

Antoni J. Nowak

Psychoterapia w duszpasterstwie

Studia Theologica Varsaviensia 13/1, 143-156

1975

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

ANTONI J. NOWAK

PSYCHOTERAPIA W DUSZPASTERSTWIE

Tr e ś ć: I. Wstęp; II. Nerwica a rozwój osobowości; III. Nerwica — problem duszpasterski; IV. Psychoterapia a duszpasterstwo; V. Wnioski.

I. WSTĘP

Istnieje dość powszechne przekonanie, że nerwice to choroby XX wieku. Doniesienia z całego świata podkreślają stały wzrost chorób na tle emocjonalnym. Nie posiadamy wyczerpujących danych statystycznych z tej prostej przyczyny, że większość chorych nie trafia do szpitali, a wielu leczy się prywatnie, co już wynika z samej natury choroby. Statystyki amerykańskie, niemieckie, francuskie i szwajcarskie określają odsetek pacjentów cierpiących na zaburzenia nerwicowe w granicach 50—80%. W Polsce odsetek waha się w granicach od 30—40%. Prof. Dr Julian Aleksandrowicz powiada: U jednej trzeciej pacjentów, trafiających do klinik chorób wewnętrznych, stwierdzamy stany nerwicowe, które często są niezależne od istniejącej choroby organicznej, ale często są jej przyczyną. Okazuje się, że najwięcej zachorowań na nerwice przypada pomiędzy 26 a 40 rokiem życia. Można by stąd wysunąć wniosek, iż jest to wpływ traumatyzujący współczesnych warunków życia, zwłaszcza w ośrodkach przemysłowych. Narodom niecywilizowanym potrzebny jest lekarz ciała, zaś narodom cywilizowanym potrzebny jest coraz większy zastęp psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów dla ratowania ludzkiego życia.

Historia medycyny nie zna schorzeń psychicznych, które by

choć trochę przypominały zaburzenia, które dziś nazywamy nerwicami. Nie ulega jednak wątpliwości, że ludzie świata antycznego i średniowiecza również cierpieli na tego rodzaju schorzenia; przecież sam termin *histeria* ukuty przez Hipokratesa jest używany do dnia dzisiejszego w klinice nerwic. Nerwice były, są i będą, a na ich liczbowy wzrost trzeba patrzeć spokojnie, jako na zapowiedź ich spadku w przyszłości w miarę naukowego poznania i stabilizacji szeroko pojętych czynników egzystencjalnych ludzkiego życia.

Gwałtowny rozwój medycyny, który szczególnie zaznaczył się na przełomie XX wieku, doprowadził do zupełnie nowych metod leczenia. Przekonano się, że nie wystarczy skupić cały proces leczenia na chorującym organie, ale należy zwrócić uwagę na cały wewnętrzny i zewnętrzny świat pacjenta, ponieważ funkcja poszczególnego organu nie jest odizolowana od całości organizmu. Wszystkie funkcje są ze sobą ściśle połączone. Choroba nie tyle posiada swoją przyczynę, ile raczej jest wynikiem rozwoju różnych uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, cielesnych i duchowych.

Problemy psychiczne budzą dziś coraz większe zainteresowanie. Udział czynnika psychogenego odgrywa naczelną rolę w zespołach nerwicowych, nawet jeżeli stwierdzono, że powstały one na podłożu choroby somatycznej. Czynniki psychiczne, chociaż są niewymierne przestrzennie, mają własne życie. Niemniej jednak ulega ono zaburzeniom na skutek przypadków chorobowych, schorzeń organicznych mózgu, zatruc pochodzenia wewnętrznego lub zewnętrznego. Ale i odwrotnie, wpływ czynników psychicznych na ciało okazuje się tym większy, im bliżej go poznajemy, nie ma bowiem takiego narządu ani takiej czynności, na których nie odbijałby się wpływ emocjonalny.

