

Arztliche Psychotherapie und priesterliche Seelsorge

Geschiedenheit und Bezogenheit

Von Philipp D e s s a u e r , München

Die folgenden Ausführungen wollen nicht alle Gesichtspunkte dieses vielfältigen Themas herausarbeiten. Es sollen nur einzelne Zusammenhänge skizziert werden, Zusammenhänge, von denen der Verfasser nach 23jähriger Beobachtung der Verhältnisse in praktischer Individualseelsorge, im Verkehr mit Psychotherapeuten verschiedenster Richtung und in theoretischen Studium der Überzeugung ist, daß sie sich heute schon eindeutig darstellen lassen. Wenn die Darlegungen recht haben, so ist unter anderem ein Resultat, daß es nur in besonderen gelagerten Ausnahmefällen wünschenswert sein kann, daß ein Priester sich der psychotherapeutischen Praxis widmet. Andererseits aber dürfte aus der Darlegung die Dringlichkeit der gegenseitigen Verständigung und Zusammenarbeit von Priester und Arzt wiederum hervorgehen.

I.

Die Epochē

Der Vorgang der psychotherapeutischen Behandlung und der Analyse im Speziellen — beides zusammen sei hier der Kürze wegen „Analyse“ genannt — fordert eine methodische Urteilsenthaltung von seiten des Arztes in den eigentlichen Fragen der moralischen und religiösen Überzeugung. Nennen wir diese Urteilsenthaltung „Epochē“. Es soll nämlich in der Analyse die Situation des Kranken in ihrer Struktur kausal und final erfaßt werden — es muß Zeit und Ruhe gegeben werden, daß sie sich in ihrer Verwirrung darstellt, wie sie ist. Dabei tritt zutage, wie sich die Psyche schützt und zur Wehr setzt. Die Neurose ist eine Art Notwehrvorgang. Ihr gegenüber muß eine innere Erfahrung zustandekommen, die nur dann möglich ist, wenn es sich zunächst um eine Sachverhaltsdarstellung handelt. Die Selbstdarstellung der Psyche setzt nämlich eine Entlastung voraus, wie sie durch die Gegenwart des Arztes ermöglicht ist. Um der Lebensfähigkeit willen, die wiederhergestellt werden soll, muß von der Verantwortlichkeit im Ganzen abgesehen werden und zuallererst der psychische Bezirk des sogenannten Unbewußten¹, in dem die freie Einsicht und das freie Handeln naturgemäß nur vorbereitet, aber nicht vollzogen werden, in seiner neurotisch verselbständigt Verfassung sichtbar werden. Das ist zunächst die Aufgabe der Analyse.

Schon diese Sachlage ist für den Seelsorger nicht leicht einsehbar. Seine Aufmerksamkeit ist eingeübt auf die religiöse Entscheidung, auf den Glaubenszusammenhang, auf die moralische Verantwortung und auf die Psychologie, die sich in diesem Verhalten kundtut und sich dadurch auszeichnet, daß sie einfühlbar ist. Der Seelsorger ist versucht, die Gesetzmäßigkeit des Unbewußten zu ignorieren und dort, wo eine zwangsnurotische Erscheinung, eine Hemmungserscheinung, ein stereotyp verkehrtes Verhalten, eine stete Ausflucht oder Verweigerung des Geforderten zutage tritt, mit direkter Mahnung kraftvoll anzugehen, und das Versagen des Anvertrauten als Schwäche zu deuten oder als charakterlichen Mangel oder als Mangel an Einsicht oder mindestens als etwas, dem man mit Klugheit und sorgfältiger Dosierung der Forderung begegnen müsse. Ein solches Begegnen wirkt aber der Logik

¹ Zur Kritik dieses Begriffes, siehe A. Brunner: „Philosophisches zur Tiefenpsychologie“ in Stimmen der Zeit, 144. Bd., Mai 1949, S. 91—102

einer derartigen Erkrankung gemäß neuroseverschärfend und steigert die Unfreiheit. Der Verdrängungsgrund wird verstärkt — er wird u. U. schon verstärkt durch die bloße Anwesenheit und spezifische Aufmerksamkeit des Priesters.

Der Patient will gerade den *Arzt* aufsuchen und fühlt darin richtig. Er sucht das Fachwissen — er sucht einen Menschen, der in Wissen und Kunst ausgebildet ist, so ähnlich, wie eben der Arzt ausgebildet ist im Wissen um den menschlichen Körper und seine Krankheit und die Kunst beherrscht, das körperliche Leben zur Heilung zu führen. Die Psyche hat ihre Gesetze, und es gilt, von den Symptomen und symbolischen Äußerungen her auf die Biographie des Lebens — auf die sehr verborgene und gerade dem Patienten tief verschleierte — zu kommen und dann die überaus empfindlichen Komplexe mit ihren eingenisteten Lebensfehldeutungen und deren Bildäquivalente zur Auflösung zu bringen, d. h. die wirkliche Existenz in der Situation dieses Menschen freizulegen.

Würde ein Priester diese geforderte moralische und religiöse Epochē ausüben, dann würde im Patienten leicht — vielleicht unausgesprochen und nur halb bewußt — der Verdacht oder Argwohn Platz greifen, dieser Priester sei „nicht ehrlich“, oder aber er sei „lax“. Denn der Patient fühlt, daß der *Arzt* sein Fachwissen und seine Kunst und damit wirklich sich selbst repräsentiert. Diese Epochē ist hier in diesem Beruf sachgerecht und zugleich persongerecht. Der Arzt wird eine neugierige Frage oder eine aus Gewissensangst kommende Frage, die plötzlich irgendwann in der Analyse auftaucht, und bei der der Patient versucht (ohne zu wissen, was er tut), in das Innere des Arztes einzudringen, dem Patienten zu eigener Entscheidung für einen späteren Augenblick zurücklegen.

Aber der Priester vertritt, untrennbar von seiner Person, die Glaubenswahrheit und den Anspruch Gottes; er ist Seelsorger. Ein analytisches Vorgehen von seiner Seite wäre jeder Zeit in Gefahr, aus der Kunst dieses Handelns heraustreten zu müssen. Der Patient könnte ihm gegenüber die Abstraktion nicht durchhalten, er kann nicht davon absehen, wer der ist, zu dem er gegangen ist. Die Situation verwirrt sich, ehe der Priester es verhindern kann. Die Lage des analysierenden Priesters ist künstlich, sie ist ein unechtes Arrangement.

Nicht gering zu achten ist auch die Gefahr, daß der Seelsorger in einem solchen Augenblick das Gewaltmittel seiner Autorität zu Hilfe ruft — dazu gäbe es auch an anderen Stellen der Analyse Gelegenheiten — oder aber, daß diese seine von Gott ihm verliehene Autorität sich an Stellen suggestiv auswirkt, die eine solche suggestive Beeinflussung nicht ertragen. Ein solcher schwerer Kunstfehler wäre kaum zu vermeiden.

