

## Ohne Sympathie keine Heilung

Vortrag auf dem Fachtag „niedrigschwellige Hilfen“ am 25.3.2014

„... ich bin dabei, in Menschlichkeit und Natürlichkeit, mit Wohlwollen und frei von persönlichen Vorurteilen, an der Erkenntnis und dadurch als Helfer zu arbeiten“, sagte Sándor Ferenczi 1932 in seinem Klinischen Tagebuch kurz vor seinem Tod.

Warum Sandor Ferenczi?

*Sándor Ferenczi*, der von 1873-1933 lebte, gehört zu den bedeutendsten Pionieren moderner Psychotherapie, der als Zeitgenosse Freuds und ehemaliger Schüler völlig eigenständige Position entwickelte, ja eine „*andere Psychoanalyse*“ begründete. Sein Leben und Werk und die Art und Weise, wie mit ihm umgegangen wurde, ist in höchstem Maße von Interesse, u. a. auch wie die von *Ferenczi* bearbeiteten Themen in der Psychotherapie behandelt bzw. nicht behandelt werden:

Zu seinen Hauptthemen gehörten „wechselseitige Empathie“, d.h. **Mutualität, also Gegenseitigkeit**, die auf Wahrhaftigkeit, Transparenz, Engagement für Menschen und Patienten, auf Takt, Wertschätzung und Bescheidenheit, auf Verzeihen, auf Trost, auf Zugewandtheit, auf Zärtlichkeit, Liebe und Sinn setzt, statt auf Macht, Intransparenz, Abstinenz und professionellen Überlegenheitsgestus. Ferenczi kann mit Recht als wichtiger Mitbegründer der **Humantherapie** gelten. *Er* war Arzt und Leiter der Nervenabteilung im Maria-Valerie-Barackenspital in Budapest, der stets naturwissenschaftlich - medizinische und psychologische mit sozialen Interessen verband im übergeordneten Rahmen einer zutiefst **humanen Praxis**. Er hatte in der Psychiatrie mit Menschen zu tun, durch ihre schlimmen Lebenserfahrungen auch in den Kriegszeiten als weitgehend unbehandelbar, zumindest aber schwer behandelbar galten und denen er sein ganzes Wissen und seinen ganzen therapeutischen Einsatz widmete, und das unweit von Wien, wo Freud derweil seine Analysanden auf Couche legte und ihr Unbewusstes erforschte. Viel größer könnten die Gegensätze wohl kaum sein, denn Psychiatrie-Patienten, traumatisierte Menschen kann man eben nicht auf eine Couch legen und frei assoziieren lassen, jedenfalls nicht ohne fatale Folgen. Es bedurfte anderer Mittel und anderer Wege für diese Patienten.

*Ferenczi* hat mit seiner zunehmend phänomenologisch-hermeneutischen Arbeitsweise gänzlich neue Wege beschritten. Mit seiner methodischen Wende führte er eine *intersubjektive Qualität ein, die dem Patienten zugewandt war; er erkannte* den traumapathogenetischen Hintergrund vieler seelischer Erkrankungen und nahm ihn auch interventionspraktisch sehr ernst. So hat er ein neues Paradigma vorbereitet, das *Psycho*-therapie zu einer ganzheitlichen, integrativen Behandlungspraxis überschreitet, in der Leiblichkeit, Zwischenleiblichkeit, Mitmenschlichkeit, Mutualität, Gegenseitigkeit zentral stehen.

Er entwickelte auf der Basis seiner Erkenntnisse körperorientierten Praktiken und die „**mutuelle Analyse**“ mit Interventionen der „zwischenleiblichen Berührung“ und des „liebvollen Zuspruchs“, wie sie die *natürlichen* Verhältnisse zwischen Menschen in der **Zärtlichkeit** oder im **Trost** im Rahmen der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung von guten Familien kennzeichnen, die im Kontrast stehen zu dysfunktionalen oder vergifteten Familienklimata.

