

Christian Wetschka

## **Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe?**

### **I. Einführung: Wohnungslose zwischen Krankenhaus und Heim**

Wohnungslose Suchtkranke gehörten immer schon zu den Herausforderungen der Suchtmedizin und der Sozialarbeit. Auch wenn sowohl von PraktikerInnen als auch von TheoretikerInnen der Sozialmedizin und Sozialarbeitswissenschaft immerzu betont wird, wie wichtig die Kooperation von Medizin und Sozialarbeit sei, scheitern die Systeme und in ihnen die Menschen. Geradezu paradigmatisch lässt sich anhand der Nichtkooperation dieser Systeme das Scheitern von PatientInnen und HelferInnen studieren. Immer schon und immer noch gibt es die DrehtürpatientInnen, die zwischen den Hilfesystemen hin- und hergeschoben werden: einmal als Patient im Krankenhaus, dann wieder als Klient im Wohnheim oder anderen Versorgungseinrichtungen. Funktionierende „Verbundsysteme“ bleiben ein Desideratum – nicht erst seit der Psychiatriereform vor rund 30 Jahren, aber durchaus als Hypothek aus dieser einschneidenden Umstrukturierung. Kritisch muss gefragt werden, ob solche Nicht-Kooperationen, oft als „Schnittstellenproblematik“ bezeichnet, nicht auch die Funktion von unreflektierten Selektionsmechanismen haben.

In der Therapie Suchtkranker (Alkoholiker sowie Drogenabhängiger) hat sich das Prinzip der therapeutischen Wohngruppen bzw. Wohngemeinschaften, das sich in den 70er-Jahren von Amerika kommend in Europa etablierte, durchaus gehalten<sup>1</sup>. Wenngleich immer wieder hinterfragt, ob diese Form, die meist mit mehrmonatigen, quasi „stationären“ Therapieprogrammen einhergehen, in Relation zu den Kosten effizient seien. Dennoch lässt sich die zeitgeistige Euphorie, die in den 70er- und teilweise in den 80er-Jahren in Bezug auf kollektive Wohn- und Therapieformen herrschte (die Zeit der „Kommunen“), heute nicht mehr nachempfinden, und an deren Stelle ist längst die Forderung nach mehr Individualität getreten. Das Einzelzimmer, die eigene Wohnung, das individuell gestaltete Leben, möglichst unabhängig von anderen, hat als Ziel in der Suchttherapie (und in der Wohnungslosenhilfe sowieso) den höchsten Stellenwert errungen und wird in den Qualitätsstandards der Anbieter auch festgeschrieben. In der Tat wollen wenige wohnungslose bzw. suchtkranke

---

<sup>1</sup> Petzold 1974

Menschen in Gemeinschaftsformen Therapie erfahren, geschweige denn in Wohngemeinschaften auf Dauer leben.

Vermehrt wird in den letzten Jahren in Europa die Debatte über „Treatment first“ oder „Housing first“ geführt, die auf das Konzept des New Yorkers Sam Tsemberis zurückgeht und eine sofortige Unterbringung von Obdachlosen ohne Behandlungs- und Betreuungserfordernisse umsetzt<sup>2</sup>. Der „Housing first“-Ansatz wurde vielfach untersucht und weist gegenüber dem „Treatment first“-Ansatz, der die Vergabe einer Wohnung an Betreuungs- oder Behandlungsvorgaben knüpft, bessere Werte auf verschiedenen Ebenen auf. So behalten ca. 80 % der im Housing first-Paradigma Untergebrachten die Wohnungen, während es im „Treatment first“-Ansatz nur 30 % sind. Da der „Housing first“-Ansatz laut Studien auch billiger als der „Treatment first“-Ansatz ist, liegt es nahe, dass dieser Zugang nunmehr auch auf EU-Ebene breit diskutiert wird<sup>3</sup>, wenngleich fraglich ist, inwiefern die amerikanischen Ergebnisse sich auf europäische Verhältnisse übertragen lassen, zumal es dort bereits eine Vielzahl von differenzierten und etablierten Wohnungslosenprojekten gibt.

Auf der anderen Seite steigt die Anzahl von psychisch kranken Klienten in der Wohnungslosenhilfe, darunter die Substanzmissbraucher an erster Stelle. Bei einer sehr großen Gruppe von Menschen, die aus der Psychiatrie kommen und in der Lebensgestaltung extramurale Betreuung bzw. Unterstützung brauchen, ist die Wohnfähigkeit in den Einzelwohnungen auf lange Sicht fraglich, wenn überhaupt (noch) gegeben. Das sozialpädagogische Konzept des „Wohnenlernens“, auf das in den 80er- und 90er-Jahren in den Konzepten der Wohnungsloseneinrichtungen noch mit einigem Optimismus vertraut wurde, wird mittlerweile kritisch gesehen. Vielfach ist man dazu übergegangen, Heime („Sozial betreute Wohnheime“ heißen sie z.B. in Wien) zu schaffen, in denen diese Menschen mit einem Minimum an Betreuung unbegrenzte Zeit verweilen können. Auch wenn man sich sehr bemüht, den Charakter von „Heimen“ aus früheren Zeiten tunlichst zu vermeiden, herrscht in diesen meist sehr großen Häusern eine ähnlich dramatische Vereinsamung der Menschen wie in der übrigen Gesellschaft, in der sozial Schwache und kranke Menschen zunehmend isoliert sind, nur dass die Menschen in diesen Heimen „Klienten“ sind. Die Sehnsucht nach Familie, Partnerschaft und Teilhabe am „Leben draußen“ bleibt, wie viele Bedürfnisse in diesen Einrichtungen, weitgehend unerfüllt.

Das Leben in solchen Einrichtungen ist schwierig, weil es für viele letztlich ein Abgeschobensein ohne Aussicht auf irgendeine Veränderung bedeutet. Für obdachlose Suchtkranke ist das Leben in solchen Heimen, in denen zwischen 60 – 80 % der Betroffenen alkoholkrank sind oder zumindest Alkoholmissbrauch

<sup>2</sup> Tsemberis et. al. 2004

<sup>3</sup> Busch-Geertsema 2010

betreiben, im Regelfall nur mit Substanzkonsum erträglich. Ein abstinentes Leben, das in den Entwöhnungstherapien angestrebt wird, ist dort aufgrund des ständigen Kontakts mit anderen Alkoholkonsumenten (die Kantine, in der Alkohol billig erworben werden kann, ist oft im Haus) nicht möglich. Die Ansicht, dass alkoholranke Wohnungslose zu wenig *Motivation* hätten, mit dem Trinken aufzuhören oder gar, dass sie überhaupt nicht imstande wären, ohne Alkohol zu leben, ist faktisch und wissenschaftlich gesehen falsch, zumal wir über zahlreiche Belege über Totalremissionen unter Typ IV-Alkoholkranken verfügen und die hohe Zahl der TherapiepatientInnen auch in dieser Gruppe die Abstinenzmotivation belegen. Allerdings scheinen die Umgebungsfaktoren für die Verläufe wichtiger zu sein als begleitende Therapien oder Beratung.

In diesem Spannungsfeld zwischen der Alkoholkrankheit einerseits und der Unterbringung und Versorgung von wohnungslosen Menschen andererseits, stellt sich die Frage, welche Lebensform jene ist, die den Betroffenen wieder mehr Autonomie und Lebenszufriedenheit gibt und es ihnen auch ermöglicht, jenen Spielraum zu nutzen, den viele ja doch haben, um ev. auch ganz ohne Alkohol zu leben.

In zwei Wohngemeinschaften für Alkoholranke in Wien haben wir zum einen versucht, eine Alternative zu den Einzelwohnungen, in denen Alkoholranke vereinsamen und erst recht in die Gasthäuser getrieben werden, anzubieten, und zum anderen eine gemeinschaftliche Lebensform zu begründen, die sich qualitativ von jenen der üblichen Heime abhebt. Ausgehend von den Erfahrungen in der Wohnungslosenhilfe in Heimen stand uns das Ideal einer „familienartigen Gemeinschaft“ vor Augen, als wir im Jahr 2006 die Wohngemeinschaft I starteten, eine zweite Wohngemeinschaft entstand im Sommer 2010. Sowohl die Erfahrungen aus den Wohnungslosenheimen als auch die Ansätze aus dem „Housing-First“-Ansatz kommen in diesen Projekten zur Anwendung. Die Erfahrungen aus diesen Gemeinschaften sollen in diesem Artikel dargestellt und reflektiert werden.