II. NERWICA A ROZWÓJ OSOBOWOŚCI

Nerwice nie należą do chorób psychicznych w ścisłym tego słowa znaczeniu. Zaliczamy je do pogranicza normy. Chociaż o nerwicach pisze się bardzo dużo, brak jednak wspólnego ję-

zyka. Terminologia różnych szkół odnośnie do nerwic tak dalece odbiega od siebie, że w końcu, jak powiada J. H. Schultz, nie sposób utworzyć przejrzystego obrazu nerwicy¹. Nie sposób również omówić szczegółowo zagadnienia definicji jak też klasyfikacji nerwicy.

Praca Z. Rydyńskiego wskazała na ogromne trudności związane z taką definicją jak również klasyfikacją². Wydaje się, że najbardziej adekwatnie określił nerwicę S. Cwynar: „Nerwicami nazywamy czynnościowe, w zasadzie odwracalne zaburzenia zdrowia, zaistniałe pod wpływem urazów psychicznych i manifestujące się ilościowo zmiennymi reakcjami psychofizycznej całości ustroju na bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego”³.

Czasami trudno odgraniczyć nerwicę od zdrowia psychicznego. Bywa i tak, że neurotyk w oczach swego środowiska może uchodzić za psychicznie sprawnego i może nawet piastować wysokie stanowisko.

¹ Por. J. H. Schultz *Die seelischen Krankenbehandlungen (Psychotherapie)*, Stuttgart 1963 s. 17.

² Por. Z. Rydyński *Rys historyczny kształtowania się pojęcia psychonerwicy. Ocena nowoczesnych definicji i klasyfikacji psychonerwic*. W: *Psychonerwice*, Warszawa 1962 s. 7. Terminy „nerwica” i „psychonerwica” są przez jednych autorów mocno rozgraniczane, inni znów je utożsamiają. Np. dla psychosomatyków 50% wszystkich chorób — to nerwice. Krebikow (ZSRR) i Rogers (USA) podtrzymują termin „psychonerwica”, włączając również w to pojęcie psychopatii. Meyer (USA) i Redlich twierdzą, że nerwica to odczyn ustroju, a nie choroba. Somatycy: Monakow, Nissl, a wcześniej jeszcze Marinesco, usiłują udowodnić ograniczone podłoże nerwicy, negują jej charakter czynnościowy. Bumke odrzuca pojęcie nerwicy, a Popow stwierdza istnienie nerwicy. K. Dąbrowski jest zdania, że nerwica i psychonerwica dotyczą zespołu objawów funkcjonalnych, występujących w sferze psychicznej z łatwym przerzutem na układ nerwowy (psychonerwica). Zaburzenia nerwicowe narządów wewnętrznych (np. serce, żołądek) nazywają się nerwicami narządów. Zaburzenia obejmujące szerszy układ narządów i funkcji nazywamy nerwicami układów (układ krążenia, pokarmowy i inne). Nerwica, zdaniem K. Dąbrowskiego, to funkcjonalne zaburzenie nerwowe narządów czy ich układów przy istnieniu komponenty psychicznej; natomiast dla zespołów zaburzeń dążeńiowo-uczuciowych z komponentą nerwowo-vegetatywną używa K. Dąbrowski terminu psychonerwica. Por. K. Dąbrowski, *Higiena psychiczna*, Warszawa 1962 s. 404; tenże, *Spoleczno-wychowawcza psychiatria dziecięca*, Warszawa 1964 s. 99 nn.

³ Por. St. Cwynar, *Nerwice narządowe*, Warszawa 1968 s. 13.

Trudność rozpoznania chorób nerwicowych leży między innymi w tym, że symptomy neurotyczne znajdujemy również w normalnej psychice. Nerwicowe zjawiska nie są symptomatologicznie, jakościowo różne od normalnego życia psychicznego. Neurotyk na ogół nie wymaga leczenia szpitalnego. Zaburzenia emocjonalne, jakkolwiek występują, nie są jednak znaczne. Neurotyk zdaje sobie sprawę ze swych trudności, chociaż często nie rozumie ich przyczyny. Nerwice jednak są czymś poważniejszym niż złe przystosowanie jednostki.