„Der Arzt soll undurchsichtig für den Analysierten sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes zeigen, als was ihm gezeigt wird“, hatte er noch von seinem Lehrer gelernt. *Ferenczi* stellt dem eine Offenheit gegenüber, wie sie zwischen Menschen herrscht, die einander in tiefer und ehrlicher Weise vertrauen und liebevoll verbunden sind, wie dies für gute mitmenschliche Nahraumbeziehungen charakteristisch ist. „Liebe ist ... Mutualismus, Austausch von Gefühlen“, beispielhaft im „mutuellen Mutter-Kind-Verhältnis“, in dem keiner „herrschen will“.

Das sind frühe Äußerungen *Ferenczis*. Und man muss sich nicht wundern, dass solche Haltungen im therapeutischen Feld nicht ohne Widerspruch blieben. Aber Jahrzehnte später kann man aus der Sicht heutiger moderner Psychotherapieforschung vertreten, dass gute therapeutische Beziehungen im Wesentlichen *gute Alltagsbeziehungen* sind (*Märtens, Petzold* 1998). Aber in diesen Alltagsbeziehungen gibt es besondere Intensitäten, wie sie mit den Begriffen „*Intimität*“ und „*Innigkeit*“ gekennzeichnet sind, die aber jederzeit Rückzug erlaubt. Innige Mutualität unterfängt zwischenmenschliche *Begegnung, Beziehung, Bindung*.

Ohne Sympathie keine Heilung – diesen Kernsatz habe ich zur Überschrift über die Ausführungen zur Behandlungsethik in der Niedrigeschwelligkeit gewählt. Warum?

Sympathie ist die Fähigkeit, Freude und Leid anderer mitzufühlen, die von einigen Ethikern wie Shaftesbury, Hume und anderen als die subjektive Grundlage aller Sittlichkeit betrachtet wird. Dann auch, im Gegensatz zur Antipathie, die scheinbar grundlose Zuneigung zu jemandem, das unbestimmte Gefühl der inneren Verwandtschaft mit jemandem, heißt es in Meyer's Großem Konversationslexikon 1911, dem Vorgänger des Großen Brockhaus.

Oder:

„Sympathie ist „Mit-Leiden, Miterleben von Gefühlen und Affekten anderer durch unwillkürliche Nachahmung und durch »Einfühlen« in den Gemütszustand anderer, was um so leichter möglich, je verwandter wir mit jenen sind. Der Anblick oder Gedanke fremden Leidens erweckt unmittelbar analoge Gefühle, wie die des Leidenden. Dazu kommt noch unter Umständen die Trauer über das Leiden des anderen, bzw. die Freude über das Glück des anderen“, sagt der Philosoph und Ethiker Rudolf Eisler, der 1873-1926 lebte, also ein Zeitgenosse Ferenczis war.

Wir sehen, der Begriff der Sympathie hatte zur Zeit Ferenczis eine weit tiefere und weitergehende Bedeutung als wir ihn heute benutzen, wenn wir von einem Menschen behaupten, er sei uns sympathisch. Dann sagen wir das eher im Sinne von „nett“ oder „umgänglich“ oder „angenehm“. Ferenczi meinte es tiefer, weitgehender und verbindlicher: **Ohne Mitleid, ohne Miterleben des Anderen keine Heilung.**

Mutuelle Analyse nennt Ferenczi sein therapeutisches Vorgehen und er setzt bei dieser auf Gegenseitigkeit basierenden Haltung darauf, dass **Mündigkeit, Partnerschaftlichkeit und Souveränität** gefördert werden, was wir heute mit dem Begriff des **Empowerment** bezeichnen. Das erfordert ein „Zutrauen zur eigenen Fähigkeit, schließlich nur von der Wahrheit beeindruckt zu sein“ – so *Ferenczi* in seinem Klinischen Tagebuch 1932. Wir sollen, sagt er weiter, „mit Hilfe der eigenen Analyse so stark werden, dass wir Fehler, die Patienten verletzen könnten, vermeiden. Dann nämlich erst können „Kranke Vertrauen zu uns gewinnen“

und es wird das möglich, was wir heute als „**erfahrene Wertschätzung**“ bezeichnen, die ein hohes heilendes Potential hat. Letztlich sollten auch in allen helfenden, betreuenden therapeutischen Handlungen bei Patientinnen und Patienten neben der Symptombeseitigung solche Wahrheitsbereitschaft, Vertrauenswürdigkeit und wertschätzende Grundhaltungen, sollten *seelische Elastizität* und *Souveränität* als wichtige Therapieziele gefördert werden wie *Petzold und Leuenberger es u.a. in der Therapieforschung aufgegriffen haben*, da Therapie ja auch immer eine Dimension der „Persönlichkeitsentwicklung“ umfasst.