Es darf hier auch hinzugefügt werden, daß es recht problematisch ist, wie die kleinen oft unentbehrlichen Hilfsmittel der Analyse — erste Einübung eines autogenen Trainings, medizinische Injektionen — ohne eine medizinisch ausgebildete Sprechstundenhilfe gegeben werden können.

II

Die Triebosphäre

Im Verlauf der Analyse gibt es Strecken — sie können sich über viele Behandlungsstunden ausdehnen — in denen sich eine Schicht der Psyche in Bildern darstellt

und in Worten aussprechen muß, die nur der Arzt, eben durch seine fachliche Nähe zum körperlichen Zustand des Patienten, einzusehen und richtig auszusprechen kompetent ist. Er hilft, daß die Sache ganz gesagt wird. Es ist also ganz spezifisch und ausschlußweise ein ärztliches Verhalten angefordert. Hier hört der *Arzt* — und so kommt der Traum zum Sprechen. Der Traum weiß gewissermaßen im voraus, wem er sich mitteilen muß und warum er sich nicht in das Vergessen zurückzuziehen braucht.

Die Triebphäre hat ihre eigene Diskretion. Wird sie nicht beachtet, dann entsteht ein Schaden. Der Arzt hört, er fragt, seine Frage bringt an den Tag, was der Antwort dient; sie bringt an den Tag, was der Patient bisher selbst nicht wußte. Der Patient bemerkt das, aber er wagt alles, weil der Andere der Arzt seines Vertrauens geworden ist. Der Arzt enthält sich des Urteils; er gibt keinen Rat; er deutet vielleicht an; es ist ein Geschehen zwischen Arzt und Patient, das von einem Vertrauen getragen ist, ähnlich wie bei einem somatisch Kranken, der sich ins Operationszimmer fahren läßt und seinen Leibeskörper dem Chirurgen, seinen Augen und seiner Hand anvertraut. Dieses Freigeben seiner Selbst — der eigenen Psyche — ist hier gerade dadurch möglich, daß der Psychotherapeut den rein ärztlichen Blick hat und nicht einen seelsorglichen daneben; ja, daß er überhaupt für das andere Hinschauen nicht kompetent ist. Jetzt kann der Patient frei reden, frei assoziieren, frei die Bilder steigen lassen — das Verhältnis des Mithörenden ist klar, einfach, eindeutig und es zeigen sich in diesem Verhältnis noch nicht etwaige Konsequenzen. Vielleicht liegt der Patient auf der Couch, und hinter ihm sitzt der Arzt, nur seine Stimme ist hörbar. Die leiseste Unklarheit könnte hier irritieren. Schon die Tatsache, daß etwa hier ein Priester sitzt, der im Coelibat lebt, kann die Lauterkeit der psychischen Selbstdarstellung zerstören.

Auch im seelsorglichen Gespräche gibt es Möglichkeiten einer ähnlichen Gelöstheit. Aber daß hier die Anwesenheit des Priesters und Seelsorgers nicht hindert, sondern fördert, ist das Ergebnis des Themas und eines lauteren Verweilens in ihm. Dieses Thema hat eine völlig andere Farbe als das diagnostische Verhalten des Arztes. Die Missio des Priesters würde in den Versuch eines rein diagnostischen Verhaltens immer schon einfließen.

III

Die „Übertragung“

Sowohl die Freudsche wie auch die individual-psychologische Lehre Adlers und die tiefenpsychologische C. G. Jungs kennt einen Vorgang, der sich inmitten der Analyse und der sich anbahnenden Heilung zwischen Patient und Arzt abspielt, das Verhältnis zueinander zunächst einmal einseitig ändert und „Übertragung“ genannt wird. Die Deutung dieses Geschehens ist bei den verschiedenen Schulen eine verschiedene. In der Schule Jungs spielt die „Übertragung“ eine etwas geringere Rolle.

Es könnte sich also handeln um eine vom Trieb her gesteuerte Libido-Forderung des Patienten an den Arzt; der Arzt wird so das Objekt der durch ihn gefährdeten neurotischen Verwirrung; — oder es handelt sich um eine Ernennung des Arztes zum Übermensch, zu einem, der das ist, was der Patient zu seinem Leidwesen nicht

ist; der Arzt wird gewissermaßen zur Ersatzfigur, in die alles bineinprojiziert wird, was gerade durch die Neurose im Kranken zugleich ersehnt und verhindert scheint; — oder aber es könnte sich darum handeln, daß die im Heilungsprozeß aufgestörte Bildkraft (etwa als der „Animus“ oder die „Anima“ des Arztes) ihre Rechtfertigung findet, und daß das, was das Bild meint, auf ihn projiziert, an ihn fixiert wird. In allen Fällen wird der Arzt zu einer Figur der Neurose, er wird in ihre Konstruktion einbezogen. Es kommt alles darauf an, daß der Arzt diese Periode durchsteht, daß das Verhältnis nicht in ein subjektiv persönliches entgleitet, sondern daß er wirklich Arzt bleibt. Freud selbst hat gesagt: „Ich persönlich bin jedesmal froh, wenn die „Übertragung“ milde verläuft“. Wenn die „Übertragung“ aber da ist, bildet sie auch zugleich die Chance zur Heilung. Durch sein ärztliches Sein muß der Arzt die Projektion der Krankheit, die er nun geworden ist, überwinden. Das bedeutet nicht die Forderung einer gemachten Sachlichkeit. Im Fragen, im Anhören und im Schweigen, in einer sachlichen Art von Geduld zeigt sich die personale Kraft und Echtheit des ärztlichen Wollens.

Die „Übertragung“ hat zugleich eine negative, angreifende, das Ärztliche in Frage stellende Seite, die sich aber meist verbirgt hinter der positiven, offensichtlich die Person des Arztes überhöhenden und ihn unter dem Schein der Anerkennung in eine unsachliche Position drängenden Tendenz. Diese Ambivalenz wird durch die Objektivität und klare Umschriebenheit der ärztlichen Stellung ausgehalten und besiegt. Die ganze Kraft, die in der Neurose oft unheimlich zusammengeballt ist, kann sich im Übertragungs-Vorgang konzentrieren. Es ist gar kein Zweifel und wird auch von den Ärzten anerkannt, daß der Übertragungs-Vorgang so meist nicht ein einseitiger bleibt, und daß sich der Arzt dieser Induktion kaum ganz entziehen kann. Aber das ärztliche Ethos ist vom Menschen so eindeutig übernommen und so innerlich assimiliert, daß das persönliche Ich des Arztes nicht herauszutreten braucht, sondern der Situation gewachsen bleibt, wenn nur die Absicht und Umgrenztheit der Aufgabe festgehalten wird. Jeder Psychotherapeut weiß ein Lied davon zu singen, wie listenreich die neurotische Psyche ist, wenn sie sich kurz vor ihrer drohenden Auflösung noch einmal retten will — nämlich durch eben diesen Menschen, der nun zufällig einmal Arzt ist, und der doch gerade so gut es nicht sein könnte.

