocených i o hodnotících.

f) Rozšířená sezení

Zkušenosti neurózologů různých směrů zdůrazňují význam nejbližšího sociálního prostředí při vytváření a udržování neurotických reakcí.³¹ V praxi ošetřování neurotiků je zainteresování blízkých osob a rodinných příslušníků nezbytné. Na rozšířená sezení zveme spolu s pacienty jim blízké osoby. Co mnohdy nedokáže pouhá rozmluva nebo rada, dokáže tlak kolektivu. Stejnými prostředky, které při skupině aktivizují pacienty, můžeme získat ke spolupráci i naše hosty.

g) Apel na „opěrné body“

Snadnější zvládnutí skupiny umožňuje participace určitého procenta pokročilejších nebo přirozeně kladně laděných pacientů, tj. nemocných, kteří akceptují nebo anticipují konstruktivní zaměření našeho úsilí, podřizují se autoritě (ať v osobě terapeutů, nebo v podobě uznání mravních zásad) a kteří tedy nemají dominantní tendence k opozici. Tyto pacienty necháme vyslovit mnohé za nás. Snížení agresivity je účinnější, vycházejí-li podněty od souřadných, nežli nadřazených členů kolektivu. Vhodnou proporcí určuje sociogram.

h) Funkce pozorovatele

Při kolektivních sezeních je zpravidla vedoucí terapeut plně angažován. Protože sám řídí diskusi, zasahuje, usměrňuje, podněcuje, vysvětluje, nestačí po celou dobu obsáhnout veškeré dění v průběhu sezení. Je také sám vydán nebezpečí působení „afektivního proudění“. Proto při každém sezení je účasten pozorovatel, který se skupiny aktivně neúčastní.

IV. Taková drobná pozorování nás často upozorní, kterým směrem zaměřit pozornost. Tak např. nemocná A. B. usedá na okraji půlkruhu, zívá a zřejmě se nudí, když hovoří ostatní pacientky. Jakmile přichází řada na ni, začíná velmi živě a dramaticky líčit své obtíže. Další průběh ukazuje její soustředění na vlastní osobu, tendenci upoutat okolí a pocít nadřazenosti.

Při kolektivu usedají pacientky N. a Sch. vedle sebe. Drží se za ruce. Když se N. rozpláče, Sch. jí cituplně chlácholí. Později zjišťujeme, že obě pacientky mají hysterické rysy s poněkud asociálními sklony a jedna kryje druhou při různých prohrěšcích proti staničnímu řádu.

6. Dynamika skupinově-psychotherapeutického procesu

Analyticky orientovaní psychoterapeuti vidí v dynamice skupiny především příležitost ke studiu „mnohotných přenosových konstelací“, perzoniifikací a dramatizaci nevědomých osobních konfliktů. Terapeut zaujímá místo vůdce primitivní skupiny a terapeutické působení vede ke změně vztahů mezi JÁ a NAD-JÁ.³² Ve skupině musí analytik své chování změnit, musí se učit rozumět řeči kolektivu, jako dětský psychoanalytik řeči hry.³³ Podle některých je závažné vytvoření rodinného ovzduší či jeho ekvivalentu ve všech druzích sociální aktivity.³⁴ Je zajímavé pozorování Schroetterovo (Schroetter, H., *Der Heilweg der Gruppenpsychotherapie in der Heil- und Pflegeanstalt, Heilweg der Tiefenpsychologie*, Zürich 1956), že na mužském oddělení přebírá roli otce ošetřovatel, kdežto lékař zůstává v pozadí. Na ženském oddělení přebírá roli otcovskou lékař a roli mateřskou ošetřovatelka.