Das „klinische Tagebuch“ *Ferenczis* ist das Dokument eines aufrichtigen Ringens des Analytikers um Wege der Hilfe für seine Patientinnen und Patienten, eines Ringens um Aufrichtigkeit in diesem intimen, zwischenmenschlichen Auseinandersetzungsprozess, den eine Therapie nach *Ferenczis* Auffassung darstellt. Das Tagebuch dokumentiert aber in gleicher Weise das Ringen der Patientinnen und Patienten um ihre Entwicklung, um ihr Heilwerden, um die „Wahrheit und Wahrhaftigkeit des analytischen Prozesses“, denn viele von ihnen sind durch Unwahrhaftigkeit, Lüge, Verrat, durch Unrecht, Ungerechtigkeit, Verletzung und Gewalt in ihren Nahraumbeziehungen geschädigt worden und wollen nicht nur Symptombefreiheit erlangen, sondern auch wieder an Menschen glauben können, um sich auf sie einzulassen – sonst bleiben sie einsam, in Misstrauen und Verbitterung. Dafür müssen der Therapeut, die Therapeutin zur Verfügung stehen mit der Bereitschaft zu Auseinandersetzung in Nahraumintensität, mit einer „emotionalen Adoption auf Zeit“ von Patientinnen, wo dies indiziert ist, um ihnen „*der Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden zu lassen*“, wie *Ferenczi es nannte*. Diese Haltung war die Grundlage des „parenting- oder reparenting-Modells“ moderner Therapieansätze der Beelterung oder Nachbeelterung für Menschen in Extremsituationen. Besonders früh- und schwertraumatisierte Menschen brauchen solche „nährenden und schützenden Qualitäten“ für ihren „Neuanfang“, brauchen diese fundamental wertschätzende, Zersplittertes zusammenfügende, liebevolle Umfassung, wie *Ferenczi es nannte*, für diesen neuen „Zugang zum Leben“ und zu den Mitmenschen. Trauma-Therapien müssen deshalb mehr leisten, als nur Trauma-Intrusionen und andere ICD-10-Symptomatik zu beseitigen. Sie müssen ein Ort sein, an dem Misstrauen besiegt und Wieder-Vertrauen-Können erkämpft werden kann. Dazu sind *mutuelle Analysen* ein hervorragender Weg.

Ein Motiv für *Ferenczis* Wagnis liegt in seiner selbstkritischer Ehrlichkeit, die ihn als Wissenschaftler, Mediziner und Mensch kennzeichnet und schon in seiner Rezension von 1902: „Beichten eines practischen Arztes“ deutlich wird. Weiterhin liegt sie in der Wertschätzung seiner PatientInnen, deren Klugheit, Menschlichkeit und empathische Kompetenz er trotz aller Belastungen in ihrer Krankheit und mit ihren Störungen wahrnimmt und *wertschätzt*. I

Seit der Abfassung des klinischen Tagebuchs und dem darin begründeten Ansatz einer „**mutuellen Analyse**“, sind 80 **Jahre** vergangen und haben Weiterentwicklungen in vielfältigen Bereichen stattgefunden, die **Mutualität** begründbar machen: von den Arbeiten der philosophischen und klinischen Intersubjektivitätstheoretiker, der Affiliationsforschung bis zur Entdeckung der Spiegelneuronen, die eine biologische Basis für unsere empathische Kompetenz und Performanz aufzeigen, welche Menschen allerdings miteinander *interpersonal zu kultivieren* haben - von Babyzeiten an über die Lebensspanne hin.