Die Identität mit dem ärztlichen Ethos kann ein Priester nie so klar vollziehen, besonders nicht, wenn die listenreiche und im Dienst der Neurose überraschend bewegliche Vernunft des Patienten in die Nahtstellen der ärztlich tätigen Persönlichkeit einzudringen sucht. Auch in der priesterlichen Tätigkeit kann es derartige und analoge Situationen geben, aber auch hier ist der Vorgang der „Gegenübertragung“ und mit ihm die „Übertragung“ selbst grundsätzlich, eben gerade durch die Klarheit der priesterlichen Position lösbar. Wenn aber das priesterliche Sein mit der ärztlichen Aufgabe vereint werden soll, kann eine derartige Übertragung ihrer positiven wie ihrer negativen Seite nach „untragbar“ werden. Plötzlich, inmitten der Behandlung, appelliert der Patient an den Priester; der Priester bemerkt, daß er bereits nicht mehr nur der Arzt ist, der er hier sein wollte. Die Neurose hat in der Doppelheit des Gesprächspartners ein leichtes Spiel. Es ist leicht, das seelsorgerliche Gewissen herauszurufen und auszunützen. Wenn der Arzt nicht hört, muß der Priester hören; wenn der Arzt nicht spricht, muß der Priester antworten. Aus der Analyse

soll eine Seelenführung werden. Das Gespräch hat schon seinen Boden verlassen. Die Seelenführung braucht keine Ablösung. Die Projektion fühlt sich hier sicher. Die „Übertragung“ kann sich verstecken. Wie Wachs ist die Seele plötzlich in der Hand des Seelenführers — alles scheint gut auszugehen — aber die Neurose triumphiert, sie kann sogar ihre Symptome wechseln, sie versteckt sich zunächst vielleicht hinter Trost und Heiterkeit, sie hat eine neue, aber gefährliche Gestalt gefunden, überraschend zeigt die „Übertragung“ ihre negative Seite. Es ist vorgekommen, daß ein Priester in einer derartigen Situation keinen anderen Ausweg mehr wußte, als den Patienten in die Psychiatrische Klinik zu bringen.

Der Vorgang der „Übertragung“ ist für den Patienten kein gewußter und gewollter, sondern er ist eine Aktion der beunruhigten, unbewußten Psyche (wenn man sich so abgekürzt ausdrücken darf), der psychischen Teleologie, der sich der Patient nicht entziehen kann und die ihn solange überwältigt, bis der eigentliche Tiefengrund der Neurose aufgedeckt und erhellt ist. Gegen diese Erhellung wehrt sich aber die kranke Psyche, sie hat hier ihre Art von Logik; es ist eine Notwehr, um der Gefahr des Ausgeliefertseins an den leeren Raum, an die uferlose, hilflose Welt zu entgehen. Dazu dient nun *der Mensch*, der gerade die Aufgabe hat, die Neurose an die Oberfläche zu bringen: der Arzt. Der paradoxe Sachverhalt der Übertragung gründet darin, daß der vollpersonale Kontakt noch nicht herstellbar ist. Es kommt zu einem pseudo-personalen, sich nur subjektiv immer wieder sättigenden Verhältnis zum Arzte. Der Arzt steht nun vor der Aufgabe, daß der Patient gerade *im Verhältnis* zu ihm gesund werden muß. In diesem Verhältnis zum Arzt wird ein infantiles Geschehen wieder aufgenommen, eine frühkindliche Beziehung fortgesetzt, in der dem Kind damals diese personale Begegnung mißlungen ist. Deshalb ist die „Übertragung“ ein derartig sublimer Vorgang, der auf keinen Fall durch eine fremde Gewaltsamkeit gelöst werden darf. Die Ablösung der Übertragung in das Verhältnis eines freien Kontaktes ist die große Kunst, die hier geübt werden muß.

Es ist klar, daß die religiöse Beziehung eines Patienten zu einem ärztlich sich verhaltenden Priester die Aufgabe noch ungemein erschweren kann. Die Eindeutigkeit der ärztlichen Situation erleichtert den Vorgang. Das Verhältnis des Patienten zu einem Priester-Psychologen wird hier häufig so komplex und undurchsichtig, daß eine echte Lösung der Übertragung geradezu unmöglich wird. Erfahrungsgemäß führt der Übertragungs-Vorgang auch in der Individualseelsorge zu einem Abbrechen der seelsorgerlichen Beziehung. Daß damit für den Patienten oder den seelsorglich Geführten ein bedeutender Schaden entstehen kann und gegebener Weise eine Vertiefung des neurotischen Zustandes, ist nicht zu bezweifeln. In der Individualseelsorge ist folgende Erscheinung hinreichend bekannt: Ein religiöse Hilfe Suchender klagt darüber, daß er seinen Seelenführer verloren habe. Bei der näheren Befragung zeigt sich, daß der Betreffende früher einmal in psychotherapeutischer Behandlung war, daß diese Behandlung aber vorzeitig abgebrochen wurde — vielleicht schon unter dem Einfluß einer Besprechung mit einem Seelsorger — nun wanderte der Patient von Seelsorger zu Seelsorger. Was er in Wirklichkeit, ohne es zu wissen, sucht, ist dasselbe, was in der Verbindung zum Arzt abgebrochen wurde. Eine ältere Ärztegeneration hat es den „Rapport“ genannt. Es ist nichts anderes als der Übertragungs-Vorgang. Ohne eine gründliche, neue, psychotherapeutische

Behandlung kann der Konflikt kaum gelöst werden und der Patient kaum von der krankhaften Suche nach dieser einmaligen Verbindung erlöst werden. Mancher Seelsorger hat ein Jahr lang oder länger diesem Menschen Zeit und Kraft geschenkt; aber am Ende steht alles wieder da wie am Anfang, nur noch tragischer und leidensvoller. Es wäre gut, wenn dem jüngeren Seelsorger von vornherein eine theoretische Durchlichtung derartiger Vorgänge auf den Weg gegeben würde. Selbstverständlich kann auch die beste Theorie nicht jede Erfahrung überflüssig machen.