Podle J. L. Morena má skupina funkci a) miniaturní rodiny, b) miniaturní společenosti.³⁵ Přes mnohoznačnost některých psychoanalytických pojmů nelze opomenout zdůrazňování přenosu. Pojem přenosu má však problematický obsah už u S. Freuda.³⁶ Odlišení zamilovanosti jako jedné z forem přenosu a skutečné zamilovanosti nepokládá za snadné. Podstatné v pojetí přenosu je, že citový vztah míří na jiné osoby, nežli kterým ve skutečnosti platí. Při konsekventním analytickém redukcionismu bychom však museli označit takřka všechny citové vztahy za přenosové, s výjimkou primárního vztahu k rodičům. Pod pojmem „přenos“ budeme tedy rozumět souhrn postojů, které pacient (nebo kdokoliv) uplatňuje vůči jiným osobám, na základě dřívějších zkušeností, bez adekvátní diferenciaci.³⁷

Pacient si do kolektivu přináší své životní názory, zvyklosti, hodnocení. Každý nový vztah se vytváří na podkladě předcházející společenské empirie. U neuróz je nápadná určitá rigidita vztahů k lidem, které pacient nedovede uzpůsobit a které často ani nepozoruje. Schopnost objektivně posuzovat chování jiných lidí není zdaleka tak postižena, jako schopnost sebehodnocení. Tento předpoklad vysvětluje, proč může pacient dříve korigovat jiné, nežli sebe sama. Výhodou otevřené skupiny (tj. takové, která průběžně přijímá nové členy), je možnost konfrontace pacientů v různých stupních korekce. Člověk nemá v běžných životních situacích možnost registrovat odezvu své reaktivity, nepozoruje sebe v zrcadle jiných, nechápe genuzu svých postojů, jak to umožňuje skupinová psychotherapie. V těchto okolnostech vidíme podstatu terapeutického působení.

V. Inteligentní, energická, osmadvacetiletá žena se domnívá, že jí „selhaly nervy“ v důsledku nesnesitelných poměrů v zaměstnání. Zdá se, že vnější okolnosti nasvědčují této možnosti. Sděluje, že je důsledná, má neobyčejně vyvinutý smysl pro spravedlnost, nedělá ústupky ani vůči autoritám. Krátký čas po příchodu na oddělení se vytváří situace, která nám umožňuje lépe analyzovat průběh reakcí pacientky. Tak např. jednoho večera je spolu s několika dalšími opakovaně vybidnuta sestrou, aby dodržela noční klid a odebrala se na lůžko. Pacientky neuposlechly a příštího dne byla záležitost projednávána ve skupině. Naše nemocná pohotově zaujímá roli bojovníka za lidská práva. Vystupuje agresivně, a protože sestra přehlédla nějakou nepodstatnou maličkost, obviní ji, že lže. Skupina srovnává také jiné, velmi podobné okolnosti, kdy pacientka kritizuje závady,

kteřé může velmi snadno odstranit sama. Společenská reakce skupiny však „nevrací“ nepřátelský postoj, který pacientka ve svém okolí běžně vyvolává, ale umožňuje posoudit motivace jejích vlastních činů a postojů, i postojů okolí. Nemocnou nevyprovokovala idea spravedlnosti, ale okolnost, že se cítila dotčena tím, že je napomenuta mladší sestrou. Záležitost, kterou je možno vyříditi několika slovy, má snahu vystupňovat v „aféru“. Kdyby však kolektiv reagoval hostilně, pac. by měla potvrzeno své přesvědčení, že trpí jen pro svůj zásadový a neoblomný charakter. Výsledný dojem se však liší od původních představ nemocné; s překvapením zjišťuje, že zaujímá podobné postoje jako její neústupná, přísná a energická matka, k níž — na rozdíl od otce — pociťovala spíše chlad a pouhou úctu. Od dětství se zařazovala spíše mezi kluky, hrála chlapecké hry, snažila se ovládnout jiné. V přítomnosti si musela řešit rozpory mezi povinnostmi matky-ženy a předimenzovaným emancipačním přáním se po všech stránkách vyrovnat mužům, a dále konflikt mezi svými ideálními požadavky a všední skutečností, která ji nutila k ústupkům. Ve skupině postupně poznává, že však nepřátelství okolí nevyvolává tolik altruistické zaměření, ale spíše sebeprosazování, pocity méněcennosti a odpor vůči autoritě, které se projevují přehnanou kritičností, přepjatými nároky a bojovností s náznaky samospravedlnosti.