## **II. Alkoholkrankheit und „Obdachlosigkeit“, Komorbidität und Typologie**

Die Annahme einer einheitlichen Krankheitskategorie „Alkoholabhängigkeit“ ist falsch und bereitet in der psychosozialen Praxis erhebliche Schwierigkeiten, zumal sich mit der falschen nosologischen/diagnostischen Annahme auch therapeutische Monokulturen herausbilden. Um der Heterogenität des Krankheitsbildes wissenschaftlich gerecht zu werden, kommen in Forschung und Diagnostik Typologien der Alkoholabhängigkeit zur Anwendung. Während die frühe Typologie von Jellinek aus den 1960er-Jahren mittlerweile als überholt gilt, werden heute vor allem die Typologien von Cloninger, Schuckit & Babor (mit jeweils zwei Unterformen) und jene von Del Boca, Hesselbrock & Lesch (mit

jeweils vier Unterformen) angewendet<sup>4</sup>. In unseren Wohngemeinschaftsprojekten in Wien arbeiten wir mit der Typologie nach Lesch, die sowohl in der biologischen Forschung als auch in der psychosozialen Praxis zu stabilen Ergebnissen führt<sup>5</sup>.

Die vier Typen in der Lesch-Typologie ergeben sich aus einer Analyse von Langzeitverläufen, die mit Ergebnissen aus der biologischen Forschung assoziiert werden konnten. Sie entsprechen weitgehend auch dem Schweregrad der Suchterkrankung hinsichtlich Vorschädigung, Folgeschäden, Rückfälligkeit und Lebenserwartung. Bei Typ IV-Abhängigen<sup>6</sup> lassen sich die Bedingungen der Suchtentwicklung meist schon in der Kindheit feststellen, oft finden sich Gehirnschädigungen (z.B. Entzündungen, Unfälle mit längerer Bewusstlosigkeit), Komplikationen vor oder bei der Geburt, frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten, soziale Deprivation („broken home“), Leistungseinschränkungen mit Problemen in der Schule, häufig auch präfrontale Defekte (entweder konstitutiv gegebene oder durch Alkohol erworbene) mit Defiziten in der Selbstregulierungsfähigkeit (Exekutivfunktionen) im Sinne eines „Frontalhirnsyndroms“<sup>7</sup>. In der Praxis finden sich in dieser Gruppe auch häufig posttraumatische Belastungsstörungen, die oft schlecht exploriert werden<sup>8</sup>.

#### **Typ IV-Alkoholabhängige (nach Lesch):**

- Untergruppe mit den meisten Vorschäden
  - Epilepsie, SHT, Geburtsschäden, Persönlichkeitsstörungen
- Schlechteste schulische u. berufliche Ausbildung
- Untergruppe mit den schwersten Folgeschäden
- Wohnungslosigkeit, Heimvergangenheit, Haft
- Häufigste Krankenhausaufnahmen
- Kein tragfähiges soziales Netzwerk (höchst defizientes „soziales Atom“)
- Höchste Sterblichkeit

Insbesondere im Bereich der Arbeit mit suchtkranken Wohnungslosen muss der Fokus auf der z. T. sehr hohen Komorbidität liegen. Allgemein wird die

<sup>4</sup> Lesch & Soyka 2004, Lesch, Walter & Wetschka 2009, Lesch, Walter, Wetschka, Hesselbrock & Hesselbrock 2010, Cardoso 2004, Cloninger 1981, Windle & Scheidt 2004.

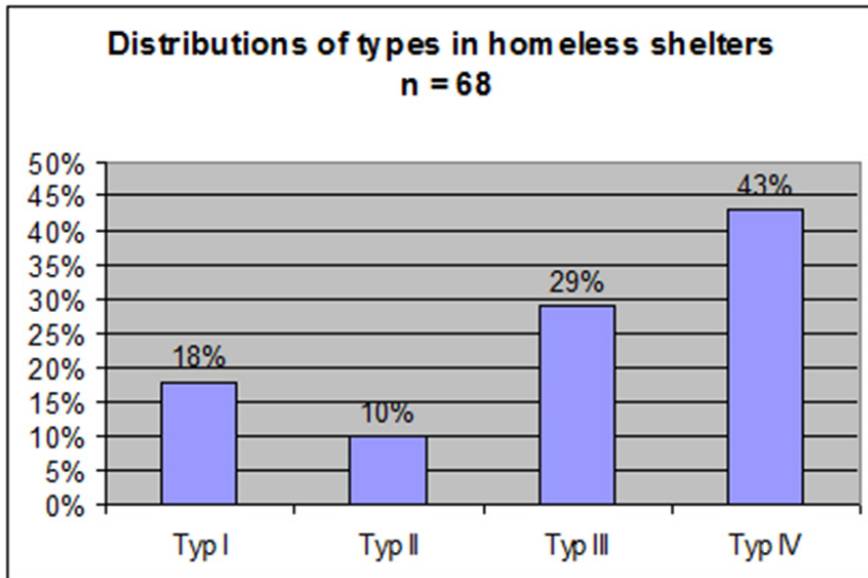
<sup>5</sup> Das Diagnose-Manual für die Typologie nach Lesch ist unter [www.lar-online.at](http://www.lar-online.at) abrufbar.

<sup>6</sup> In Deutschland wird diese Gruppe mit dem Label der Chronisch Mehrfach geschädigten Alkoholabhängigen – CMA umschrieben. Siehe Hilge 1998

<sup>7</sup> Zago-Gomes Mdp & Nakamura-Palacios EM 2009

<sup>8</sup> Hellmer 2009

psychiatrische Komorbidität bei Alkoholabhängigen mit ca. 60 % angenommen<sup>9</sup>, im Bereich der sozialen Randgruppen ist sie um ein Drittel höher anzusetzen. Die exemplarischen Langzeitstudien von Fichter & Quadflieg<sup>10</sup> in München ergeben, dass 93,2% der Wohnungslosen eine psychiatrische Basisstörung (Achse I-Diagnose nach DSM IV) aufweisen. Im Vergleich mit der Normalbevölkerung ist die psychiatrische Komorbidität 2,4-mal höher, wobei das Auftreten der psychischen Auffälligkeit meist vor Beginn der Obdachlosigkeit liegt.



In Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder im forensischen Bereich<sup>11</sup> finden sich überwiegend die Subtypen mit den schlechteren Verläufen, also Typ III- und Typ IV-Abhängige nach Lesch<sup>12</sup>; In unseren beiden Wohnprojekten in Wien betreuen wir vorwiegend Typ IV-Alkoholranke.

### III. Social Attachment und Sucht

Auch wenn soziale Faktoren in der Entwicklung von Suchterkrankungen bereits in den meisten Konzepten Berücksichtigung finden, ist eine Neubewertung der Zusammenhänge aufgrund der neurowissenschaftlichen Erkenntnisse aus den letzten zwei Jahrzehnten überfällig. Einerseits sind die sozialen Bedingungen in der Entstehung von Abhängigkeiten in vielen Fällen (Untergruppen) höher

<sup>9</sup> Körkel J. 1999

<sup>10</sup> Fichter et. al. 1997 & 2001

<sup>11</sup> König et. al. 1999

<sup>12</sup> Lesch, Walter, Wetschka, Hesselbrock & Hesselbrock 2010

zu bewerten, andererseits sind die therapeutischen Möglichkeiten durch soziale Affizierung (Integration) zu wenig genutzt und verstanden, wenn gleich seit den 1970er-Jahren die Netzwerkforschung umfassendes Material vorlegt, das herausstellt, dass das soziale Netzwerk von psychisch Kranken den Verlauf der Krankheit und auch den Erfolg von Psychotherapien signifikant beeinflusst<sup>13</sup>.

Die Fülle von parallelen Erkenntnissen aus den Neurowissenschaften und den Sozialwissenschaften ist noch nicht systematisiert, lässt aber einen Paradigmenwechsel erahnen.