*Ein wichtiger Aspekt mutueLLer, auf Gegenseitigkeit aufbauender Arbeit ist nicht nur die Radikalität der Offenheit, sondern die Bereitschaft, Alterität, also Andersartigkeit anzuerkennen, sich ihrer „Heimsuchung“ (Levinas 1983) auszusetzen und die unabdingbare letztendliche Fremdheit jedes anderen Menschen, selbst des nächsten, wie Adorno sagte, anzunehmen und liebevoll in der Qualität einer fundamentalen Mitmenschlichkeit wertzuschätzen: Das ist das Heilsame.*

In seinen letzten Lebensjahren kehrt Ferenczi der Analyse innerlich mehr und mehr den Rücken. In seinem Brief an *Freud* von 17. Januar 1930 weist er den „Professor“ auf einen sehr grundsätzlichen Dissens hin: „Ich teile z. B. nicht Ihre Ansicht, dass der Heilungsprozess ein zu vernachlässigender oder unwichtiger Vorgang ist, den man, nur weil er uns nicht so interessant erscheint, vernachlässigen dürfe.“ Es wird im Briefwechsel *Ferenczi-Freud* durchgängig deutlich: *Ferenczi* war Heiler, Therapeut, dem Gesundheit und Heil der PatientInnen an erster Stelle standen, *Freud* war Forscher und Theorienbildner, bei dem seine psychoanalytische Theorie den höchsten Rang hatte.

*Ferenczi* berichtet über Äußerungen *Freuds*: „Die Patienten sind ein Gesindel ..., nur gut um uns leben zu lassen und sie sind Stoff zum lernen. Helfen können wir ihnen ja nicht“, und er fährt empört fort: „Das ist therapeutischer Nihilismus, und trotzdem werden durch Verheimlichung dieser Zweifel und durch Erweckung von Hoffnungen Patienten gefangen“ (*Ferenczi* 1932/1988, 142). Zu diesen Positionen *Freuds* hatte *Ferenczi* einen tiefen *Dissens*. „Hier war der Punkt, wo ich das Mitgehen verweigerte. Ich begann, gegen seinen Willen, Fragen der Technik öffentlich zu behandeln. Ich verweigerte es, das Vertrauen der Patienten in dieser Weise zu missbrauchen [ ... ] und begann nach unseren Fehlern zu forschen“ (ibid. 249). „Ich versuchte die *Freudsche* Technik der Versagung ehrlich und offen zuende zu führen. Nach dem Fehlschlag derselben versuchte ich es mit Nachgiebigkeit und Relaxation. Neuerlich eine Übertreibung. Nach diesen beiden Fehlschlägen bin ich dabei, in Menschlichkeit und Natürlichkeit, mit Wohlwollen und frei von persönlichen Vorurteilen, an der Erkenntnis und dadurch als Helfer zu arbeiten“ (ibid. 249), so das Eingangszitat *Ferenczis* in meinem kurzen Vortrag.

Ich hoffe, es ist deutlich geworden, dass die Probleme des richtigen Weges, Menschen zu helfen, heil zu werden, sich über die letzten Jahrzehnte nicht wesentlich verändert haben. *Ferenczi* hat als Schüler *Freuds* die Ursprünge modernen therapeutischen Handelns unmittelbar erlebt und gelernt und doch eine ganz eigenständige Richtung eingeschlagen, die wir besser kennen unter dem Begriff der ungarischen Schule und dessen Hauptvertreter und Schüler *Ferenczis* *Michael Balint* war, der von 1896 bis 1970 lebte und der uns namentlich bekannter ist als sein wichtiger Lehrer *Sandor Ferenczi*. Er bleibt weiterhin wegweisend für die Psychotherapie aller Orientierungen, weil er – wie wenige andere Autoren – ihre humanitäre Essenz und damit ihre implizite Ethik repräsentiert.

*Sandor Ferenczi* ging es in seiner Rolle und seiner Aufgabe als Arzt für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen um deren Versorgung und um die Sorge um diese Menschen. Insofern kann er auch unseren Anliegen um angemessene Behandlungen und Versorgung ein Vorbild sein in seiner Haltung.