IV

Der „Übergang“

Sehr schwer vorstellbar ist, wie ein therapeutisch tätiger Priester den *Übergang* vollziehen könnte von einer psycho-analytischen Tätigkeit zu dem Gespräch, das nur der Priester (vermöge seiner *Missio*) führen kann. Es wäre ein fast theatermäßiger Vorgang, wenn er eines Tages seinem Patienten sagen würde: bis jetzt habe ich als Therapeut zu Ihnen gesprochen, von jetzt an spreche ich als Priester zu Ihnen. Viktor E. Frankl, der Schöpfer der Logotherapie, spricht von „ärztlicher Seelsorge“. Aber auch er bezeichnet mit Nachdruck die Grenze. Das ärztliche Bemühen führt dahin, daß der Patient bereit ist und auch die innere Freiheit hat, die Verantwortung für sein Leben wieder auf sich zu nehmen. Aber über das „Wovor“ und „Wofür“ der Verantwortung sagt der behandelnde Arzt nichts. Ein Reden darüber wäre ein Octroi. Auch die ärztliche Existenzanalyse bewahrt Neutralität gegenüber der Frage, wovor sich der Mensch verantwortlich fühle: „Der Existenzanalyse und damit aller ärztlichen Sorge genügt und muß genügen: die Führung des Kranken bis zum radikalen Erlebnis seiner Verantwortung (das würde also bedeuten: die Erfahrung der Freiheit „Ich kann“). Eine Fortführung der Behandlung darüber hinaus, etwa in die persönliche Sphäre konkreter Entscheidungen hinein, kann nach wie vor nur als unzulässig bezeichnet werden . . .“².

Daraus geht aber auch hervor, daß es oft eine Täuschung ist zu meinen, daß dieser Mensch gegen Ende der Behandlung keine Hilfe mehr nötig habe. Es wird jetzt nämlich die spezifische, neue Bedürftigkeit bewußt, das Leben vor Gott in Ordnung zu bringen. Es muß also hier die Individualseelsorge helfend bereitstehen. Das zeigt die allgemeine Praxis der Psychotherapie, das bestätigten erfahrene Ärzte. Auch C. G. Jung betont, daß bei allen Patienten über des Lebens Mitte die religiöse Frage als zentrale sich herausschäle. Andere Ärzte gehen weiter und behaupten, daß jeder Neurose eine religiöse Not zugrunde liege. Es dürfte evident sein, daß die individuelle Seelsorge die sich damit zeigende Aufgabe nur in einer Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten bewältigen kann; daß anderseits aber die personale Trennung zwischen Arzt und Seelsorger notwendig ist. Wenn heute von mancher Seite behauptet wird, die Psychotherapie sei die legitime und wissenschaftliche, moderne Ablösung der Seelsorge, und wenn auch Patienten heute zum Arzt wie zu einem Seelsorger kommen und an ihn entsprechende Anforderungen stellen, dann liegt dem — abgesehen von der Säkularisierung des Bewußtseins — auch die Erfahrung zugrunde, daß die individuelle Seelsorgsaufgabe von theologischer und priesterlicher Seite

² Frankl, Ärztliche Seelsorge. Wien 1948, S. 185 f.

noch nicht genügend gesehen ist. So notwendig aber diese Zuordnung ist: die Sorge für das Heil der Seele und die Sorge für die psychische Gesundheit eines Menschen sind verschiedene Aufgaben, die mit der verschiedenen Zielsetzung auf verschiedenen Realitäten gründen und verschiedene Methoden verlangen.

V

Der Tod und die Neurose

In jeder Krankheit wird der Mensch vom Tode bedrängt. Auch die neurotische Erkrankung ist von der Todesdrohung durchzogen. Schon die in der Neurose festgehaltenen Infantilismen deuten darauf hin. Aber der Tod wird in der psychoanalytischen Behandlung nur wie am Rande Thema. Die Analyse fördert den Daseinskonflikt zutage. Sie bringt die Flucht zum Stehen. Sie öffnet eine Lebensmöglichkeit in dieser Welt — aber alles dies ist nur vorläufig. Der Daseinskonflikt hätte sich überhaupt nicht neurotisch fixieren können, wenn die Todesdrohung in die volle personale Entscheidung aufgenommen und von ihr beantwortet worden wäre. Der neurotische Mensch weiß nicht, wie sein Leben den Raum haben könnte, den es braucht — wäre der Tod nicht, dann wäre alle Hoffnung möglich, aller Konflikt, alles Hinausgeschobene, alles Abgedrängte könnte sein, ohne daß der Mensch in Gefahr gerät. Das Leben hätte noch jede Möglichkeit vor sich. Die Neurose ist ein Todesleiden, weil sie gerade der Konflikt mit der Wirklichkeit der Todesnähe ist. Diese Todesnähe verändert das Gegenwärtige und macht alles im Grunde unmöglich.

In der psycho-analytischen Behandlung wird der Tod nicht zum Hauptthema gemacht, weil seiner Not nur vom Glauben her wirklich begegnet werden kann. So zeigt sich jede psychotherapeutische Arbeit als eine vorbereitende und vorläufige. Hier liegt die große Entscheidung. Eine analytische Behandlung, deren Erklärungsmotive den Tod rein innerweltlich und diesseitig verarbeiten wollte, hat bereits eine Glaubensentscheidung gefordert, wenn auch eine negative. In ihrer Stellung zum Tod entscheidet sich alle psychotherapeutische Praxis und die zugrunde liegenden Theorien. Hier ist der Punkt, wo mit Sicherheit die theologische Kritik einsetzen kann, und wo die Möglichkeit einer Zusammenarbeit von Priester und Therapeut eindeutig zu entscheiden ist.

Das Evangelium und die Heilssorge des Priesters will das Leben des Menschen befreien, so daß es durch den Tod leben kann. Die Gegenwärtigkeit des Todes wird nicht bestritten und nicht geflohen und nicht gemieden — sie wird bejaht als zum Leben gehörend, als die Höhe der Vollendung. So wird der Lebensraum in jeder Stunde groß und weit, und die Grenzen, unter denen der neurotische Mensch leidet, werden unwesentlich. Diese Entlastung von der Todesdrohung ist eine spezifisch seelsorgliche Aufgabe. In der asketischen Sprache heißt sie auch: „Vorbereitung auf den Tod“. Sie ist keineswegs ein Geschäft, das erst in der Todeskrankheit akut würde und hier gewissermaßen „erledigt“ werden könnte.