## 1. Soziologie und Humanökologie

Aus der Soziologie sind die Zusammenhänge von Krankheit und dem sozioökonomischen Status (Armutsforschung) hinlänglich bekannt<sup>14</sup>, diese gelten auch für Suchterkrankungen. Diese Ergebnisse werden neurowissenschaftlich gestützt. Mangelnde soziale Integration ist einer der Hauptfaktoren für die Entwicklung von Anpassungsstörungen. Naomi Eisenberger<sup>15</sup> und Mitarbeiter konnten zeigen, dass in Situationen von sozialer Ausgrenzung - dazu gehören letztlich auch anhaltende Erfahrungen von Ungerechtigkeit, Mobbing, Obdachlosigkeit, fehlende Arbeitsplätze usw. – im Gehirn die gleichen Zentren aktiviert werden, die auch bei der Erfahrung von körperlichem Schmerz aktiviert werden (der *Anteriore Cinguläre Cortex* – ACC - und der rechte *Ventrale Präfrontale Cortex* - RVPFC). Dieses Faktum, das in der Fachwelt auf breiter Basis diskutiert wurde<sup>16</sup>, deutet darauf hin, dass die Verknüpfung von physischem und sozialem Schmerz eine zentrale evolutionäre Errungenschaft zur Sicherung des Überlebens darstellt<sup>17</sup>. Soziale Desintegration – im persönlichen Umfeld sowie im gesellschaftlichen Kontext – bedeutet für das Individuum Stress und führt zu biopsychosozialen Störungen, dazu gehören auch das Ansteigen von Auto- und Fremdaggression. Soziale Desintegration ist somit ein wesentlicher Faktor in der Genese von Suchterkrankungen. Die Einsamkeitsforschung, allen voran die Arbeitsgruppe um J. T. Cacioppo, konnte in den letzten Jahren diese Aussagen mit einer Reihe von Daten stützen<sup>18</sup>. Die Humanökologie<sup>19</sup>, die sich mit den für den Homo sapiens gegebenen und aus seiner Natur geforderten Umwelt-Bedingungen auseinandersetzt, stellt heraus, dass der Mensch über 80 Millionen Jahre in Stämmen gelebt hat, also in intergenerationellen Gruppen von 30 – 50 Personen und mehr, in denen die Dichte der sozialen Impulse (z. B. der Begegnungen im Laufe eines Tages) sehr hoch waren. Die radikale Vereinzelung

<sup>13</sup> Röhrle, Sommer 1998a, Herrle 1998

<sup>14</sup> Hurrelmann

<sup>15</sup> Eisenberger et. Al. 2003

<sup>16</sup> Bauer 2011

<sup>17</sup> MacDonald G, Leary MR 2005

<sup>18</sup> Cacioppo et. al. 2009, Ernst JM, Cacioppo JT 1999

<sup>19</sup> Mahdavi 2011

des Menschen in der modernen Welt, die der Natur des Menschen zuwiderläuft, könnte auch der Grund für zahlreiche Krankheiten sein.

## 2. Neurobiologie

Dass das Bedingungsgefüge von sozialen Fähigkeiten und Suchterkrankungen neurowissenschaftlich als eng verknüpft anzusehen ist, darauf weisen die Untersuchungen von Social Attachment- und Reward-Mechanismen bei verschiedenen Tierarten hin. Sucht und soziale Bindungsfähigkeit bilden sich neuronal in den selben limbischen und mesolimbischen Strukturen ab, eine Hypothese, die der amerikanische Neurobiologe Paul MacLean<sup>20</sup> bereits vor über 20 Jahren aufstellte und der Thomas R. Insel in einem beachteten Übersichtsartikel nachgeht, indem er die provokante Frage stellt: *Is social attachment an addictive disorder?*<sup>21</sup>

Konkret involviert in diesen Reward-Kreislauf sind die mesolimbischen Bereiche präfrontaler und cingulärer Cortex, Thalamus, Ventrales Pallidum, Nucleus accumbens und Ventrales Tegmentum. Relevant erscheinen vor allem die Daten zur dopaminergen mesocorticalen Aktivität in Bezug auf mütterliche Verhaltensweisen bei Ratten und Paarbindung bei monogamen Mäusen. Eine unbestritten bedeutende Rolle spielt weiters die Aktivierung der Neuropeptide Oxytocin und Vasopressin bei verschiedenen sozialen Prozessen (Wiedererkennung, Bindungsstabilität, Monogamie, Sexualität)<sup>22</sup>.

Alle diese Daten legen nahe, dass das Belohnungssystem des Gehirns (aller Säugetiere) primär auf die Förderung und Sicherung sozialer Bindung ausgerichtet ist<sup>23</sup>. Für die Evolution der Säugetiere scheint die Entwicklung von Kooperation, d. h. die Ausbildung sicherer Gemeinschaften, ein Überlebensvorteil gewesen zu sein, gewissermaßen als Weiterentwicklung des Prinzips „Survival of the fittest“. Damit wird deutlich, dass menschliche Motivation überhaupt prioritär sozial ist, d. h. der Herstellung und Sicherung sozialer Bindungen dient, also auch der Sicherung von Fortpflanzung, Überleben und Kultur (Optimierung von Umwelt). Was Gemeinschaft herstellt (Kontaktaufnahme, Kooperation, Beziehung/Bindung, Sexualität, usw.) und sichert (Errichtung bestimmter Lebensformen – z. B. Monogamie, Kunst, Religion, Politik - Konfliktbewältigung, Sicherung der Umweltbedingungen, usw.) geht einher mit Belohnung (Reward) durch Ausschüttung von Dopamin, Neuroendorphinen, Oxytocin, Vasopressin, u. a. Suchterkrankungen entstehen in diesem überlebenswichtigen und das gesamte Leben der Art durchformenden Motivationssystem und wirken sich daher

---

<sup>20</sup> MacLean 1990

<sup>21</sup> Insel 2003

<sup>22</sup> Young et. Al. 2001

<sup>23</sup> Bauer 2006 & 2011

langfristig auch deshalb in allen Lebensbereichen destruktiv aus. Erfasst man diesen Konnex von sozialem Motivationssystem und Suchterkrankung in seiner ganzen Bedeutung, so liegt es nahe, den sozialen Aspekt der Suchterkrankung höher zu bewerten: Sucht entsteht, wenn das soziale Motivationssystem Defekte aufweist, genauer: wenn das Motivationssystem nicht ausreichend Belohnung generiert.

Dass der Wirkungszusammenhang, den es therapeutisch zu nutzen gilt, bis in die Genetik und Epigenetik hineinreicht, etwa dass durch soziale Impulse Transkriptionsfaktoren aktiviert werden, die über die Auf- und Abschaltung von Genen entscheiden, ist längst belegt.

### **3. Eine erste Zusammenschau aus der Perspektive der Individualpsychologie und der Gestalttheorie**

#### ***3.1 Sucht als dysfunktionaler „Lebensplan“***

Die eben dargelegten Zusammenhänge mit ihren Bezügen aus Humanökologie, Soziologie und Neurobiologie werfen spätestens an dieser Stelle die Frage nach einem theoretischen Bezugsrahmen auf, in dem die Einzelbefunde zusammengeführt werden können. Dies gilt auch für die folgenden Hinweise zum „Social Repair“ und das Konzept des „Sozialen Atoms“. Von jeher gehört die Bestimmung des Menschen als „biopsychosoziales System“ zu den theoretischen Grundannahmen der Gestalttheorie (GT). Der Mensch wird als offenes System verstanden, das sich selbst in einem Feld aus sozialen, biologischen (physischen), psychischen Einflussgrößen konstituiert (aber auch historische, religiöse, örtliche, usw.) und sich im Rahmen dieses „Feldes“ neu zu strukturieren imstande ist. Dabei strebt das System „Ganzheit“ bzw. ein dynamisches „Gleichgewicht“ an und folgt in diesem Streben „Strukturgesetzen“, die sich nicht aus einzelnen Bestimmungsgrößen herleiten, sondern eben vom „Ganzen“<sup>24</sup>. Die Verwirklichung dieser Strukturgesetze zeigt sich u. a. in der Prägnanztendenz, dem Streben lebender Systeme nach „ausgezeichneten Endzuständen“ (Köhler, Metzger), vereinfacht ausgedrückt: die Tendenz des Ichs, die „Incompleteness of the ego“ (Koffka) auszugleichen. Von hier fällt der Brückenschlag zur historisch parallel zur GT entstandenen Individualpsychologie Alfred Adlers leicht, denn in auch deren Sichtweise folgt der Mensch einem finalen Prinzip, einer „Leitlinie“, einem „Lebensplan“ und verwirklicht in diesem Streben einen bestimmten „Lebensstil“, so einige der von Adler in seinen Schriften verwendeten Ausdrücke. Die Gemeinsamkeiten zwischen GT und Individualpsychologie sind tatsächlich