Haltungsfragen sind damals wie heute die Triebfedern für ethisch und therapeutisch „richtiges“ Handeln. In der praktischen Arbeit kommen neben fachlichen

Theoriepositionen bei uns als Helfern *alltagstheoretische Annahmen zum Tragen*. Das gilt auch für die Klientinnen und Klienten. Wir fragen deshalb zunächst nach den „subjektiven Theorien“ des Gegenübers:

„Sollte man Menschen in Not und schwierigen Situationen beistehen? Wenn ja, warum, was sind die Motivationen?“ Diese Fragen erschließen die subjektiven Positionen. Alle, Helfer und Klienten, können sie sich vorlegen. Helfer sollten die „Warum Fragen“ bzw. gewonnene Antworten dann kritisch hinterfragen. Sie landen dabei immer bei ihrer Sozialisation, wie *Berger, Luckmann und Hurrelmann betonen* und der Frage, wie bin ich zu meiner Wertewelt gekommen und wie tragfähig ist sie, wie setze ich sie im Leben um und welche kritischen Dimensionen wären unter welchen theoretischen Perspektiven zu bedenken? In modernen Ansätzen sprechen wir von neuen Formen des Altruismus, des Einsatzes für andere.

2012 hat die CaSu ihre Fachtage unter das Thema des „Altruismus als die heilende Wirkung des Helfens“ gestellt. Wir haben dabei an Menschen gedacht, die wie mit dem Begriff des Altruismus in Verbindung bringen. Wir denken dann an ganz besonders edle, menschenfreundliche, friedliebende Menschen, die wir für ihr Handeln bewundern und die unseren ganzen Respekt verdienen. Uns fallen vielleicht Menschen ein wie Lorenz Werthmann, den Gründer der Caritas, oder Albert Schweitzer, das Vorbild der Kindertage der älteren Generation, oder an Mutter Theresa, die uns allen noch im Gedächtnis ist, oder an Martin Luther King, der die Welt veränderte, oder an Mahatma Gandhi mit seiner friedlichen Revolution, oder auch an den weniger bekannten Henry Dunant, den Gründer des Roten Kreuzes, vielleicht auch an Sandor Ferenczi, den ich eben erwähnt habe. Die Liste von Menschen dieser Art ist lang bis zurück zu Jesus von Nazareth, wie er uns überliefert ist.

Allen diesen Menschen gemeinsam ist das Eintreten für Menschenliebe, für Menschenrechte und für den Frieden. Und gerade diese Menschen haben tausende und Millionen in ihren Bann gezogen, sie haben Nacheiferer gefunden, die die Idee des Eintretens für den anderen zum Maßstab auch ihres eigenen Handelns gemacht haben. Die Friedensbewegungen aller Zeiten, die Menschenrechtsbewegungen aller Zeiten sind ohne solche Menschen überhaupt nicht denkbar, auch nicht das

ehrenamtliche Engagement in den Hilfeorganisationen, von der Caritas über die Malteser bis zum Roten Kreuz. Und sie alle sind entstanden in der Zeit Freuds, in der Zeit Ferenczis, in der Zeit Morenos – eine wahrhaft wichtige und weitreichende Zeit Anfang des vergangenen Jahrhunderts – geprägt von Kriegsleid, von Not und vom Aufbäumen gegen die Unmenschlichkeit.

Die Menschen, die wir mit dem Begriff des Altruismus verbinden, von Jesus von Nazareth bis zu Menschen heutiger Tage, haben die erlebten Schrecken in menschlichen und politischen Auseinandersetzungen, in Elend und Armut, besonders in den Kriegen, als Aufruf zum Handeln begriffen. Sie stellen an uns die Frage, was wir in einer Welt von Kriegen, Hungersnöten, Naturkatastrophen, Unrecht und Verelendung denn tun müssen als Mitmenschen, als Mitbürger, als sozial und therapeutisch Tätige. Welche Werte müssen wir vertreten?