Nerwicę — z punktu widzenia rozwoju osobowości — można by określić jako zakłócenie emocjonalne w dojrzewaniu osoby, zablokowanie procesu progresywnej personalizacji; stąd terapia będzie polegała na unormowaniu drogi progresywnej personalizacji. Nerwica, powodując niewłaściwą postawę wobec otaczającej rzeczywistości, jest również problemem światopoglądowym, stąd terapia nerwicy musi dopomóc człowiekowi w osiągnięciu ortodoksyjności życia. Psychoterapia, która bierze pod uwagę te właśnie czynniki, bazuje na integralnej antropologii i nazywamy ją psychoterapią personalistyczną.

III. NERWICA — PROBLEM DUSZPASTERSKI

Gwałtowny rozwój rozmaitych systemów społecznych, rywalizacja rasowa i narodowa, lęk, że zimna wojna stanie się gorącą wojną, lęk utraty bezpieczeństwa, lęk przed dzieckiem, lęk o zapewnienie pokarmów i surowców, lęk przed utratą pracy lub niedostaniem pracy, zanik sensu życia, poczucie społecznego wyobcowania przedłużają trwanie sytuacji stressowych. Złożoność i tempo współczesnego życia w świecie cywilizowanym stała się zbyt wielka dla nieustabilizowanej osobowości, co powoduje wzrost zachorowań na nerwice niemalże we wszystkich krajach świata.

Częstotliwości zachorowań na nerwice nie odpowiadają skutecznie ani sanatoria, których jest za mało, ani szpitale psychiatryczne, które z konieczności przyjmują chorych tego typu. Brak także pewnych metod i środków leczniczych, których do-

bór jest wielką sztuką i wymaga wielkiego doświadczenia. U jej początków dużą rolę odgrywa kapłan, który przeważnie jest pierwszym powiernikiem intymnych zaburzeń, szczególnie z zakresu erotyczno-seksualnego⁴. Z charakteru działalności kapłana wynika konieczność rozszerzenia pomocy, aby objąć nią chorych na nerwicę. Istnieją dane, iż chory na nerwicę, po wyczerpaniu możliwości leczniczych nie tylko ambulatoryjnych, lecz także i klinicznych, zwraca się w ostatnim akcie swego cierpienia ku Bogu za pośrednictwem kapłana. Kapłan należycie zorientowany może skierować cierpiącego ku podejmowaniu nowych prób leczniczych w wyspecjalizowanych placówkach, jakimi powinny być kliniki Akademii Medycznych. Niestety, część chorych kategorycznie odmawia spełnienia rady kapłana, odmawia poddania się leczeniu w klinice psychiatrycznej czy nawet w przepelnionym sanatorium i wówczas jedynym ratunkiem staje się oddziaływanie lecznicze, którym kieruje on sam.

Ta właśnie rzeczywistość rodzi nowe problemy duszpasterskie, których nie można rozwiązywać starymi metodami. Duszpasterz, nie zorientowany w nowej problematyce współczesnego życia, nie rozumiejący piętrzących się konfliktów tak intra- jak i interpsychicznych, bez znajomości elementarnej techniki podejścia do osobowości zneurotyzowanej, nie podoła współczesnym zadaniom, co więcej, może jeszcze pogłębić stan nerwicowy np. penitenta.

I tutaj zgłasza swoje usługi psychologia. Kapłan nie może ujmować człowieka tylko w kategoriach czysto teologicznych, musi być zorientowany w sposób dostateczny w naukach, które mówią o tym konkretnym człowieku w tym konkretnym świecie. Kapłan przecież pragnie pomóc człowiekowi, aby jednak pomoc była skuteczna, musi go poznać, pokochać i zrozumieć, i to zarówno w jego rozwoju indywidualnym jak i społecznym, tak zdrowego jak i chorego. Sobór Wat. II dobitnie podkreśla: „W duszpasterstwie należy uznawać i stosować w dostatecznej

⁴ Por. A. M a j c z a k, *O reakcjach rezygnacyjnych*, Przegląd Lekarski 4 (1961) s. 176.

mierze nie tylko zasady teologiczne, lecz także zdobywcze nauk świeckich, zwłaszcza psychologii i socjologii, tak, żeby również i wiernych prowadzić do rzetelniejszego i dojrzalszego życia wiary” (KDK 62).