Vývoj terapeutické situace probíhá těmito fázemi:

1. reprodukce neurotických sociálních postojů v „provokačním poli“ oddíleného prostředí,
2. rozpoznání jejích zdroje jinými, neposilující postoj³⁸ okolí,
3. sebezpoznaní pacienta v „zrcadle jiných“,
4. korekce chybných postojů a názorů.

F. Alexander vyjádřil v často citovaném výroku³⁹ obecný rys psychotherapeutického procesu: „Ve všech druzích etiologické psychotherapie je základní terapeutický princip stejný: reexpozice pacienta za příznivějších okolností emocionálních situacím, jež nemohl zvládnout v minulosti.“ Domníváme se, že do těchto „příznivějších okolností“ je třeba zahrnout funkci kolektivu jako mediátoru hodnot.

7. Terapeutická skupina jako mediátor hodnot

Představa neproniknutelného psychotherapeuta, který pouze v úzkém rozsahu stimuluje pacienta a sám jako zrcadlo obráží jenom to, co je mu ukazováno,⁴⁰ se ukazuje zvláště nepřiměřená ve skupinové terapii. Terapeutický team nutně usměřňuje a ovlivňuje vzájemně působení pacientů. Therapeut je „vtažen“ mezi pacienty a stává se členem skupiny.

Lze mít různé názory na skutečnost, zda poruchová hierarchie hodnot a mravních postojů je u neurotiků záležitostí primární či sekundární, nelze však popírat závažnost jejich rehabilitace, jak u nás zdůrazňují V. Vondráček⁴¹ a R. Konečný.⁴² Rozšíření obzoru pro hodnoty a dosažení přestavby hodnocení je mnohem naléhavější tváří v tvář kolektivu.⁴⁴

B. Milani⁴⁴ na základě několikaletého sledování neurotiků dochází k závěru, že v etiologii neuróz hraje hlavní roli nedostatek etických impulzů, nedostatek sociálního smyslu, egoismus, egocentrismus. Ani druh práce, ani kulturní a intelektuální úroveň či neurofyziologický deficit nepovažuje za podstatný. Úkol terapie spatřuje v obnovení sociálního kontaktu s kolektivem a ve správném

zařazení do společnosti. J. B. Furst⁴⁵ vidí v úsilí o změnu etických vlastností, o vytvoření nového životního názoru, základní složku psychoterapie.

Domníváme se, že pouhé kritické vystopování a konstatování geneze toho či onoho příznaku a postoje, není většinou samo o sobě nadáno postačující mobilizující silou k tomu, aby pacient své zaměření změnil. Snaha o vyléčení a odstranění subjektivně nepříjemných stavů se nejednou ukazuje nedostačujícím motivem, nenavazuje-li na poznání nevhodných reaktivit vnitřní asimilace společenských hodnot. Na odpověď „proč ne tak“, musí následovat odpověď „jak jinak“. Kolektiv řízení terapeutickým úsilím musí být současně mediátorem společensky závazných norem. Teprve zprostředkováním hodnot, které člověk staví nad sebe jako mravně závazné, využíváme mobilizující síly kolektivu. Nejdříve je třeba vycházet od apelu na „mravní hodnoty projevující se v povahových vlastnostech lidí“, jejichž „větší relativní nepodmíněnost . . . je dána závislostí na biologických a psychologických zákonitostech“.⁴⁶ Právě jejich instinktivní zakotvení⁴⁷ zprostředkuje účinnost našeho apelu.

Ani psychoterapie nestojí stranou úsilí o nového člověka v rámci konkrétní společnosti, postavené na principech marx-leninismu. Nutnost politického stanoviska nebudíž chápána jako proklamace pouček, nýbrž jako směrnice hodnot, k nimž chceme člověka vychovávat.⁴⁸ Práce s kolektivem vykazuje celou paletu situací, za nimiž pacient citlivě registruje terapeutův morálně-politický profil. Ve výchovné funkci skupiny, jako mediátoru sdílení společenských hodnot, vidíme základní terapeutickou sílu.