Altruismus ist mitmenschliche Praxis der Hilfeleistung, ist Eintreten für Menschenrecht, ist Friedensarbeit für den Frieden in der Welt und für die Friedfertigkeit, die ich lebe. Qualitäten der Mitmenschlichkeit wie Trost, Mitgefühl, Empathie, Sympathie und helfendes Engagement werden mehr und mehr in ihrer Bedeutung für das menschliche Wohlbefinden erkannt. Joachim Bauer mit seinem Buch „Prinzip Menschlichkeit“ oder Frans des Waal mit seinem „Prinzip Empathie“ sind nur einige Beispiele aus der neueren Literatur.

Ganz „konservativ“ richten wir uns an einem moralisch-normativen Altruismus aus. Wir haben allgemein dafür die *Kantsche* Position des „kategorischen Imperativs“ als Präferenz gewählt, der den vernunftgeleiteten Menschen als *selbstgesetzgebend* sieht, wodurch er *Würde* besitzt, *der ein Zweck an sich* ist und der mit seinen auf das Ganze der Menschheit gerichteten Handlungsmaximen sein Handeln begründen kann. Daraus ist ein Einsatz für die Würde des Mitsubjektes, und damit zur Sicherung der eigenen Würde, stringent und vernünftig abzuleiten. Ein moralischer Altruist handelt demnach prinzipiengleitet altruistisch. Dabei steht für uns noch die antike, vor allem stoische Doppelverpflichtung zur *Selbstsorge* und *Gemeinwohlsorge* im Hintergrund, wie sie sich etwa bei *Marc Aurel, dem berühmten römischen Kaiser* findet.



Oder:

Wir richten uns weiterhin aus an der sozialstaatlichen Verpflichtung zu solidarischer Hilfe und der grundrechtlichen Zusicherung: „Jeder hat das *Recht auf Leben* und körperliche Unversehrtheit“, wie es im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland, Art. 2 Abs. 2 zu lesen ist

Oder:

Wir orientieren uns an einem pragmatischen, humanistischen Meliorismus, also an einer allgemeinen Verbesserung der Lebensumstände um des Menschen willen. Wo kämen wir hin, wenn wir nicht füreinander eintreten und für Sicherheit und eine Verbesserung der Verhältnisse eintreten würden? Eine solche Position finden wir verbreitet wieder. Als Erklärungshintergrund nehmen wir eine evolutionäre Logik an: Überleben war nur als Gemeinschaft möglich. Wir nehmen weiterhin eine kulturelle Logik der Werteentwicklung an, wie sie in den Menschenrechten, in Grund- und Völkerrecht Ausdruck gefunden hat, so dass wir mit Petzold definieren könnten:

*"Altruismus ist die ... Entscheidung zu einem solidarischen Eintreten für Menschen in Not - ungeachtet ihrer Herkunft- , um ihnen in Gefahr, Notlagen und Elend zu helfen, weil man das als menschenwürdig und gerecht ansieht und durch solche prinzipielle Hilfeverpflichtung auch für sich selbst in Notsituationen Beistand erwarten darf. Damit sind Selbstsorge und Sorge für den Anderen in engagierter Praxis verbunden." So hat Petzold es vor einigen Jahren formuliert, der gerade heute seinen 70. Geburtstag begeht.*

Eine solche Position ist breit legitimiert und für den Bereich psychosozialer und klinischer Arbeit gut generalisierbar. Hier wird die Qualität einer „**Ethik des Mitmenschlichen**“ vermittelt.