IV. PSYCHOTERAPIA A DUSZPASTERSTWO

Duszpasterstwo posiada charakter przede wszystkim praktyczny, podobnie jak i psychoterapia, w mniejszym zaś stopniu teoretyczny, dlatego też może ono zaasymilować wiele metod, jakimi posługuje się psychoterapia.

Wiadomo, że S. Freud był nastawiony antyreligijnie, ale już jego uczniowie w swojej praktyce psychoterapeutycznej liczą się z wartościami religijnymi. Zdaniem C. G. Junga, u podłoża każdej nerwicy leży jakiś problem religijny, jest ona wyrazem zakłócenia funkcji religijnej. Już w 1923 r. twierdził C. G. Jung, że człowiek choruje, ponieważ zagubił to, co daje wiara religijna i nikt nie jest we właściwym tego słowa znaczeniu uzdrowiony, dopóki nie odrestauruje swojej postawy religijnej⁵; 1/3 przypadków nie choruje na jakąś określoną nerwicę kliniczną, ale z powodu bezsensu własnego życia⁶. Uczony ten stwierdził: „Wśród wszystkich pacjentów w sile wieku (lat 35) — nie znalazłem ani jednego, dla którego postawa religijna nie byłaby ostatecznym problemem. W końcu każdy choruje dlatego, że zatracił to, co religia dała swoim wierzącym we wszystkich czasach i nikt nie jest właściwie uzdrowiony, dopóki znów nie osiągnie własnej postawy religijnej”⁷.

V. E. Frankl podkreśla, że człowieka należy ujmować w trzech wymiarach, mianowicie: somatycznym, psychicznym i duchowym. Każda z tych sfer może być źródłem nerwicy. Człowiek, który żyje w konflikcie z własnym sumieniem, znajduje się pod presją problemów duchowych, przeżywa kryzys

⁵ Por. C. G. Jung, *Die Beziehung der Psychotherapie zur Seelsorge*, Zürich 1932 s. 12.

⁶ Por. Tenże *Seelenproblem der Gegenwart*, Zürich 1931 s. 84.

⁷ Por. Tenże *Die Beziehung*, dz. cyt., s. 12.

egzystencjalny, może stać się neurotykiem. Nerwicę, która ma swoje źródło w sferze duchowej człowieka, nazywa Frankl noogenną. Nerwice noogenne sięgają swymi korzeniami do wymiaru duchowego człowieka, wypływają ze sfery duchowej człowieka (*aus dem Geist*), nie są jednak chorobą ducha (*im Geist*), stąd też i psychoterapia musi posiadać aspekt duchowy i taką psychoterapię nazywa Frankl logoterapią. Frankl dobitnie stwierdza, że psychoterapia tak pojęta nie jest w żadnym wypadku surogatem religii, nie ma zamiaru konkurować z pracą kapłana⁸.

Chociaż psychoterapia nie może być obojętna wobec problemów religijnych, to jednak nie można jej traktować w tym sensie, aby służyła życiu nadprzyrodzonemu. Jest ona ascezą świecką, służy naturze i chroni ją przed zamknięciem się w sobie. Ze wszystkich sposobów oddziaływania na człowieka, jest ona jedyną ascezą naturalną, która rozumie człowieka jako istotę potencjalnie otwartą, może zatem przygotować do adekwatnych motywacji religijnych. W istocie ludzkiej duch przelnika najgłębsze warstwy psychiki, nie ma w człowieku postawy nawyku, która by w jakiś sposób nie dotyczyła ducha — tak jest z każdym aktem, z każdym konfliktem, z każdą męką. Słusznie stwierdza I. A. Caruso, że nie należy obawiać się, by wprowadzić wartości duchowe do faktów rzekomo biologicznych, gdyż ta sfera u człowieka dąży do Absolutu, do transcencji siebie⁹.