---

<sup>24</sup> Max Wertheimers Definition der Gestalttheorie: „Es gibt Zusammenhänge, bei denen nicht, was im Ganzen geschieht, sich daraus herleitet, wie die einzelnen Stücke sind und sich zusammensetzen, sondern umgekehrt, wo – im prägnanten Fall – sich das, was an einem Teil dieses Ganzen geschieht, bestimmt von inneren Strukturgesetzen dieses seines Ganzen... Gestalttheorie ist dieses, nichts mehr und nichts weniger.“ (Wertheimer 1925, zit. nach Stemberger S. 11)



aber weitaus konsistenter und vielschichtiger, worauf in der Literatur mehrfach hingewiesen wurde, (vor allem in der Rezeption der Individualpsychologie durch Wolfgang Metzger<sup>25</sup>). Für unser Thema maßgeblich ist die konstitutive Bedeutung der sozialen Gruppe, bzw. des „Gemeinschaftsgefühls“ für die Entwicklung des Menschen und seines Verhältnisses zur Welt, das die GT und die Individualpsychologie gleichermaßen als prioritär herausstellen. Das Gelingen menschlicher Existenz, psychische und körperliche Gesundheit hängen von der Qualität der Beziehungen ab. „Wirhaftigkeit“ (Künkel) und „Ichhaftigkeit“ bedingen sich gegenseitig, die Entwicklung des Ichs geschieht gewissermaßen *als* „Gruppendynamik“, darauf verweisen auch die bereits dargelegten Fakten der Neurobiologie. Wolfgang Metzger hebt in seiner Einleitung zu Adlers Spätwerk *Der Sinn des Lebens* drei existenzielle Grundbedingungen heraus, und diese sind primär „sozial“:

„Dieser Sinn des Lebens ist deshalb ‚wahr‘, weil der Mensch nicht zum Einzelgänger geschaffen ist. Er kann *erstens* nur in der Gruppe oder überhaupt nicht existieren. (...) Der Mensch benötigt, *zweitens*, zur Sicherung seines Lebensunterhalts, und um diese Welt halbwegs wohnlich zu machen, auch allerlei Nöte und Gefahren abzuwenden, die *Zusammenarbeit*, die Arbeitsteilung, und das heißt auch, die Organisation und Leitung der Arbeit. (...) *Drittens* beruht der Fortbestand der Menschheit auf ihrer Zweigeschlechtlichkeit. Sie beruht darauf, dass Männer und Frauen sich zusammentun, um Kinder zu erzeugen, und zusammenbleiben und sich vertragen und laufend verständigen, um diese Kinder großzuziehen. Damit sind die ‚drei Aufgaben‘ genannt, die jedem Menschen grundsätzlich gestellt sind, und die er nur gemeinsam mit anderen, als Teil eines Ganzen, einer Arbeitsgemeinschaft, eines Betriebs, einer Ehe, lösen kann. (...) Der ‚wahre‘ Sinn des Lebens lässt sich also nur in der Gemeinschaft, gemeinsam mit den anderen erfüllen. Um das ‚Ziel der Vollendung oder Vollkommenheit‘ zu erreichen, müssen daher bestimmte Eigenschaften und Haltungen der *einzelnen* in genügendem Maß verwirklicht sein: Der einzelne muss fähig und bereit sein, sich anderen ‚anzuschließen‘, ‚mitzuleben‘, Kamerad, Freund, ‚Mitspieler‘ zu sein. Er muss sich zum ‚richtigen Mitmenschen‘ entwickeln. Er muss Kooperationsfähigkeit und Neigung zur Mitarbeit, zur Übernahme von ‚Aufgaben zu zweit‘ oder zu mehreren besitzen. Er muss bereit sein, *auch* zum Nutzen *anderer* tätig zu werden, ohne ständig nach Gegenleistungen zu spielen. Das heißt, er muss ebenso an anderen wie an sich selber Interesse haben, ja sogar Interesse an der ‚Menschheit‘ und ihren Fragen. Dazu gehört Friedlichkeit, Einfügungsbereitschaft, Treue und Verlässlichkeit.“<sup>26</sup>

In der sozialen Verortung des Menschen, in der Entwicklung des „Gemeinschaftsgefühls“, das gemäß Adler auch den Aufbau von Empathie

<sup>25</sup> Vgl. dazu Soff & Ruh 1999

<sup>26</sup> Metzger, in: Adler 1973, 11 ff.

und Identifikation einschließt, entspringt folgerichtig auch, wie in diesem Zitat bereits erkennbar, die ethische Verantwortung des Menschen, sie ist zugleich auch therapeutisches und politisches „Programm“. Im Scheitern der Entwicklung des „Gemeinschaftsgefühls“ entstehen psychische Krankheiten, die Adler noch „Neurosen“ nennt, zumal das Ich ohne eine sichere Verortung in einem sozialen System Kompensationen für das quälende Gefühl der „Minderwertigkeit“ anstreben muss. Auch in dieser Hinsicht trifft sich die Individualpsychologie mit der GT. Einige Autoren erklären sogar die Entstehung von Psychosen durch die systemische Kompensation von Ich-System-Dysregulierungen, so sprechen etwa Wertheimer und Schulte vom „Surrogat-Gleichgewicht“ oder Levy vom „Ringern um ein neues Bezugssystem“<sup>27</sup>. In diesem Kontext stellt sich jegliche Suchterkrankung auch als der Versuch einer „Selbstheilung“ oder einer problematischen „Selbstregulierung“ dar. So werden, was die Typologien in den mit ihnen intendierten diagnostischen Differenzierungen allesamt herausstellen, z. B. Alkohol oder andere Suchtmittel in über 80 % der Fälle zur *Selbstbehandlung* von Ängsten, Spannungszuständen, Schlafstörungen, Depressionen oder den leidvollen Folgen sozialer Deprivation (Ausgrenzungserfahrungen, Einsamkeit, Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, Armut, etc.) konsumiert. Insbesondere für unsere Typ IV-Gruppe (nach Lesch) gilt, was Adler für die Entstehung aller Neurosen annimmt, nämlich die prägende Erfahrung von sozialer, psychischer, körperlicher „Minderwertigkeit“, die wir im Lichte der neurobiologischen Erkenntnisse als *chronische Schmerzerfahrungen* mit all ihren zerstörerischen Folgen verstehen müssen. Neurosen – und damit auch Suchterkrankungen – entstehen in individualpsychologischer Sicht als Reaktionen auf tiefgreifende existenzielle Entmutigungen gegenüber dem Leben, das therapeutische Programm hingegen besteht in der Ermutigung zum Leben, zum Selbst-Sein.

### ***3.2 Gestalttheorie und Neurowissenschaft***

Folgt man den neurowissenschaftlichen Diskursen der letzten 20 Jahre, so begegnet man sehr häufig Reduktionismen, in denen das Gehirn, losgelöst von Körper und Umwelt, lediglich als solipsistisches Organ quasi „für sich“ die „Außenwelt“ in sich konstruiert. Die cartesianische Trennung von Geist/Seele und Körper erlebt in diesen Debatten unbemerkt abenteuerliche Neuaufgaben. In diesem Kontext ist schwerlich nachvollziehbar, wie sich einzelwissenschaftliche Erkenntnisse, die hier in Zusammenhang mit der Gestalttheorie gebracht werden sollen, dem Anspruch einer Psychologie „vom Ganzen her“ gerecht werden sollen. Um diesen Hiatus zu bewältigen, muss die Neurowissenschaft als *systemischer* Diskurs entdeckt werden, der zunehmend Belege für die wechselseitige Beeinflussung aller Teile des *Systems Leben* bzw.