Ethik erweist sich aber nicht nur auf der Ebene der *Pflichten*, ethisch zu handeln, sondern auch auf der Ebene von *Rechten*, nämlich **ethisch behandelt zu werden** und diese Rechte auch einzufordern und in Anspruch zu nehmen. Beides – Rechte und Pflichten – konvergieren im Konzept der **Würde**. Diese wiederum erfordert die Gewährleistung von **Integrität**, eine Verpflichtung, die sich jeder Gesellschaft einem jeden ihrer Mitglieder stellt. Diese sind „mündige Bürger“ oder – sofern sie diese

Mündigkeit verlieren durch Unfall, Altersdemenz etc. – schutzbefohlene Mitglieder der Solidargemeinschaft. In den Populationen, mit denen wir es in der niedrigschwelligen Arbeit zu tun haben, finden sich viele Menschen in Notlagen, die unser ganzes Eintreten im ethischen Sinne fordern. Und diese Ethik lässt sich an vier Kriterien messen, wie sie von Andreas Hecht, Hilarion Petzold und mir beschrieben wurden in einem leider bisher noch nicht veröffentlichten Aufsatz:

Professionelle Arbeit im niedrigschwelligen Bereich muss vom **Dignitätskriterium** eines grundsätzlichen Respekts vor der **WÜRDE** des Gegenübers getragen sein;  
Sie muss weiterhin vom **Integritätskriterium** einer grundsätzlichen Sorge um die **INTEGRITÄT** des Anderen getragen sein, wozu auch der Respekt vor den Entscheidungen seines freien Willens gehört,  
Sie muss auch vom **Realitätskriterium** einer realistischen, fachlich fundierten Einschätzung seiner **REALITÄT** getragen sein, auch wenn der Mensch im Delir, in einer schweren Intoxikation oder in einer floriden Psychose mit uns in Kontakt tritt,  
Sie muss auch vom **Adjutorialkriterium** getragen sein, die uns zur **HILFELEISTUNG** verpflichtet, die vorrangig die drohenden Schaden abwenden oder bei eingetretenem Schaden für die richtigen Maßnahmen Sorge tragen muss.

Mit diesen Kriterien wird ein kategorialer Rahmen geboten, der ethisch, juristisch und klinisch tragfähig ist und der für die Arbeit mit Menschen in prekären Lebenslagen wichtige Orientierung bietet – von Ferenczi bis heute.

Die klinische Sozialarbeit, eine neuere Entwicklung der letzten Jahre, greift diese Gedanken und Haltungen in überzeugender Weise auf:

Sie ist nicht – um Missverständnissen vorzubeugen – eine grundständige Sozialarbeit in einer Klinik, auch keine Rehaberatung im stationären Setting, sondern mit dem Begriff der Klinischen Sozialarbeit meinen wir seit einigen Jahren die direkte Arbeit mit Klientinnen und Klienten und deren spezifischer Lebenslage, wir meinen die Bearbeitung von schwierigen sozialen, bio-sozialen und psycho-sozialen Störungen und Problemen, auch die Sozialarbeiterische Behandlungen bei psychischen, somatischen, akuten und chronifizierten Erkrankungen mit

bedeutsamen sozialen Implikationen und schließlich die Gesundheitsarbeit mit intensiver Einbeziehung des sozialen Kontextes.

Sie richtet sich hauptsächlich an schwer erreichbare Problem-Gruppen, an gesundheitlich schwer beeinträchtigte Menschen mit hohem Mortalitätsrisiko, die den Auswirkungen der „Szene“ mit ihren Demoralisierung ausgesetzt sind, die psychosozial verelenden durch das Fehlen geeigneter Therapie- und Hilfeangebote, von geeignetem Wohnraum, von Arbeitsmöglichkeiten, wodurch dann Obdachlosigkeit, Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Notprostitution, Gewalt und Kriminalität gefördert werden. Sie richtet sich an Menschen in Prostitution und Kriminalität aus materiellen und psychosozialen Notlagen, an Menschen mit hohem Infektionsrisiko für diverse Erkrankungen und an Menschen mit psychischen Erkrankungen durch das Leben in der Szene, durch depressive Reaktionen, durch Suizidalität und psychotische Dekompensation.

Und gerade hier entfaltet die Klinische Sozialarbeit ihre besonderen Stärken:

Die grundständige sozialarbeiterische Ausrichtung verschafft Alltagsnähe, sie fördert den Erhalt des psychosozialen Funktionsniveaus und verhindert die Psychologisierung der Problemlagen – oder versöhnlicher ausgedrückt: Psychologische Konzepte entfalten in Bezug auf die alltägliche Lebensbewältigung durch die klinische Sozialarbeit erst ihre volle Brauchbarkeit.