Różnica, jaka zachodzi pomiędzy psychoterapią a duszpasterstwem polega na tym, że celem psychoterapii jest „uzdrowienie” ducha, zaś celem duszpasterstwa — uświęcenie ducha. Psychoterapia może co najwyżej przygotować człowieka do wewnętrznej przemiany, ale sama metanoia jest dziełem uświęcenia przez łaskę. Psychoterapia ma na celu uwolnić człowieka od zakłóceń psychicznych, od fiksacji, które nie pozwalają jednostce w pełni uczestniczyć w życiu społecznym. Duszpaster-

⁸ Por. V. E. Frankl, *Arztliche Seelsorge*, Wien 1966 s. 225 n.

⁹ Por. I. A. Caruso, *Psychanalyse pour la personne*, Paris 1962 s. 148.

stwo z kolei nie ma na celu leczenia czy zapobiegania psychicznym zakłóceniom, lecz usiłuje człowieka tak zdrowego jak i chorego (psychicznie) ukierunkować na wartość transcendentną. Zmierza ku temu, by zarówno osobę jak i jej środowisko uświęcić poprzez kontakt z Bogiem. Twierdzenie, jakoby psychoterapia i duszpasterstwo ze sobą konkurowały lub też były ze sobą skłócone, jest nieuzasadnione, wprost przeciwnie, psychoterapia może oddać cenne usługi duszpasterstwu.

Biorąc pod uwagę nerwicowe zaburzenia, które wymagają określonej psychoterapii, stwierdzamy, że bardzo wiele z nich nie ma nic wspólnego z duszpasterstwem czy moralnością. Mam na myśli nerwice organiczne (psychogenne zakłócenia o charakterze funkcjonalnym, jak: układu krążeniowego, trawiennego, astma itp.), paraliż histeryczny, nerwice natręctw, fobie (np. klaustrofobia). W takich przypadkach wierzący nie zwracają się o pomoc do kapłana i nie oczekują od niego recepty, która by ich uwolniła od wyżej wymienionych zakłóceń.

Bywają jednak nerwice, wobec których kapłan nie może być obojętny, co więcej jego postawa może okazać się decydująca w procesie terapeutycznym, jak np. nerwica bluźnierczych natręctw, męczące i długotrwałe poczucie winy, które nie pozwala spokojnie spać, skrupuły, lekkie formy depresji, zanik poczucia sensu życia i radości życia, myśli samobójcze.

W swojej praktyce kapłan spotyka się z takimi przypadkami jak fanatyzm religijny, niezdrowa egzaltacja religijna, urojone objawienia; w konfesjonale natrafia na penitentów przekonanych o swej bezgrzeszności („nie mam się z czego spowiadać — nikogo nie zabiłem, nic nie ukradłem, do kościoła regularnie uczęszczam”). Kapłan na codzień spotyka się z problemami życia małżeńskiego, rodzinnego, z plagą alkoholizmu, brakiem adaptacji społecznej; problemy te niewątpliwie nadwerężają układ nerwowy i odporność psychiczną. Jednostki znerwicowane, obciążone konfliktem w dziedzinie postaw ideowych, życia erotycznego czy niezadowolenia z urody, często zawiedzione w możliwościach leczniczych medycyny, dokonują w pewnym okresie choroby subiektywnej, swoistej i całościowej oceny

swej wartości psychicznej i fizycznej. W charakterystyczny sposób rezygnują z uczestnictwa w powszechnych formach ludzkiego życia, a w etapie późniejszym rezygnują samobójczo z życia. I właśnie wówczas, u progu śmierci, jako ludzie wierzący a często i niewierzący, pojawiają się u kapłana. Widzą w nim autorytet moralny, szukają afirmacji rezygnacji samobójczej, „własne życie zwracają Bogu”. W takich przypadkach świadoma i zaangażowana postawa kapłana decyduje nieraz o życiu.