---

<sup>27</sup> Vgl. zum Fragekomplex Krankheitslehre und GT: Stemberger (Hrsg) 2002, ebenso Ruh 1996

des *Systems Mensch* beizubringen imstande ist. Allerdings braucht es dazu eine grundlegende Kritik der philosophischen und psychologischen Bezugssysteme (in diesem Zusammenhang muss auf das bahnbrechende Buch von Thomas Fuchs hingewiesen werden<sup>28</sup>). Fuchs selbst weist in seiner Darstellung immer wieder auch auf zentrale Thesen der Gestalttheorie hin, etwa wenn es um die systemischen Prozesse der Wechselseitigkeit zwischen Teilsystemen im Verhältnis zum übergeordneten „Ganzen“ (etwa Zelle versus Organismus geht):

„Die vertikale Ordnung lebendiger Systeme lässt sich als eine Hierarchie von Ebenen beschreiben, nämlich (1) der obersten Ebene des Organismus als ganzen, (2) der intermediären Ebene von Teilsystemen und Organen, (3) der basalen Ebene von Zellen (...). Noch darunter liegt (4) die elementare oder Mikroebene von materiellen Bestandteilen (Makromoleküle, Atome). Zwischen diesen Ebenen besteht jeweils die *Wechselbeziehung von Ganzem und Teilen* (...), und die sich auch als dynamische Ko-Emergenz bezeichnen lässt (Thompson 2007, 60). Der Organismus als ganzer und seine Komponenten (Organe, Zellen, usf.) bringen einander in einem fortwährenden Reproduktionsprozess wechselseitig hervor. Das Ganze ist ebenso die Bedingung seiner Teile, wie die Teile das Ganze ermöglichen. (...) Der strukturierende Einfluss, den ein lebendiges System auf seine Teile ausübt, lässt sich als *formierende* oder auch „*abwärts*“-Kausalität (*top down*-Kausalität) bezeichnen (...).“<sup>29</sup>

Die „*vertikale Zirkularität*“ innerhalb des Organismus ist verbunden mit einer „*horizontalen Zirkularität*“ zwischen Organismus und Umwelt, Fuchs fasst sie zusammen als „*integrale Zirkularität*“. Das Gehirn und der Körper des Menschen sind Teile eines „Feldes“, eines sich selbst regulierenden Systems – und nichts anderes postuliert auch die Gestalttheorie.

„Eine solche Struktur charakterisiert z. B. die Beziehungen zwischen den Genen und dem Organismus: Die genetische Struktur des Zellkerns steuert den erforderlichen Aufbau spezialisierter Zellorgane und –funktionen („aufwärts“). Umgekehrt bestimmen jedoch die gesamte Konfiguration und die Funktionen des Organismus mit, welche Gene der Einzelzelle überhaupt Relevanz für deren Entwicklung erhalten („abwärts“). Ebenso bedeutsam für die Genexpression sind die übergeordneten Interaktionen von Organismus und Umwelt; dies ist das Feld der gegenwärtig intensiv erforschten Epigenetik.“<sup>30</sup>

In diesem systemischen Kontext, der die „Komplementarität von Organismus und Umwelt“ als zwei Komponenten eines „übergreifenden Systems“ (Fuchs) begreift, ist nun die „soziale Umwelt“ im therapeutischen Kontext zu würdigen.

<sup>28</sup> Fuchs, T. (2013): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption.

<sup>29</sup> Fuchs 2013, S. 122

<sup>30</sup> Fuchs 2013, S. 124 f.

### 3.3. Social Death und Social Repair – Das Konzept des „Sozialen Atoms“

Jakob L. Moreno, Pionier der Sozialpsychologie und Gruppenpsychotherapie im 20. Jahrhundert, geht in seiner *Rollentheorie*<sup>31</sup> davon aus, dass sich die Identität des Menschen aus der Realisierung verschiedener Rollen konstituiert. Je mehr Rollen eine Person und je besser sie diese Rollen flexibel und spontan realisieren kann, umso widerstandsfähiger ist sie. Rollensouveränität ist ein Gradmesser für psychische Gesundheit. Die Fixierung auf bestimmte Rollen oder die Unfähigkeit, Rollen spontan zu kreieren, also ein eingeschränktes „Rollenrepertoire“ gehen einher mit einem schwachen „ICH“. Suchtkranke Menschen verfügen meist über wenige Rollen und sind durch die Fixierung auf die Substanz und das damit verbundene Umfeld in einem eingeschränkten Rollenkosmos gefangen. Es fällt ihnen im Laufe der Zeit auch schwer, mit Nicht-Süchtigen zu kommunizieren, sodass sie dazu tendieren, in die „süchtige Umwelt“ wie auf eine Bühne, auf der sie ihre bewährte Rolle spielen können, zurückzukehren.

Diese Zusammenhänge hat Moreno mit dem Konzept des „Sozialen Atoms“<sup>32</sup> dargestellt. Jeder Mensch *hat* und *ist* sein „Soziales Atom“. Er braucht eine Reihe von sehr nahen, nahen und weniger nahen Beziehungen, damit sich seine Identität verankern kann. Diese Beziehungen mögen positiv oder negativ sein, gewünscht oder nicht gewünscht, aber alle zusammen konstituieren sein ICH.

Das Soziale Atom ist die Gesamtheit aller Beziehungen eines Menschen (passiv und aktiv)<sup>33</sup>. Da das Soziale Atom vorwiegend aus lebenden Menschen besteht (daneben gibt es natürlich auch Beziehungen zu Verstorbenen, Idolen, Facebook-Bekanntem, usw.), verändert es sich im Laufe des Lebens. Menschen ziehen sich zurück, Kontakte gehen verloren, andere kommen neu hinzu. Zum einen sind alte Menschen, denen ihre Bezugspersonen wegsterben, von einer „Atrophie“ ihres Sozialen Atoms betroffen, zum anderen sind aber auch bestimmte soziale Gruppierungen betroffen, die aufgrund ihrer reduzierten Möglichkeiten über kein soziales Netzwerk verfügen, dies sind z. B. alleinerziehende Mütter, armutsgefährdete und arme Personen und überhaupt soziale Randgruppen<sup>34</sup>. Sozioökonomisch schwache Bevölkerungsgruppen haben auch weniger „Sozialkapital“. Suchtkranke Personen sind besonders von der Reduktion ihres Sozialen Atoms betroffen, vor allem wenn sie sich von ihrer angestammten

---

<sup>31</sup> Petzold 1982

<sup>32</sup> Moreno 1959 (1973), Mathias 1982

<sup>33</sup> Eine parallele Sichtweise, die für die Sozialarbeit und Psychotherapieforschung fruchtbar geworden ist, bietet die Netzwerkforschung bzw. Netzwerkkarten, die u. a. das soziale Netzwerk des Klienten/Patienten in „Netzwerkkarten“ analysiert. Vgl. z.B. Feineis 1998, Straus/Höfer 1998

<sup>34</sup> Es gibt in soziotherapeutischer Sichtweise so viele Parallelen zwischen alten und suchtkranken Menschen, dass es durchaus Sinn macht, Prinzipien und Erkenntnisse aus der Geragogik auch auf (ältere) suchtkranke Menschen anzuwenden. Petzolds Darstellung der Soziotherapie und Sozialgeragogik lassen sich mit Gewinn auf unsere Zielgruppe übertragen. Siehe dazu vor allem Petzold (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Teil 1. Insbesondere den Abschnitt: Soziotherapie – psychosoziale Hilfe – Sozialgeragogik. S. 263 – 366.

„süchtigen Welt“ trennen, wenn sie versuchen, ihr Leben zu verändern. Die wachsende gesellschaftliche Individualisierung und Anonymisierung wirkt sich in diesem Bereich verheerend aus, zumal es für Einzelpersonen sehr schwierig ist, fehlende soziale Kontakte zu ersetzen. Effiziente gesellschaftliche „Reparatur-Mechanismen“, das wären intakte verfügbare Kollektive (Kirchengemeinden, Gewerkschaftsverbände, Wandergruppen, Theatervereine, Sportvereine...) sterben aus, bzw. sind die Zugangsbedingungen für psychisch Kranke oder sozioökonomisch Benachteiligte zu hochschwellig.