Z á v ě r y

1. Hospitalizace a pobyt neurotiků na oddělení přináší do jisté míry všeobecné podmínky, ve kterých je možno srovnávat adaptaci pacientů.

2. Spontánní interpersonální aktivita nemocných se nabízí k usměrnění, ke kontrole a k psychotherapeutickému využití.

3. Vytvoření emočně saturované skupiny vyžaduje určitý tlak, působený sdílením společenských podmínek, které prostředkují setkání a nutnost interakce. Úpravou denního řádu, pomocí kulturní, pracovní a sportovní terapie vytváříme provokační pole, v němž se uplatňují základní postoje nemocných.

4. Pacient je k aktivní účasti ve skupině zavázán psychotherapeutickou smlouvou.

5. Základní technické p o m ů c k y skupinové práce jsou: vypracování životopisu, diskusní skupiny, psychodrama, sociogram, kolektivní hodnocení, rozšířená sezení, apel na opěrné body, funkce pozorovatele.

6. Základní z ř e t e l je zaměřen ke zjišťování vztahu mezi dynamickým utvářením osobnosti, jejími aktuálními projevy ve skupině a neurózou.

7. Základním p r o s t ř e d k e m je reexpozice pacienta za příznivějších okolností emocionálních situacím, jež nemohl zvládnout v minulosti (Alexander), a Wolfův princip neposilování.

8. Základním cíle m je zprostředkovat sociální hodnoty, které umožňují přiměřené zařazení do společnosti, a zdravý životní postoj, na nichž, jak věříme, závisí terapeutický efekt.

Považuji za svou milou povinnost poděkovat s. Marii Schenkové a s. Marii Pražákové za obětavou spolupráci při skupinové psychoterapii.