Kapłan nie posiadający elementarnych wiadomości na temat „małej” codziennej psychoterapii, zbywa np. w konfesjonale penitenta zachętą do modlitwy, nie próbując w razie potrzeby, umówić się z nim na czas bardziej odpowiedni, nie chce mu się wysilić, by wniknąć i cierpliwie wysłuchać konfliktów, które dla spowiednika wydają się być błahostką, ale dla penitenta są wielkim problemem niemalże życiowym. Terapia spowiednika przypomina czasem lekarza, który wysłuchawszy skarg pacjenta, poklepał go po ramieniu i powiedział na dodatek: „głowa do góry, wszystko będzie w porządku”.

Nie ulega wątpliwości, że przeciętny kapłan, nie będąc specjalistą w zakresie psychologii klinicznej, nie będzie posługiwał się metodami psychoterapeutów wysokiej klasy. Wydaje się jednak, że cenne usługi może oddać kapłanom logoterapia V. E. Frankla, „niebezpośrednia” terapia K. R. Rogersa¹⁰ oraz personalistyczna psychoterapia w ujęciu I. A. Caruso¹¹.

Postawa kapłana wobec nerwicowca, o ile oczywiście nerwica nie posiada podłoża organicznego, może w poważnym stopniu zadecydować o całym procesie terapeutycznym. Kapłan dobrze zorientowany może przyspieszyć proces leczenia. Niewłaściwa postawa kapłana może przekształcić wstępne zaburzenia

¹⁰ Por. J. S. Jakubowski, *Zarys teorii osobowości K. R. Rogersa*, SPCh 6(1970)1; tenże, *System psychoterapeutyczny K. R. Rogersa*, tamże 6(1970)2; zob. H. Bortnowska, *K. R. Rogers: o stawianiu się osobą*, Znak nr 171.

¹¹ Etapy personalistycznej psychoterapii opracowałem w artykule *Psychoterapia Igora A. Caruso*, CS 3(1971).

w przewlekłą, niemalże nieuleczalną nerwicę. U początków nerwicy kapłan może wpływać leczniczo, terapeutycznie. Terapia jednak musi być tak prowadzona, by w razie potrzeby dana osoba usłuchała porady i udała się do odpowiedniego leczenia klinicznego. Sytuacja taka może zaistnieć, gdy kapłan zauważy wstępne objawy reakcji rezygnacyjnych, która może mieć dwójaki charakter: 1° reakcja rezygnacyjna wyrzeczeniowa (np. bezpodstawne przerwanie szkoły, studiów, pracy itp.) 2° reakcja rezygnacyjna samobójcza (zdeteminowane samobójstwo).

Typową jej cechą jest stopniowe dojrzewanie przekonania, że jest się jednostką życiowo upośledzoną, niezaradną. Ostateczną decyzję podejmuje zatem chory po długotrwałej samoobserwacji, analizie własnej sytuacji życiowej, a więc nie działa np. pod wpływem rozpaczy czy nagłego afektu. Taka przewlekła nerwica może przebiegać w trzech etapach: a) Rozwijanie się objawów neurotycznych (etiologia może być różnorodna, np. chwiejność wegetatywno-hormonalna, konflikty okresu dojrzewania dotyczące spraw urody, seksu, postaw ideowych, etycznych); b) Okres intensywnego leczenia; c) Zwątpienie w efekty terapii.

Stwierdzenie przez kapłana reakcji rezygnacyjnej w jakiegokolwiek postaci powinno łączyć się ze skierowaniem neurotyka do leczenia szpitalnego, bowiem w warunkach szpitalnych lekarz może o wiele lepiej i głębiej zbadać psychikę chorego, ustalić patogenezę nerwicy i uchronić przed reakcją rezygnacyjną samobójczą¹².

Współpraca kapłana z odpowiednią kliniką nad terapią nerwicy jest chyba najlepszym środkiem. Wtedy bowiem kapłan jest zorientowany w diagnozie lekarskiej i może nawet otrzymać wskazówki co do pomocniczego oddziaływania terapeutycznego.