Bereits 1947 hat Moreno<sup>35</sup> den Gedanken entwickelt, dass der Tod in erster Linie eine soziale Realität sei, dass der leibliche Tod gewissermaßen auch in Folge des Absterbens der sozialen Vernetzung einhergeht und zuerst der „social death“ eintritt, eine Überlegung, die von den bereits erwähnten neurobiologischen Ansätzen unterstützt wird.

Schwer durch Suchtkrankheit geschädigte und im Wohnungslosensystem verortete Personen (CMA, Typ IV-Patienten nach Lesch) gleichen in vieler Hinsicht alten Menschen mit atrophierten sozialen Atomen, d. h. äußerst defizienten sozialen Netzwerken. Aufgrund ihrer protrahierten Schädigungen benötigen sie oft pflegerische Unterstützung und sind auf Unterbringung in Heimen angewiesen („Sozial betreutes Wohnen“). Sie erleben genauso wie alte Menschen, die in Seniorenwohnheimen oder Pflegeheimen versorgt werden, einen radikalen Verlust ihrer sozialen Bedeutung, wobei sie ihr ganzes Leben vermutlich nie über ein stabiles soziales Netzwerk verfügt haben, aber an dieser letzten Station ihres Lebens, abgeschoben in ein 15 m<sup>2</sup>-Zimmer in einem Wohnheim für ehemals obdachlose Männer und Frauen, von denen viele trinken, wird ihnen ihr totales Alleingelassensein als unumkehrbar bewusst. Die in solchen Heimen angebotenen Freizeitangebote (Kartenrunden, Bastelrunden, Ausflüge, Besuchsdienste, usw.), die es sowohl im Bereich der Wohnungslosenhilfe als auch der Seniorenwohnheime gibt und oft von sehr liebenswürdigen und engagierten ehrenamtlichen MitarbeiterInnen angeboten werden, ändern in der Substanz wenig an dieser aussichtslosen Situation und führen zur bedingten „Altersdepression“ oder „induzierten Regression“. In Bezug auf die alkoholkranken Insassen ist zu hören, dass sie „es einfach nicht mehr schaffen, abstinent zu bleiben“. Viel wahrscheinlicher ist, dass sie nicht das „Abstinentbleiben“ nicht schaffen, sondern die Existenz in dieser Situation der sozialen Bedeutungslosigkeit und Sinnreduziertheit. Sie haben keine Aufgabe mehr auf der Welt, weil sie keine Gelegenheit mehr haben, dieser „Welt“ etwas zu geben.

Rosow<sup>36</sup> hat schon vor einigen Jahrzehnten die Nichtkompensierbarkeit der

---

<sup>35</sup> Moreno 1947

<sup>36</sup> Rosow 1977

Rollenverluste von alten Menschen in einer großen empirischen Untersuchung erhoben und fasst – prinzipiell immer noch gültig - zusammen:

„Es gibt keinen wirksamen Ersatz für den Verlust von irgendeiner wichtigen sozialen Rolle als eine von gleicher Bedeutsamkeit und vergleichbarem Wert. Aus diesem Grunde sind alle die Strategien gegen grundsätzlichen Statusverlust im Alter durch Golden Age Clubs oder die Verherrlichung der Muße im Alter und ähnliche Maßnahmen zum totalen Bankrott verurteilt. Sie mögen vorübergehende Erleichterung bieten, aber sie können Witwenschaft, Pensionierung, schlechte Gesundheit, hohe Abhängigkeit, niederes Einkommen und die sozialen Demütigungen des Alters niemals wirklich kompensieren. Eine Verbesserung der Situation, *ja*, wirkliche Wiederherstellung, *nein*.“

Es liegt auf der Hand, dass die Integration von Menschen in soziale Kollektive eine der effizienten Methoden von „Social Repair“ sein kann, wenn nicht sogar die einzig wirkliche Alternative zur kustodialen Versorgung von alten und/oder wohnungslosen, suchtkranken, behinderten Menschen. Nur lebendigen sozialen Wohn- und Lebensgemeinschaften ist die Wiedererlangung von sozialen Rollen und damit von Sinn und sozialer „Gesundheit“ überhaupt möglich. „Lebendig“ bedeutet, dass dies soziale Netzwerke sein müssen, in denen möglichst viele Bedeutungsräume bestehen müssen: Kontakt mit Kindern, mit Menschen, die erwerbstätig sind, mit Familien (also nicht nur „Randgruppen“ – es sollen also keine Ghettos geschaffen werden), Menschen aus anderen Kulturen, mit Haustieren, mit spirituellen und künstlerischen Erfahrungsräumen, Kontakt zur Natur (z. B. Garten), usw.

#### **IV. Wohngemeinschaften als therapeutische Methode?**

##### **1. „Reparatureinrichtung“ der Gesellschaft?**

Die Entwicklung von therapeutischen Wohngemeinschaften beruht auf verschiedenen historischen Traditionen<sup>37</sup>, die wichtigsten drei sind 1. die Tradition der christlichen Waisen- und Armenhäuser und deren Reformen (vor allem jener in humanistischer Tradition), 2. der Heime („Asyle“) für Nichtsesshafte (als Alternative für die Inhaftierung von Bettlern und Vagabunden) und 3. Heime für Alte und Kranke (z. B. für Schizophrene, Epileptiker, Siechenhäuser, usw.). In diesen Einrichtungen gab und gibt es immer wieder zahlreiche Reformbemühungen, das Leben gemeinschaftlich, quasi familiär zu organisieren, um die Lebensqualität der Insassen zu verbessern. Ende der 1960er-Jahre verband sich das Motiv der Versorgung von Randgruppen bzw. auf irgendeine Weise Bedürftigen mit der antiautoritären Bewegung, sodass Wohnkollektive, in denen das gemeinschaftliche Leben demokratisch

<sup>37</sup> Vgl. Vormann G., Heckmann W. 1980 und Petzold 2005/1980

organisiert wurde („Kommunen“) entstanden. Mit dieser Strömung verband sich folgerichtig der Bedarf an therapeutischen Einrichtungen, in denen quasi in einer „sekundären Familie“ Nachreifungs- und Reintegrationsprozesse initiiert werden konnten. Allen diesen Einrichtungen gemeinsam ist der Versuch, Defizite in der Anpassung an die gesellschaftliche Norm (Arbeitsfähigkeit, Selbständigkeit) auszugleichen, gleichzeitig wird die Gesellschaft durch diese „Reparaturfunktion“ entlastet. In diesen Einrichtungen entwickelten sich gleicherweise aber auch humanistische, antiautoritäre und demokratische Milieus, in denen die Integrität des Individuums und sein jeweiliges Potential gefördert wurden, sodass insbesondere die therapeutischen Wohngemeinschaften in mancher Hinsicht zu „Gegenwelten“ der kapitalistisch-konsumistischen Kultur wurden.

## **2. Therapeutische Wohngemeinschaft versus soziotherapeutische Wohn-Gemeinschaft**

Petzold<sup>38</sup> differenziert in seiner Übersichtsarbeit 5 Formen von Wohnkollektiven: Wohngemeinschaften, Wohngruppen, Therapeutische Gemeinschaften, Therapeutische Wohngemeinschaften und Therapeutische Wohngruppen. Im Unterschied zur Wohngruppe, die meist innerhalb von therapeutischen oder (sozial)pädagogischen Einrichtungen zustande kommt und in der die Bewohner zufällig zusammenkommen (meist zugewiesen werden), ist die Wohngemeinschaft gekennzeichnet von einem Interesse der Personen aneinander und einer Absicht, miteinander auf unbestimmte Zeit zu leben. Petzolds exakte Definition:

„Als Wohngemeinschaft kann der mittel- oder längerfristige Zusammenschluss mehrerer, in der Regel nicht verwandter Personen zu einer Form des Zusammenlebens angesehen werden, die mit einer gemeinsamen Wohnung als Basis den Charakter einer mehr oder weniger festen Lebensgemeinschaft angenommen hat. Die Wohngemeinschaft gründet in freier wechselseitiger Anziehung der in ihr Lebenden, gemeinsamer Interessenslage in wichtigen Bereichen des Lebens und geht zuweilen mit vollständigem oder teilweiseem Zusammenlegen der ökonomischen Ressourcen einher. Wohngemeinschaften haben keine therapeutische oder pädagogische Zielsetzung, womit nicht in Abrede gestellt werden soll, dass sie zum Teil therapeutische Effekte haben können.“ (Petzold 2005/1980)

Bei den anderen Formen tritt das therapeutische oder sozialpädagogische Moment stärker in den Vordergrund, von daher ist meist auch die Verweildauer der Klienten in den Wohnkollektiven zeitlich beschränkt. Nur bei Wohnprojekten, die aus Selbsthilfebewegungen hervorgegangen sind, findet sich zuweilen auch eine permanente Lebensgemeinschaft (z. B. bei Synanon), solche Projekte sind jedoch selten.