In der Schule von C. G. Jung wird in Konsequenz bestimmter Ansätze die therapeutische Behandlung zu einer Seelenführung. Es werden Aufgaben gestellt, die innerweltlich überhaupt nicht richtig gefaßt werden können. Diese „Höhere Form von Therapie“, von der C. G. Jung spricht, zeigt in Wirklichkeit nur, wie unzerteil-

bar die Einheit des Menschenlebens ist, und daß der ganze Mensch, alles in ihm, zum endgültigen Heile hinstrebt. Aber es ist eine Überschreitung der Kompetenz, wenn auch hier noch von einer ärztlichen Aufgabe gesprochen wird. In Wirklichkeit wird hier in die therapeutische Theorie eine Heilslehre eingeschoben. Es sei hingewiesen auf die Zielsetzung im sog. Individuationsprozeß. Die „Selbstwerdung“ wird zu einem „Weg der Sinngebung“. Woher aber nimmt eine psychotherapeutische, eine ärztlich-psychologische Theorie die Prinzipien zur Lösung der Sinnfrage des Daseins? Eine noch so subtile Analyse des Unbewußten kann dann bei dieser Zielsetzung nur zu einer Orientierungslosigkeit der psychologischen Theorie führen. Dies kann hier nur angedeutet werden, aber es genügt, um zu zeigen, wie zentral das Todesverständnis für ein mögliches Verhältnis zwischen therapeutischer und seelsorglicher Praxis ist.

VI

Die analytische Selbsteröffnung und das sakramentale Schuldbekenntnis

Immer wieder kann man eine Verwechslung oder Vermischung dieser beiden in sich ganz verschiedenen Vorgänge bemerken. Die Ähnlichkeit in beiden Vorgängen liegt vor allen Dingen in dem Moment der Entlastung oder, wenn wir das Wort im weiteren Sinn gebrauchen: einer Heilung, die durch eine Selbstdarstellung des Menschen vor sich geht; dann auch darin, daß bei dieser Selbstdarstellung ein zweiter erfahrener, fachlich ausgebildeter, kompetenter Mensch Hilfe leistet. Die Tatsache der Entlastung ist aber im Sakrament der Buße wesentlich transempirisch. Die Erfahrung dieser Entlastung ist eine sekundäre, wenn auch sehr wünschenswerte — häufig früher oder später eintretende Folge. Das sakramentale Bekenntnis gründet auf seiner Einsetzung, auf einer Institution, und stellt eine Verpflichtung für den katholischen Christen dar, der eine vollwirkliche Schuld auf sich geladen hat, eine Schuld also, durch die er sich von Gott abwandte. Das anklagende Wort: Ich habe dieses getan . . . ist nur richtig gesagt, wenn es aus dem Willen kommt, sich Gott zuzuwenden; also aus der Reue. Der Mensch spricht dieses Wort zu Gott, und zwar so, wie es aufgetragen ist, indem er nämlich dieses bekennende Wort an den von der Kirche zum Hören beauftragten Priester richtet. Der Priester hat dieses Wort wirklich zu hören, er ist nicht ein Statist, der nur da-zu-sein hätte, aber er ist auch nicht dieser private Mensch mit diesem Namen, mit dieser seiner subjektiven Selbsterfahrung, seiner Begabung, seinem Verstand und seinen Neigungen; sondern er ist ein Namenloser, seiner selbst Vergessender. Er hört nur im Auftrag eines Anderen, Christi, und im Auftrag der Kirche. Für den Priester ist auch der Sprechende, Sich-Anklagende namenlos. Er interessiert sich nicht für die Lebensgeschichte dieses Menschen, für seine Herkunft. Er interessiert sich für ihn genau nur so weit, wie es wichtig ist für dessen Sprechen und für das eigene Hören und Verstehen dessen, was hier die Sünde ist, — für das also, was er, der Priester wissen muß. Der Priester hat ein richterliches Urteil zu fällen³. Eine „Sententia judicialis“. Davon ist er gänzlich in Anspruch genommen. Er ist dazu da, auszusprechen, was er sakramental vollzieht:

³ Über den richterlichen Charakter der priesterlichen Tätigkeit im Sakrament der Buße unterrichtet gut die 3. Aufl. der „Institutiones Theologiae dogmaticae“ von Lercher. Bd. IV.² (1949) 112ff. Zu einer Kontroverse über dieses Thema: Josef Ternus, „Die sakramentale Losprechung als richterlicher Akt“. In Ztschr. f. Kath. Th. 71, 2 (1949) 214—230

die Nachlassung der Sünden. Diese richterliche Gewalt ist ihm also gegeben *zu gunsten* des vor Gott Schuldig gewordenen. Anders also als bei weltlichen Gerichten. Hier im Sakrament ist der Schuldige zugleich der Zeuge und der Ankläger. Der Richter ist nicht gesetzt, ein Beweisverfahren zu suchen; er ist nicht beauftragt, an dem zu zweifeln, was vom Ankläger und Schuldigen gesagt wird. Wenn er fragt, dann ist es nur zu dem Zweck, dem sich Anklagenden zu helfen, damit seine Anklage eine vollständige werde, wie sie sein muß. Dieser Richter muß darauf sehen, daß der sich Anklagende es in Reue tut; daß der Inhalt der Anklage wirklich die Sünde ist, und daß die Sünde in der Anklage erkennbar wird. Der Priester fragt nach den Umständen der Sünde nur insoweit, als diese Umstände die Art der Sünde verändern. Dieser Richter muß dem Beichtenden glauben, sowohl wenn er für sich, als auch wenn er gegen sich spricht.

Das Sündenbekenntnis ist — wir sehen ab von der notwendigen Gnade — in der Macht des Bekennenden. Nur so weit ist das Bekenntnis gefordert. Sein Inhalt ist das Resultat einer ernsthaften Überlegung. So ernsthaft, wie es eben bei einer normalen, aber wichtigen Überlegung bei *diesem Menschen* auch sonst zugeht, in den Dingen also, die er für sein Leben als wichtig erkennt. Es wird also keine materiale, abstrakte, vollkommene Vollständigkeit des Bekenntnisses gefordert, sondern die Vollständigkeit, die eben in jenen Minuten der Vorüberlegung (Gewissenserforschung) und in diesem Augenblick (der Anklage) diesem Menschen, der gesündigt hat, möglich ist, d. h. gedächtnismäßig zur Verfügung steht. Es ist somit auch keine Vollständigkeit im Selbstverständnis gefordert. Der Beichtende sitzt nicht über sich selbst Gericht. Er muß sich nicht selbst „durchschaut“ haben. Es kommt nicht darauf an, wie scharfsinnig ihn die innere und äußere Erfahrung gegenüber seinen Fehlern und deren Zusammenhängen gemacht hat. Es kommt vielmehr auf die Lauterkeit der Gesinnung, auf die Ehrlichkeit der Anklage an, auf den Zusammenhang des äußeren mit dem inneren Wort, das er vor dem allwissenden Gott spricht und das heißt: „Du weißt es. So bin ich.“ Die Selbstanklage enthält keine Darlegung psychischer Zusammenhänge. Die Selbsterforschung bezieht sich nicht auf Komplexe und auf jene verdrängten psychischen Gehalte, wie sie nur durch ärztliche Kunst oder vermöge einer besonderen Fähigkeit des inneren Gespürs gehoben werden können. Es soll also in der vorbereitenden Überlegung nichts Verborgenes aus den Tiefen der Seele herausbefördert werden; etwas anderes ist leichtsinnig Vergessenes, feige Abgedrängtes, das sich in der Erforschung finden lassen kann, kräftig ins Bewußtsein zu heben.