Jakie kwalifikacje są niezbędne u kapłana podejmującego się psychoterapii? Ktokolwiek chce oddziaływać psychoterapeutycznie, a powinien to czynić każdy kapłan, musi sobie uś-

¹² Por. M. K a c z y Ń s k i, *Reakcje rezygnacyjne w przebiegu nerwicy*, *Neurologia, Neurochirurgia i Psychiatria Polska* 6 (1956) s. 823—828.

wiadomić prawdę, iż w jego własnej osobowości tkwią warunki powodzenia, czy będzie dobrym narzędziem Bożej łaski u łóża chorego, wobec penitenta, w konfesjonale czy wobec osoby poszukującej u kapłana pomocy w sytuacjach konfliktowych, stressowych. Teoretyczna znajomość będzie praktycznie mało skuteczna, jeżeli z osobowości kapłana nie będzie promieniowała i spływała swoista siła sugestii. Nie można zaprzeczyć, że niektórzy kapłani istotnie posiadają szczególne warunki i zdolności psychoterapeutyczne. Ale w pewnej mierze każdy kapłan może przyswoić sobie zasady postępowania psychoterapeutycznego i rozbudować w sobie konieczne do tego cechy osobowości. Wyliczę cztery zasadnicze punkty: a) Kapłana musi cechować antropologiczny sposób myślenia, ujmowania człowieka w kategoriach dynamicznych (nie statycznych), ewolucyjnych. Głębokie uświadomienie sobie, że osoba nie jest ani biologiczna, ani psychiczna, ani duchowa, bo człowiek w swoich nawet najbardziej biologicznych popędach jest przeduchowiony, a w swojej wolności duchowej musi być ujmowany razem z popędami; b) Możliwie doskonała znajomość psychiki człowieka, jej podstawowych dynamizmów oraz środowiska. Osoba bowiem dochodzi do pełnej świadomości na drodze dialektyki indywidualizmu i kolektywizmu, tzn. drugie „ty” jest absolutnie konieczne do rozwoju własnego „ja”; c) Co najmniej dostateczna orientacja w podstawowych zagadnieniach psychopatologicznych; d) Jeżeli kapłan współpracuje z kliniką (np. jako kapelan), musi być doskonale zorientowany, jaką szkołę dana klinika reprezentuje i w jakim kierunku idą jej badania.

Jakie powinno być stanowisko kapłana w przypadku niepowodzeń jego oddziaływania psychoterapeutycznego? Przede wszystkim kapłan musi zawsze wzbudzać głębokie zaufanie do lekarza, w żadnym wypadku nie może podrywać autorytetu lekarskiego. Powinien również pozytywnie naświetlić leczenie szpitalne klinik psychiatrycznych, swoim autorytetem wpłynąć, aby neurotyk z ufnością poddał się leczeniu, oraz zachęcać do dalszego kontaktu z kapłanem.

V. WNIOSKI

Nikt dzisiaj nie zaprzeczy, że kapłan w swojej pracy duszpasterskiej musi być również w pewnym sensie psychoterapeutą, aczkolwiek nie w psychoterapii leży punkt ciężkości duszpasterstwa. Wiemy również dzisiaj lepiej niż kilkadziesiąt lat temu, że do posługiwania się psychoterapią nie tylko potrzebne jest fachowe wykształcenie, lecz również naturalne uzdolnienie, którego niestety nie posiadają wszyscy kapłani.

Z drugiej strony, czasy w których żyjemy domagają się, by kapłan posiadał dobre przygotowanie psychologiczne, szczególnie z zakresu psychologii klinicznej i psychologii głębi. Kapłan bowiem żyje w bezpośrednim kontakcie z ludem, z jego problemami i będąc należycie zorientowany w podstawowych dynamizmach psychicznych może wcześniej rozpoznać nerwicowe zaburzenia i udzielić właściwej pomocy, jeżeli w tym kierunku posiada odpowiednie wykształcenie. Lepiej również zrozumie cierpiącego człowieka. Nader często kapłani unikają neurotyków, skrupulatów, lub traktują ich nieodpowiednio¹³.