---

<sup>38</sup> Petzold 2005/1980

Die Einordnung der hier behandelten Wohngemeinschaften für Alkoholkrankte in Wien in dieses Schema ist nicht einfach, zumal das Ziel ist, dass eine reale Gemeinschaft entsteht, also eine „echte“, dauerhafte Lebensgemeinschaft, in der die „therapeutischen“ Ziele der Abstinenz und der Änderung des Lebensstils, das Abgehen von auto- und fremddestruktiven Verhaltensweisen usw. sich gleichsam „von selbst“ ergeben. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Aspekte eines stabilen Gemeinschaftslebens und die Umstrukturierung im Verhalten und Erleben der Suchtkranken unauflöslich miteinander verbunden sind, denn ein Gemeinschaftsleben mit praktizierter Sucht ist auf Dauer unmöglich, die Gemeinschaft würde diese Existenzbedrohung durch wiederholte Rückfälle nicht verkraften. Wenn die von Sucht Betroffenen das Leben in der Gemeinschaft, d. h. ihre Integration in die Gemeinschaft aufrechterhalten wollen, dann ist der Verzicht auf das Suchtmittel langfristig eine „logische“ Konsequenz. Insofern sind die Wiener Wohngemeinschaften keine therapeutischen im engeren Sinn (es fehlt auch die Einbeziehung von TherapeutInnen), in ihren Zielsetzungen jedoch sehr wohl. Wir schlagen als Erweiterung der Petzoldschen Begrifflichkeit vor, unsere Wohngemeinschaften vorläufig als „soziotherapeutische Wohngemeinschaften“ zu definieren, allerdings mit der Akzentuierung, dass das „therapeutische“ Element im Laufe des Prozesses aufgehoben wird durch das Prinzip einer aktiven und positiven Lebensgestaltung.

### **3. Psychotherapie und/oder Soziotherapie?**

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die verschiedenen Untergruppen von Alkoholkranken verschiedene therapeutische Strategien zur Stabilisierung oder Verbesserung ihres Krankheitsverlaufs erfordern. Die therapeutischen Instrumente und Methoden reichen von 39 Klinikaufenthalten und ambulanter Betreuung (inklusive typenspezifischer Medikation<sup>39</sup>), bzw. auch entsprechend rascher Krisenintervention über Psychotherapie, Psychoedukation bis hin zur Soziotherapie, Sozialarbeit, Besachwaltung, Unterbringung in spezifischen Einrichtungen, Selbsthilfegruppen, u. a. Eine typenspezifische Sichtweise macht aber auch deutlich, dass nicht jede Patientin und jeder Patient unbedingt Psychotherapie benötigt, bzw. auch nicht für jede Untergruppe z. B. Selbsthilfeangebote förderlich sind. Für die Typ IV Untergruppe sind vielfältige sozialtherapeutische Angebote zielführend, insofern diese den Alltag der Betroffenen strukturieren, Sicherheit geben und mit Sinn füllen. Soziotherapie richtet den Fokus auf drei wesentliche Säulen, die die psychosoziale Verfassung des Menschen überhaupt stabilisieren, zumal sie Schutz und Entlastung gewährleisten: die Sicherheit eines Wohnplatzes, den sicheren Platz in einer

---

<sup>39</sup> Zu unterscheiden sind hier die Entzugsmedikation, die Medikation zur Behandlung der Basiserkrankung (z.B. Antidepressiva, Phasenprophylaktika u.a.) sowie Medikamente zur Prophylaxe (Aversivmedikation, Anticraving-Substanzen).



stabilen Gemeinschaft und eine sinnvolle, sichere Beschäftigung. Wenn diese Rahmenbedingungen gesichert sind, können überhaupt erst weitere Lern- und Orientierungsprozesse in Gang kommen. Es versteht sich, dass die Organisation eines Wohnplatzes oder die Einkommensklärung z. B. nicht direkt in die Agenden der Psychotherapie fällt und soziotherapeutisches Arbeiten andere Prinzipien und Zugänge erfordert. Unsere Wohngemeinschaftsarbeit ist in einem soziotherapeutischen Sinn zu verstehen, indem wir ein Umfeld kreieren, in dem im Leben der Suchtkranken in einem längeren Prozess neue Strukturen entstehen können.

### ***3.1 Grundlegender Prozess: Von der Gruppe zur Gemeinschaft – Aufbau von „Gemeinschaftsgefühl“ oder die Gruppe als „psychologisches Methadon“***

In unserer Arbeit in Wien gehen wir davon aus, dass die Gemeinschaft und ihre Vollzüge (Selbstorganisation, gemeinsame Erfahrungen) das wirksame Agens sind, zumal der gemeinschaftsformende und –erhaltende Prozess selbst eine stark strukturierende Kraft in sich trägt. Dies ist durch die Einsichten der Neurowissenschaften und der Humanökologie bereits deutlich geworden: Das Motivationssystem des Gehirns ist auf die Schaffung und Sicherung von Gemeinschaft (Kooperation) ausgerichtet. In jenen Fällen, in denen diese archaischen Prozesse noch wirken, erreichen sie mitunter auch Personen, welche psychotherapeutische Methoden nur mehr schwer oder gar nicht erreichen (z. B. Typ IV-PatientInnen nach Lesch). Dieses Paradigma wird u. a. durch die Ergebnisse des CRA (Community Reinforcement Approach<sup>40</sup>), einem Ansatz, der das soziale Umfeld in die Therapie einbindet, oder durch die Langzeiteffekte in den Sober Living Houses<sup>41</sup> empirisch belegt.

Mit den Dauerwohngemeinschaften bieten wir Rahmenbedingungen an, in denen Gemeinschaften auf unbegrenzte Zeit entstehen können. Wie von Moreno, Perls, Iljine, Petzold und anderen gezeigt wurde, besteht die Möglichkeit, dass (Wohn-) Gruppen zu (therapeutischen) Gemeinschaften umgewandelt werden können, dass also aus zufällig zusammengestellten Kollektiven Kollektive mit größeren intragruppalen Bindungen und Motivationen werden. Der Prozess, der von der Gruppe zur Gemeinschaft führt, ist krisenhaft und langwierig und meist nicht ohne Ausfälle und Rückfälle. Meist klärt sich die Situation im Laufe der ersten 1,5 Jahre: jene, die tatsächlich in der Gemeinschaft leben wollen und dazu auch fähig sind bleiben, während die anderen aus verschiedenen Gründen „gehen“.

Mittelfristig tritt idealerweise der Fall ein, dass das Suchtmittel durch die Gruppenbindung ersetzt wird. Petzold beschreibt diesen Prozess:

---

<sup>40</sup> Lange et. al 2008

<sup>41</sup> Lapp WM et. al. 2011

„Die Bindung ist gleichzeitig der Garant, dass ein Rückfall ausgeschlossen wird. Gelingt die „Abhängigkeit von der Wohngemeinschaft“, so kann die Abhängigkeit von der Droge aufgegeben werden. Es findet eine Art „Suchttransfer“ von der Droge auf die Wohngemeinschaft statt. Für eine erfolgreiche Kur ist es deshalb entscheidend, ob in der ersten Stufe der therapeutischen Gemeinschaft ein solcher Transfer gelingt. Die Bindung an die Wohngemeinschaft folgt auf einem sehr basalen regressiven Niveau.“<sup>42</sup>

Auch wenn Petzold aus psychotherapeutischer Perspektive schreibt und hier die Ablösungsproblematik im Auge hat, so gesteht er manchen Suchtkranken zu, dass eine Lösung von der Gruppe, also vom „psychologischen Methadon“, nicht machbar ist:

„Ich bin mir durchaus bewusst, dass es Formen pathologischer Konfluenz<sup>43</sup> gibt, die durch therapeutische Programme nicht so weit kompensiert werden können, dass der Klient zu einer selbständigen und eigenverantwortlichen Persönlichkeit wird. Für derartige Klienten sind Programme, die mit einer lebenslangen Abhängigkeit von pharmazeutischen oder psychologischen Substituten arbeiten, sicherlich eine Lösung.“<sup>44</sup>

### ***3.2 Die Entwicklungsphasen: Four Steps***

Die Umwandlung der Gruppe zur Gemeinschaft ist ein Prozess, der erst abgeschlossen ist, wenn *alle* Bewohner ihn vollzogen haben, dies kann unterschiedlich lange dauern. In Anlehnung an Petzolds Vierstufen-Konzept, das auf seine Wohngemeinschaftsarbeit in den 60er- und 70er-Jahren zurückgeht (Four Steps – Les quatre pas), beschreiben auch wir die Prozesse nach diesem Schema.