Je schwerer und chronischer die Störung ist, desto wichtiger sind der Erhalt des Funktionsniveaus und der psychosoziale Alltagsbezug – das sind sehr eindrückliche Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung bis hin zu George Bonanno, der in seinem Buch „Die andere Seite der Trauer“ überzeugend darlegen konnte, dass gerade bei traumatisierten Menschen der psychosoziale Alltagsbezug wirksamer und nachweisbarer zur Bewältigung beiträgt als eine fragwürdige Traumatherapie, die es leider sehr verbreitet gibt. Dass Bonanno sich ähnlichen Angriffen seiner Kollegen ausgesetzt sieht wie Ferenczi zu seiner Zeit, wundert nicht wirklich.

Klinische Sozialarbeit – das ist ihr Wesen - basiert auf einer grundsätzlichen sozialarbeiterischen Ausrichtung der „Hilfe für Menschen in schwierigen Lebenslagen“. Im Focus stehen nicht intrapsychische Konflikte, sondern die soziale Situation im Sinne der praktischen Lebensbewältigung. An Stelle der „Arbeit am

Selbstwertgefühl“ geht es um Klärung der beruflichen und sozialen Situation in Partnerschaft, in der Familie, im sozialen Netzwerk.

Dario Deloie nennt die klinische Sozialarbeit folgerichtig eine „soziale Psychotherapie“.

„Klinische Sozialarbeiter arbeiten mit den Patienten, mit denen kein Psychotherapeut, ob ärztlich oder psychologisch, arbeiten will“, sagt Martin Wallroth und stellt damit wieder – ob bewusst oder nicht – den Bogen her zu Sandor Ferenczi.

Ich bin sehr froh, dass die Diözesan-Arbeitsgemeinschaft Sucht in Köln noch in diesem Jahr am 4. und 5. Dezember eine Fachtagung zum Thema der Klinischen Sozialarbeit in der Suchthilfe durchführen wird, und zwar im Alexius- und Josefkrankenhaus in Neuß. Und viele, die in der Klinischen Sozialarbeit eine wichtige Rolle spielen, machen mit: neben Dario Deloie und Martin Wallroth auch Silke Gahleitner und Peter Patucek und einige mehr. Die Vorankündigung müsste in den nächsten Tagen an Sie geschickt werden. 4. und 5. Dezember in Neuß.

Es war mir ein großes Anliegen, im helfenden Handeln die ethischen Positionen zu betonen, die wir als CaSu auch und vor allem aus unserer christlichen Überzeugung herleiten. Und was böte sich da besser an, als zum Schluss ein Zitat unseres Papstes aus seiner ersten Lehrschrift „*evangelii gaudium*“ zu zitieren:

„Es ist unerlässlich, neuen Formen von Armut und Hinfälligkeit – den Obdachlosen, den Drogenabhängigen, den Flüchtlingen, den eingeborenen Bevölkerungen, den immer mehr vereinsamten und verlassenem alten Menschen und anderen – unsere Aufmerksamkeit zu widmen. Die Würde jedes Menschen und das Gemeinwohl sind Fragen, die die gesamte Wirtschaftspolitik strukturieren müssten, doch manchmal scheinen sie von außen hinzugefügte Anhänge zu sein, um eine politische Rede zu vervollständigen, ohne Perspektiven oder Programme für eine wirklich ganzheitliche Entwicklung. Wie viele Worte sind diesem System unbequem geworden! Es ist lästig, wenn man von Ethik spricht, es ist lästig, dass man von weltweiter Solidarität spricht, es ist lästig, wenn man von einer gerechten Verteilung der Güter spricht, es ist lästig, wenn man davon spricht, die Arbeitsplätze zu verteidigen, es ist lästig, wenn man von der Würde der Schwachen spricht, es ist lästig, wenn man von einem Gott spricht, der einen Einsatz für die Gerechtigkeit fordert.“ (Papst Franziskus)

Ich danke Ihnen sehr für Ihre Aufmerksamkeit