Jeżeli chodzi o ludzi wierzących, cierpiących na neurotyczne zaburzenia, to współpraca terapeutyczna nie może zamykać się w trójkącie: psychiatra, psychoterapeuta, duszpasterz, ale musi objąć wszystkich, którym leży na sercu ludzkie cierpienie, a więc lekarza-praktyka, socjologa, prawnika. Trzeba zaangażować specjalistów, jeżeli pomoc ma być skuteczna.

Byłoby dobrze, gdybyśmy w naszej polskiej rzeczywistości posiadali specjalistów, kapłanów-psychoterapeutów, tym bardziej, że nie brak nerwic o podłożu czysto religijnym, moralnym. Tego typu neurotycy mają większe zaufanie do kapłana niż do świeckiego psychoterapeuty. Oczywiście kapłan-psycho-

¹³ *Ratio studiorum* przewidujące na psychologię zaledwie dwa semestry po 2 godz. tygodniowo — to stanowczo za mało, by móc należycie wyłożyć zagadnienia z zakresu psychologii duszpasterskiej.

terapeuta musi posiadać w tym kierunku fachowe wykształcenie i przygotowanie.

Psychoterapie und Seelsorge

Zusammenfassung

Der Verfasser signalisiert am Anfang seiner Arbeit, dass die emotionellen Krankheiten, die sogenannten Neurosen heute einen allgemeinen Charakter haben.

Die psychische Probleme wecken auf allen Gebieten der Medizin, Psychiatrie, Psychologie immer grössere Interesse, deswegen dürfen sie der Theologie nicht fremd bleiben. Die Neurose ist doch auch ein seelsorgisches Problem und bei ihren ersten Symptomen spielt der Priester eine grosse Rolle. Er ist am meisten der erste Vertraute der emotionellen Störungen. Es gibt doch einige Neurosen, bei denen man von ihm die Hilfe erwarten muss. So z. B. bei Schuldgefühlen, bei Skrupulosität blasphemischen Zwangsneurosen, leichteren Formen der Depression, Verlust des Lebenssinnes und der Lebensfreude, Selbstmordgedanken. Bei solchen Erkrankungen kann die Verhaltung des Priesters eine grosse Bedeutung bei dem therapeutischen Prozess haben.

Beim Problem des Unterschiedes zwischen der Psychoterapie und Seelsorge, hebt der Verfasser hervor, dass das Ziel der Ersten die seelische Heilung ist, der Zweiten das Seelenheil. Die Seelsorge will die Person und seinen ganzen Lebensraum durch den Kontakt mit Gott heiligen.

Von verschiedenen Formen der Psychoterapie soll der Priester — nach der Meinung des Verfassers — die Logotherapie V. E. Frankls, die „non-directive“ Therapie K. R. Rogers und die personalistische Psychoterapie I. A. Caruso's benutzen. Der Priester muss aber die Therapie so führen, um den Neurotiker zum ambulatorischen Therapie richten zu können, wenn so ein Fall stattfinden soll.

Nächst stellt der Verfasser die Frage, welche Eigenschaften muss der Priester besitzen, wenn er sich mit der Psychotherapie beschäftigen will. Er zeigt hier auf vier wichtige Momente: 1) eine anthropologische Einstellung, 2) tiefe Wissenschaft über Psychophysik, 3) eine Orientierung über die grundsätzlichen Probleme der Psychopathologie, 4) ist er Mitarbeiter eines Psychiatrischen Krankenhauses, muss ihm bekannt sein die Schule, nach welcher die Klinik arbeitet.

Der Verfasser schliesst die Arbeit mit einigen Suggestionen: 1) In der Gegenwart verlangt man vom Priester die psychotherapeutische Verhaltung; 2) Es ist heute einfach zum Gebot geworden eine Zusammenarbeit zwischen den Spezialisten, wenn die Therapie wirksam sein soll; 3) Mehrere Vorlesungen in Höheren Priesterseminaren von Gebiete der klinischen Psychologie und Tiefenpsychologie; 4) Man wendet im allgemeinen auch nichts dagegen ein, wenn der eine oder der andere Priester sich zum Psychotherapeuten ausbilden lässt.

A. J. Nowak