POZNÁMKY

- ¹ *Combined individual and group psychotherapy*, Symposium, Amer., J. Orthopsychiat., 1960, 30, 223—246.
- ² S. R. Slavson, *The era of group psychotherapy*, Acta psychoth., 1959, 7, 167—196.
- ³ *Porovnanie skupinových a individuálních psychotherapeutických metod*, diskusní panel na I. čl. sympoziu o psychotherapii, Bratislava, srpen 1961 (M. Bendová, M. Hausner, F. Knobloch, J. Knoblochová, J. Masárik, J. Skála, H. Široký, R. Škodová, P. Tautermann, I. Török).
- ⁴ J. S m ě j a, *Metoda analytického rozhovoru ve školní skupinové práci*, rukopis, Opava 1962. H. Š i r o k ý, *Strukturální analýza skupiny pomocí psychologických metod*, ref. I. čl. sympoziem o psychotherapii, Bratislava 1961.
- ⁵ H. R. Teirich, *Soziometrie und Gruppenpsychotherapie*, Z. Psychother. med., Psychol., 1957, 2, 41—47.
J. L. Moreno, *Psychodrama und Gruppenpsychotherapie*, Thieme—Stuttgart 1959.
- ⁶ H. Š i r o k ý, *Strukturální analýza skupiny pomocí psychologických metod*, ref. I. čl. sympoziem o psychotherapii, Bratislava 1961.
- ⁷ S. L. Rubinštejn, *Principy i puti razvitija psichologii*, Moskva 1959.
- ⁸ F. T. Hau, *Über die Einstellung der russischen Psychologie zur Psychoanalyse*, Z. Psycho-som. Med., 1960, 1, 37—44.
- ⁹ V. M. Mjasiščev, *Priroda nevrozov i osnovnyje zadači borby s nimi*, Congress Proceedings, Praha 1961, 41—45.
- ¹⁰ V. N. Mjasiščev, *Osobnost a neurózy*, Čs. psychiat., 1962, 3, 191—199.
- ¹¹ E. Wolf, *K podmíněné kontinuitě psychologických poruch*, Čs. psychiat., 1961, 1, 51—55.
- ¹² E. Wolf, *Interperzonální vztahy v reflexologickém pojetí — integrovaný přístup*, Čs. psychiat., 1960, 3, 145—152.
- ¹³ R. A. Začepickij, *Kollektivnaja psichoterapija pri nevrozach i alkogolizme*, Congress Proceedings „Neuroses“, Praha 1961, 249—251.
- ¹⁴ N. Schipkowenski, *Befreiende Psychotherapie*, Med. Heute, 1960, 7, 178—286.
- ¹⁵ L. W. Hunt, *Psychotherapy as a group process*, J. gen. Psychol., 1962, 66, 61—69.
- ¹⁶ F. Knobloch, L. Benda, M. Hausner, J. Knoblochová, P. Tautermann, *Srovnání metod kolektivní a individuální psychotherapie*, materiály k diskuzi, cyklost., I. čl. sympoziem o psychotherapii, Bratislava 1961.
- ¹⁷ J. L. Moreno, *Psychodrama und Gruppenpsychotherapie*, Thieme—Stuttgart 1959.
- ¹⁸ M. Langer, J. Puget, *Wissenschaftstheoretischer Bezugsrahmen der Gruppentherapie*, Z. Psychother. Med. Psychol., XI, 1, 1.
- ¹⁹ G. Sh. Kellam, *A method for assessing social contact: its application during a rehabilitation program on a psychiatric ward*, J. Nerv. ment. Dis. 1961, 132, 277—288.
- ²⁰ H. Schultz-Hencke, *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*, Thieme—Stuttgart 1951.
- ²¹ H. R. Teirich, *Gruppenpsychotherapie und Gruppentherapie*, Psyche, 1952, 3, 224—225.
- ²² Srovnej pozn. č. 21 a pozn. č. 2.
- ²³ D. Fuchs-Kamp, *Gruppenpsychotherapie für erwachsene Patienten am Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen*, Z. Psycho-som. Med., 1960, 3, 211—223.
- ²⁴ E. K. Jakovleva, R. A. Začepickij, V. A. Časov, *Opyt kollektivnoj psichoterapii bolnych*, Z. Kors., 1959, 10, 1201—1207.
- ²⁵ F. Knobloch, *Neuróza a ty*, Pokyny pro nemocné, vyd. II., Praha 1960.
- ²⁶ Srovnej pozn. č. 23 a 24.
- ²⁷ K. Leonhard, *Biologische Psychologie*, Barth-Leipzig 1961.
- ²⁸ H. Š i r o k ý, *Diagnostické aspekty psychodramatu*, Čs. psychologie, 1962, 2, 154—165.
H. Kreitler, Sh. Elblinger, *Psychiatrische und kulturelle Aspekte des Widerstandes gegen das Psychodrama*, Psyche (Stuttg.), 1961, 15, 155—161.
- ²⁹ Srovnej pozn. č. 17.
- ³⁰ Srovnej pozn. č. 17 a 5.
- ³¹ R. Laforgue, *Familien-neurosen in psychoanalytischer Sicht*, Z. Psycho-som. Med., 1960, 1, 2—9.
Dále srovnej pozn. č. 11 a 17.
- ³² M. P. Farrell, *Transference dynamics of group psychotherapy*, Arch. gen. Psychiat., 1962, 6, 66—72.
- ³³ Srovnej pozn. č. 1.