Was auf das Bekenntnis folgt, ist das, woraufhin die Selbstanklage überhaupt nur geschehen konnte: die Nachlassung der Schuld. Diese Nachlassung nur bezieht sich direkt auf alle genannten Sünden — indirekt und ebenso wirklich auf alle Schuld, ob sich der Bekennende ihrer erinnern konnte und so sie anklagte, oder sich nicht erinnern konnte. Absolution ist ebenso sakramentaler Natur, wie schon die Anklage es war. Durch die Lossprechung geschieht das, was der Sünder in Wahrheit und eigentlich anstrebt, nämlich *radikal frei* zu werden von der Schuld vor Gott und wieder in seiner Gnade zu leben. Das andere Freiwerden, die psychische Entlastung oder ein Freiwerden von jenen Folgen der Schuld, die sich im Leben auswirken können, ist wiederum zweitrangig. Das Wichtige ist allein: im Du zu Gott ist nun

kein Hindernis mehr. Der Beichtende ist nun von Gott angenommen, weil er seine Sünde bereut hat und sie dem Gericht Gottes schon jetzt unterworfen hat.

Die Benennung der Sünde in der Anklage ist keine willkürliche und keine beliebige. Der Name der Sünde wird vor Gott genannt. Der hörende Priester muß das Wort verstehen, so wie die Kirche es versteht, und so also, wie der Glaube die Sünde erfaßt. Also ist die Benennung einfach. Der Priester hat nicht teil an der Allwissenheit Gottes, er muß kein genialer Psychologe sein, um das Beichtsakrament richtig zu verwalten. Er ist kein analytisch Geschulter, der „Hintergründe“ und „Untergründe“ zu erforschen hätte. Der Beichtende ist nicht darauf angewiesen, daß der Mann, der sein Bekenntnis hört, ein besonders kluger Mensch sei, oder einer, der ganz sicher genau versteht, was da gesagt wird — so nämlich, wie es vom Beichtenden mit allem, was darin ist, gemeint ist — also auch mit dem, was der Beichtende auszudrücken nicht in der Lage ist. Der genau Verstehende, der alles Wissende und der eigentlich zu Gericht Sitzende ist Derselbe, Der da verzeiht: Der allwissende Gott. Bei allem Bemühen des Beichtenden und des hörenden Priesters um das Eigentliche geht die Anklage doch durch den Priester hindurch zum allwissenden Gott. Also kann sie einfach sein, ja sie muß einfach sein, so einfach wie möglich, so einfach, wie die Offenbarung spricht und die Worte in Gebrauch nimmt, und wie die Kirche sie lehrt, wo von menschlicher Schuld die Rede ist. Von dieser Art sind z. B. die Worte des Dekalogs. Eine Anklage, die meint, über die herrliche Einfachheit und Wahrheit des schlichten Anklagewortes hinausgehen zu können, gerät leicht in Verwicklungen, in Verstrickungen; die Mühe und Not des Schuldbekenntnisses verwandelt sich in Mühe und Not einer Wort-Suche, einer subtilen Untersuchung des eigenen Zustandes, sie gerät unter die Angst der Selbstsicherung durch eigenes Können. Der erfahrene Seelsorger kennt diese Abwege zur Genüge. Der Glaube, der die Anklage trägt, befreit sie auch von derartigen Verkrampfungen, in denen das Sakrament der Buße, dieses, wenn man so sagen darf, menschlichste aller Sakramente, umgefälscht wird in eine qualvolle subjektive Kunst der Selbstdarstellung und in eine Überforderung des Priesters, den Arcana und Subtilia der Psyche gewachsen zu sein.

Bei dem heutigen Stand des menschlichen Bewußtseins in zivilisierten Ländern ist es auch für die rechte Erkenntnis der sakramentalen Buße von Nutzen, den Vorgang der Tiefenanalyse mit dem Beichtbekenntnis zu vergleichen und von ihm abzuheben. Die dem Psychotherapeuten in der Analyse sich öffnende Psyche hat zunächst kein anklagendes Wort. Das „Eingeständnis“, das Sprechen von sich selbst, ist zunächst nicht getragen von dem Willen, sich zu Gott hinzuwenden, sondern von der Absicht, geheilt zu werden und das Hindernis des Lebens los zu sein. In dem ganzen analytischen Vorgang lebt diese Absicht und prägt ihn. Der Arzt will durchaus nicht Schuld sichtbar werden lassen, Schuld im Sinne von religiöser, moralischer Schuld, die nichts anderes ist als Sünde, Schuld vor Gott. Sichtbar soll werden das menschlich Verkehrte, auch das, was das Gewissen bedrückt. Wenn die Analyse so weit fortgeschritten ist, daß die Frage des Patienten nach der Schuld dasteht, dann wird der Therapeut diese Frage nicht abweisen (als wäre sie bedeutungslos), aber er wird sie auch nicht annehmen (als ob er hier urteilen wolle); dann, wenn die Freiheit soweit wiedergewonnen ist, daß es in Einfachheit und ohne Selbsttäuschung geschehen kann, und daß die wirkliche subjektive Schuld von objektiven Schuldver-

strickungen, die der Patient bei seiner Verfassung nicht zu verantworten hatte, auch im Bewußtsein des Patienten sich deutlich scheidet, ist für den Arzt der Augenblick gekommen, auf die Möglichkeiten hinzuweisen, die sich aus diesem Bewußtseinsstand ergeben. Der christliche Arzt wird seinen katholischen Patienten auf das Sakrament der Beichte hinweisen, den nichtkatholischen Christen aber wird er darauf aufmerksam machen, daß Christus dem sich zum Vater hinwendenden Menschen die Verzeihung versprochen hat.

Die *Frage des Arztes* ist eine forschende und erforschende und eine weckende. Neues wird zutage gefördert, vollkommen Vergessenes sichtbar, ungeahnte Zusammenhänge tauchen auf. Wo nur das leiseste Symptom einer Verwirrung sich zeigt, setzt das Suchen ein. Völlig anders ist die *Frage des Priesters* in der Beichte. Sie hat nur das Ziel, das Gesagte zu ergänzen, die Selbstanklage in dem gerade notwendigen und jetzt möglichen Maße vollständig zu machen. Die *Frage des Priesters* muß sein: *opportuna, modesta, discreta*. Sie ist eine sekundäre Hilfeleistung. Die *Frage des Arztes* ist eine primäre Hilfeleistung. Der Arzt fördert das Gespräch so, daß die notwendige Frage opportun wird. Seine ärztliche Absicht macht es möglich, daß seine Frage über das sonst für den Menschen Modeste und Discrete hinausgeht. Der Weg bis zur Wiederfindung der Freiheit, der in der Analyse gegangen wird, ist oft lang und beschwerlich. Die Freiheit wird dort wiederhergestellt, wo sie neurotisch überdeckt war. Der Versuch der Reue gegenüber noch so verdeckten Schuldkomplexen ist gefährlich und führt oft zur Vertiefung der Neurose. Der Unterschied von subjektiver, verwirklichter und objektiv nur gewissermaßen instrumental eingegangener Schuldverstrickung⁴ ist eine Voraussetzung der freien und klaren personalen Reue. So kann die ärztliche Behandlung auch unter religiösem und seelsorglichem Gesichtspunkt dringlich werden. Auch diese Behandlung fordert eine Vollständigkeit. Aber diese Vollständigkeit in der Analyse ist wiederum keine absolute; sondern sie ist relativ, gerichtet auf den neurotischen Zusammenhang. Daß manche Psychotherapeuten in der Analyse zu weit gehen, dürfte kaum bestritten werden. Aber andererseits darf die Aufgabe dieser relativen Vollständigkeit auch nicht unterschätzt werden. Eben wegen des aufgegebenen Ziels unterscheidet sich diese Vollständigkeit von der in der Beichte geforderten ganz grundsätzlich. In der Analyse tritt die Individualität psychologisch zutage, das nämlich, was das allgemeine Wort zunächst völlig ungenügend ausdrückt. Hier muß die Biographie gehoben werden, hier muß deutlich werden, was eine einfache Erinnerung auch noch so angestrengter Art dem Patienten in keiner Weise zugänglich machen konnte. Der Arzt ist wie ein Geburtsheber, er ist ein Entdecker. Nach dieser Entdeckung verlangt der Patient. Er ist beunruhigt, wenn sie nicht geschieht. Er ist wie erlöst, wenn sie zustandekam. Man kann daraus ableiten, welche Schwierigkeiten ein Beichtvater mit einem Beichtenden hat, in dessen Anklage, ohne daß er es weiß, beide Motive wirksam sind: das Motiv, sich vor Gott von den Sünden entlastet zu wissen, und das

⁴ Ganz genau genommen ist dieser Mensch in ein verkehrtes „böses“ Geschehen objektiv verstrickt — da er aber Mensch ist, fühlt er die Anforderung und nimmt sich zunächst vollmenschlich — als schuldig. Die Analyse darf die heikle Frage des subjektiven Vermögens und Schuldigwerdens weder einfach übersehen und auf die Seite schieben — noch glatt lösen wollen.

Motiv, von dem Unfaßbaren, Verborgenen durch die Kunst des Anderen befreit zu werden. Diese beiden Motive irritieren sich ständig gegenseitig. Sie machen das Beichten zu einer Qual. Es kommt darauf an, daß der Beichtvater dieses ineinander bald erkennt und daraus die Konsequenz zieht. Nach dem Rat der Kirche und ihrer geistlichen Lehrer soll der Beichtende mit Namen nennen, was er in Gedanken, Wörtern und Werken gesündigt hat. Wenn also die beunruhigenden Komplexe diese einfache Benennung verhindern, muß außerhalb des Beichtstuhls ein Gespräch stattfinden. Was ist es, daß die Benennung der aktuellen und singulären Schuldkonkretion, die normaler Weise mit dem einfachen Wort benannt werden kann, hier so mühselig wird und immer wieder subjektive Verflechtungen sich vordrängen, die schwer faßbar sind?

Fast könnte man sagen, daß in der Mitte, vermittelnd zwischen dem sakramentalen Vorgang der Beichte und seiner Behandlung durch den Psychotherapeuten, der Vorgang der *Seelenführung* steht. Hier spielen die Biographie der Seele eine Rolle, die kausalen Zusammenhänge, die Geschichte der Gesinnung, die Verästelung des religiösen Lebens bis in die kleinsten Vorgänge. Zunächst geht das eigentliche Interesse des Seelenführers und des Christen, der sich eine Zeit lang — natürlich in Freiheit — in diese Führung hineinbegibt, auf den gnadenhaften Weg, die Versuchung und die Fügung, die innere Einsprechung, auf Erfahrungen innerer Verlassenheit und innerer Tröstung, Erfahrungen besonderer Versuchtheit, und die reiche, unberedene Geschichte, die anbricht, wenn die Liebe zu Gott sich mehrt. Aber zugleich mitgenommen und in das Große einbezogen, ist die persönliche „Welt-Geschichte“, sind die Aufgaben, die dieser Mensch in der Welt hat, und deren innere Bewältigung. Es ist nicht zu verwundern, daß sich in diesen Gesprächen auch jene psychischen Tatsachen und Umstände anmelden, die von der Tiefenpsychologie erforscht werden. Die Seelenführung hat diese Dinge im Auge zu behalten, aber sie wird sie nicht zum selbständigen Thema machen. Sollten sich dabei komplexartige, verselbständigte und durch kluge, behutsame Aussprache nicht klärbare Zusammenhänge herausstellen, dann wird der Seelenführer mit dem Anvertrauten darüber zu Rate gehen, ob ein Fachtherapeut zu Hilfe gezogen werden soll.

Wie wichtig es ist, daß Beichtinstitution und Seelenführung getrennt werden, geht aus der absoluten und unbedingten Geltung des Beichtsiegels hervor. Diese äußerst strenge und ausnahmslose Verpflichtung kennzeichnet den Vorgang des Buß-Sakraments. Es gibt auch kein amtliches Colloquium unter Beichtvätern, etwa derart wie es ein Colloquium unter Ärzten geben kann. Das seelenärztliche Colloquium zwischen Seelsorger und Psychotherapeut ist nur möglich auf Grund der Basis außersakramentaler Seelenführung und der Erlaubnis zu diesem Colloquium, die hier von Seiten des Anvertrauten dem Seelsorger gegeben werden kann.