- ³⁴ R. W. Crockett, *The „therapeutic community“ approach, to neuroses, Congress Proceedings „Neuroses“, Praha 1961, 271—279.*
- ³⁵ Srovnej pozn. č. 17.
- ³⁶ S. Freud, *Bemerkungen über die Übertragungsliebe, Wien 1915.*
- ³⁷ Srovnej pozn. č. 28.
- ³⁸ Srovnej pozn. č. 12.
- ³⁹ Srovnej pozn. č. 3.
- ⁴⁰ Srovnej pozn. č. 15.
- ⁴¹ V. Vondráček, *Značenije opredelenija ocenok v psichoutrii, psichopatologii i terapii, Congress Proceedings „Neuroses“, Praha 1961, 127—132.*
- ⁴² R. Konečný, *Význam hodnocení a hodnot pro psychotherapii neuróz a psychologii, ref., I. congressus psychiatricus Bohemoslovenicus cum participatione internationali, Jeseník 1959.*
- ⁴³ S. Kratochvíl, *K psychotherapii existenciální frustrace, Čs. psychiat. 1961, 3, 191—196.*
- ⁴⁴ B. Milani, *Contributo clinico-statistico al problema delle nevrosi, Arch. Psicol. Neurol. Psychiat., 1961, 65—80.*
- ⁴⁵ J. B. Furst, *Neurózy a společnost, Praha 1961.*
- ⁴⁶ J. Popelová, *Etika, Praha 1962.*
- ⁴⁷ Srovnej pozn. č. 2.
- ⁴⁸ *Základy marxistické filosofie, Praha 1960, 630—637.*

ON GROUP PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS AND THE THERAPY OF NEUROSES

A characteristic of modern neurosology is the spread of attention from the neurosis to the neurotic. The acknowledgement of the importance of psychotherapy for the widest circle of neurotics and the attempt to consider the personality of the patients from the standpoint of their social activity has led to the formation of diagnostic-therapeutic groups. Group psychotherapy gives us possibilities which individual psychotherapy could make use of only to a very limited extent. The author follows up the work of F. Knobloch's collective in the Branch Institute for the rehabilitation of neuroses at Lobeč near Prague and describes the application of the method under the conditions of the open ward in the Hospital for Psychiatric Treatment. The methodological principles are supported by examples from his own experience in practice and by comparison with the conclusions of other authors.

The patients are allotted to open groups of four to eight members of the same sex, of different age and with various neurotic syndromes. The total of the groups forms the collective. Each group is conducted by one assistant therapist under the control of the leading group therapist. Sessions of the smaller groups take place twice to three times a week, sessions of the collective once a week. The smaller groups have a preparatory character. The patients are familiarised in them with the theory of neuroses and prepare their life history, carry out the tasks set after supplementary individual talks or at the sessions of the collective at which the heads of the department are present. The patients usually reproduce their attitudes in the groups, these attitudes forming a vicious circle running between a constantly confirmed breakdown in social relationships and the neurotic symptoms. The recognition of these attitudes and their correction is shown to be the first task of group work. Its solution is helped: 1. by the working out of the life history — which enriches and often changes the information of the routine anamnesis. The life-history is gone over in advance in the groups and finally in the collective, where every member is bound to give his opinion; 2. the discussion groups — which achieve a more profound recognition as well as the possibility of influencing the unhealthy attitudes of the patients. The author considers that besides rationalisation a part is played here by the appellative instinctive sphere of Leonhard's group and social instincts, which play a basic part in general group psychology; 3. the psychodrama, which carries the possibilities of model reconstruction of situations beyond the group and has a corrective influence especially in using the technique of change of role; 4. the sociogram, which informs the therapist of interpersonal affinity, development and changes in sympathies and antipathies within the group; 5. the collective assessment, which enables the confrontation of reactions to behaviour in the character picture of the individual members; 6. extended sessions with members of patients' families — which activates the closest relatives to cooperate in solving conflicts; 7. the appeal to supporting strength — that is the use of the positive attitudes of fellow-members of the group in order to strengthen the induction of the authoritative opinions of the therapists; 8. the function of the observer — who concentrates on observing involuntary

behaviour during group work. The investigation of transference in the provocative field of the group is considered by the author to consist of the following of those attitudes which the patient makes use of towards other individuals without adequate actual differentiation, on the basis of earlier (and usually negative) experiences. The sharing of personal problems with others effectively attacks the neurotic feeling of isolation and loneliness.

The second — no less important and permanently continuing task of group work is to further the acceptance of socially important values and a sane outlook on life. The author considers that group psychotherapy is a case in which modern educational methods are intensively applied, methods which after a certain modification are suitable both for work in the schools, and also for solving problems of personal relationships in the place of work.