VII

Das seelenärztliche Colloquium

Bei jeder Seelenführung und individuellen Seelsorge kann es dazu kommen, daß der Priester seelische Hilfen zu leisten hat, die nahe an eine psychotherapeutische Tätigkeit herankommen. Dafür könnte die „Kleine Therapie“ sehr nützlich

sein, von der Josef Goldbrunner spricht⁵. Wir besitzen eine solche Lehre noch nicht. Wenn die „Kleine Therapie“ vom Priester im Zusammenhang der Seelsorge ausgeübt werden soll, dann dürfte sie keine eigentliche Analyse enthalten, auch nicht eine sog. „Kurzanalyse“, — so scheint uns wenigstens. Eine Zusammenarbeit von Priester und Arzt wird aber immer unentbehrlich bleiben. Leider stehen, besonders in den kleinen Städten und auf dem Lande, nicht genügend Ärzte zur Verfügung, die der Priester zur Hilfe heranziehen kann. Für die Zusammenarbeit wären einige Voraussetzungen zu fordern: Erstens wird ein katholischer Priester niemanden, der ihm anvertraut ist, zu einem orthodoxen und sozusagen „eingefleischten“ Schüler Freuds schicken. Die Freudsche Doktrin und Methode ist vielleicht in Deutschland etwas im Zurückgehen — in Frankreich und den Vereinigten Staaten steht sie in höchster Blüte. Es ist hier nicht die Aufgabe, über die einzelnen Schulen kritisch zu referieren, aber es sei hingewiesen auf Paul Matussek, *Metaphysische Probleme der Medizin*, Springer-Verlag 1950 (2. Aufl.). Diese kritischen Darlegungen zu Freuds Theorie zeigen hinreichend, warum ein Arzt, der seinen Patienten einer solchen Behandlung unterwirft, als Mitarbeiter christlicher Seelsorge nicht in Frage kommt.

Zweitens müssen wir auch ausschließen den Arzt, der sich streng an die Schule C. G. Jungs bindet und dessen Psychologismus vertritt. Die Lehre Jungs macht einen großzügigen und alles miteinbeziehenden Eindruck. Die Art dieser Toleranz und Liberalität geht hervor aus Jungs Schriften: „Die Beziehungen der Psychotherapie zur Seelsorge“ (Zürich 1932), „Psychologie der Religion“ (Zürich 1940) und recht plastisch aus dem Satz: „Mein Verhältnis zu allen Religionen ist daher ein positives. In ihrem Lehrgehalt erkenne ich jene Figuren wieder, die mir in den Träumen und Phantasien meiner Patienten begegnet sind. In ihren Moralen sehe ich die gleichen oder ähnlichen Versuche, die meine Patienten aus eigener Erfindung oder aus Eingebung machen, um den richtigen Weg zu finden, mit den Mächten der Seele umzugehen. Die heilige Handlung, das Ritual, die Initiationen und die Askese sind mir überaus interessant, als wechsel- und formenreiche *Techniken* den richtigen Weg zu erzeugen“⁶, oder der andere Satz Jungs: „Ich bin unerschütterlich davon überzeugt, daß eine ungemessen große Zahl von Menschen in den Schoß der katholischen Kirche gehört und sonst nirgends hin, weil sie dort am besten und nützlichsten untergebracht sind. Wie ich auch überzeugt bin — und zwar aus eigener Erfahrung — daß eine primitive Religion dem Primitiven viel besser bekommt, als wenn er das ihm unverständliche, blutfremde Christentum in ekelerregender Weise nachahmt...“ (1932). C. G. Jung und seine Schüler meinen also in einer tiefenpsychologischen Praxis selbst die Entscheidung treffen zu können, wem gerade diese oder jene Religion gut tut. Die Schüler Jungs sind nicht einheitlich, aber offensichtlich ist die Mehrzahl dem Psychologismus verfallen. Wohin dieser treibt, kann man am besten dem umfangreichen Werke von Erich Neumann entnehmen: „Ursprungsgeschichte des Bewußtseins“ (Zürich 1949). Ein Kennzeichen wird auch darin liegen, ob der betreffende Psychotherapeut die sog. „Höhere Psychotherapie“ betreibt, in der Jung den Menschen auf dem Wege zu seiner Vervollkommnung fördern will. Diese Pseu-

⁵ Katechetische Blätter 76, 2, Februar 51: Seelenführung. Die Bedeutung der Tiefenpsychologie für die Seelsorge

⁶ Zitiert bei Goldbrunner: „Individuation“ S. 171

do-Seelenmystik hat nichts mit dem wirklichen Heilsweg zu tun. Über die Psychoologie Jungs orientiert kritisch Josef Goldbrunner in seinem Buch „Individuation“ (Krailling vor München 1949).

Die ältere Form der Adlerschen Individual-Psychologie ist in Reinkultur bei den heutigen Praktikern sehr selten geworden. Die meisten praktischen Psychotherapeuten sind mit Recht Eklektiker und verlassen sich auf eine sich ständig mehrende therapeutische Erfahrung. Entscheidend für die Beurteilung einer fruchtbaren Zusammenarbeit wird sein, welches therapeutische Ziel der Arzt sich steckt. Wenn der Erfolg und auch das praktische Ziel der therapeutischen Bemühung einer Verflachung gleichkommt oder einer Herabsetzung der Lebenserwartung überhaupt, einer Art von Resignation oder dem Zustand einer Art Aufklärung, die an Stelle des Glaubens und der Hoffnung das Wissen zu setzen vermeint, dann ist eine Zusammenarbeit für den Priester praktisch ergebnislos und die Analyse für die Glaubensüberzeugung des Patienten, die das Leben konkret durchwirkt, schädlich. Derartig „Geheilte“ sind nicht selten für ihr Leben behaftet mit einem Ersatzglauben. Sie „glauben“ an das Schema, das zu ihrer „Heilung“ geführt hat, und sie denken und reden mit sich selbst und mit anderen in dem Vokabular, das ihnen in hundert oder mehr Stunden der Behandlung allmählich geläufig wurde. Sie analysieren ihre Träume und die anderer Leute, und sie sind in Wirklichkeit nicht lebenstüchtig; sondern lebensfremd geworden. Es kommt sehr viel, wenn nicht alles, auf die Persönlichkeit des Arztes an. Übt er die rechte Epoche, kennt er den geistigen Ort seiner Arbeit im Gesamtzusammenhang des menschlichen Daseins, dann öffnet er dem Patienten den Weg zur rechten Freiheit. Seine Arbeit bedroht nicht die religiöse Überzeugung des Menschen, läßt weder eine skeptische Grundhaltung, noch die falsche Aufklärung über die Menschenseele und damit ein verkehrtes Selbstbewußtsein zustandekommen. Die geformte Menschlichkeit des Psychotherapeuten muß dem Patienten eine Hilfe sein, daß er nun nicht mit einer angestrengten Selbstreflexion beladen aus der Behandlung entlassen wird, sondern das Grundvertrauen des Lebens wieder in ihm entstanden ist, und daß dieses Grundvertrauen sich nun mit dem Glauben auf eine fruchtbare Weise verbindet. Wir wissen heute, daß es Neurosen gibt, Durchgangsneurosen, die auf dem Wege zur Heiligkeit liegen. Das religiöse Leben kann Krisen hervorbringen, in denen neurotische Kerne sich auflösen müssen. Auch die Angst und das Leid einer Neurose muß vom Seelsorger positiv gesehen werden. Wie sehr kommt es darauf an, daß es genügend Seelsorger gibt, die in diesen Dingen sich auskennen, und daß es genügend christliche, gläubige Ärzte gibt, die mit Rat und Tat zur Verfügung stehen.