Der erste Schritt auf diesem Weg ist zugleich der schwierigste und im wahrsten Sinne der „Grund legende“: die ENTSCHEIDUNG für das Leben in Gemeinschaft. Erst wenn jeder Mitbewohner die innere Ausrichtung gefunden hat (auch wenn er dies nicht verbal ausdrücken kann oder will), in dieser Gemeinschaft *bleiben zu wollen*, erst dann können weitere Entwicklungen stattfinden. Wer diesen ersten Schritt geschafft hat, vermag zu sagen: *Ich will mit euch hier leben und mein Leben mit euch teilen*. Die Klarheit in diesem Punkt ist für Suchtkranke insbesondere von Bedeutung, zumal zum Wesen ihrer Störung die Aufrechterhaltung von Indifferenz zählt. „Der Süchtige geht fort, um nicht anzukommen.“<sup>45</sup> umschrieben habe. Damit ist eine Art von Ausweichen bzw. Vermeidungsverhalten bezeichnet, das viele Abhängige zu ihrem Lebensstil gemacht haben.

---

<sup>42</sup> Petzold 1980a

<sup>43</sup> Verlust der Ich-Grenzen

<sup>44</sup> a.a.O.

<sup>45</sup> Wetschka 1999

In unserem Fall kommt die spezifische Situation von Wohnungslosen hinzu, deren Aufnahme in die Wohngemeinschaft meist unter dem Aspekt der Wohnversorgung geschieht, d. h. dass sich der oder die Wohnungslose zunächst einen sicheren Wohnplatz wünscht und die Bedingungen des Lebens in Gemeinschaft gar nicht realisieren kann. Die „Freiwilligkeit“, die eine Voraussetzung für das Gelingen von Gemeinschaft ist, ist konterkariert von der Notsituation der Wohnungslosigkeit. Die Entscheidung für die Gemeinschaft erfolgt nicht mit dem Einzug, sondern viel später. Genauso kann auch eine Entscheidung gegen den Verbleib in der Gemeinschaft erfolgen. Dies wird der Fall sein, wenn Mitbewohner merken, dass die emotionale Öffnung den anderen gegenüber, die auf diese Entscheidung erfolgt (BEGEGNUNG), ihre emotionalen Möglichkeiten überfordert. Es mag mitunter auch die Angst vor der Begegnung oder die Scham, den Ansprüchen der anderen Mitbewohner nicht genügen zu können, sein, die eine FLUCHTBEWEGUNG auslöst, die meist mit einem Rückfall einhergeht.

Die auf die ENTSCHEIDUNG folgenden Schritte sind nach Petzold BEGEGNUNG, WACHSTUM und VERANTWORTUNG.

### ***3.3 Krisen und Interventionen: die Funktion der BetreuerInnen***

Eine sichere Gruppe (Gemeinschaft) ermöglicht „Regression“, ein „Sich fallen Lassen“, d. h. dass die Gruppen- und Gemeinschaftsentwicklung immer auch regressive Phasen einschließt, das heißt in unserem Fall: Alkoholrückfälle, oft sogar Trinken in der Gruppe, in den Wohnräumen (wenngleich verboten). Selten wird diese Phase „ausgelassen“, sie scheint sogar „konstitutiv“ für die Gemeinschaft zu sein, weil damit zum einen die permanente, die Gruppe bedrohende Gefahr einer suchtgesteuerten, pathologischen „Konfluenz“ realisiert wird und zum anderen, weil auch jede/r Einzelne leibhaftig erleben will und muss, ob sie/er auch im Falle der Krise von der Gemeinschaft er- und getragen wird.

Der Einfluss von Betreuungspersonal in diesem Prozess ist so gering wie nur möglich zu halten, damit die Selbstorganisationsprozesse und Gemeinschaftsbildungsprozesse sich entfalten können. Die Präferenz liegt in unserem Konzept auf qualifizierten (supervidierten) ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, wobei eine Betonung der „Hierarchie“ nicht im Sinne des Konzepts wäre. Nicht die Beziehungen zu Fachpersonal (Sozialarbeiter, Psychiater,...) werden im Kontext der Lebenszufriedenheit hoch bewertet, sondern die Beziehungen zu Nicht-Betreuern (!), dies ist insofern von gesteigerter Bedeutung, zumal sich unsere BewohnerInnen über Jahre und Jahrzehnte in allen möglichen Ausformungen von „Betreuungswelten“ bewegt haben und oft nur zu „BetreuerInnen“ stabile Kontakte besitzen. Für eine Wohngemeinschaft,

deren Absicht es ist, eine Gemeinschaft auf unbegrenzte Zeit zu werden, wäre die fixe Präsenz von professionellem Personal – da dieses vermutlich von der Gruppe hierarchisch gesehen würde - mitunter schwächend und ein falsches Signal. Die Sicherheit sollte nur in einem geringen Ausmaß von außenstehenden professionellen HelferInnen kommen (die aber muss es geben!), sondern hauptsächlich vom Zusammenhalt in der Gemeinschaft<sup>46</sup>.

## V. Die beiden Wiener Wohngemeinschaften

### 1. Entwicklung der Wohngemeinschaften

Ausgehend von jahrelangen Erfahrungen in der Wohnungslosenarbeit und der Betreuung von Alkoholkranken im Vinzenzhaus der Caritas/Wien, in denen eine Reihe von Langzeitremissionen (Rückfallsfreiheit über 5 Jahre und mehr) belegt waren, sollte mit den WGs gezeigt werden, dass für eine bestimmte Untergruppe von Alkoholkranken (Typ IV nach Lesch) in einem sozial stimulierenden Umfeld (Gemeinschaft) bei gleichzeitiger Abstinenzzielsetzung eine *langfristige Verbesserung* hinsichtlich des Krankheitsverlaufs möglich ist.

Zugrunde gelegt wurden die Daten der Langzeitstudie (Catchment-Area-Study) von Lesch<sup>47</sup>, in der Typ IV-Patienten als Patientengruppe mit dem **schlechtesten Verlauf**, d. h. mit der geringsten kumulativen Abstinenzdauer (CAD), imponieren. In dieser Gruppe sind **Rückfälligkeit**, **Alkoholverlangen** (trotz erreichter Abstinenz) und die **organische Beeinträchtigung** (Vor- und Folgeschäden) am stärksten ausgeprägt. Die **Sterblichkeit** ist am **höchsten**.

Dennoch ist bei einer großen Zahl eine Stabilisierung auf **soziotherapeutischem** Weg, d. h. bei Unterbringung in einem entsprechenden Setting, eine Totalremission, also anhaltende Abstinenz oder zumindest eine wesentliche Verbesserung des Krankheitsverlaufs möglich. Dabei wirkt die Integration in eine abstinenzmotivierte Gruppe als wichtigstes Agens. Fallverläufe, die dies belegen, wurden von den Projektleitern mehrfach dokumentiert<sup>48</sup> und publiziert<sup>49</sup>.

Weiters sollte durch die Durchführung eines Pilotprojekts zur Diskussion gestellt werden, ob ein Angebot wie dieses eine sinnvolle Ergänzung für die Wiener Wohnungslosenhilfe darstellt.<sup>50</sup> Dauerwohngemeinschaften für die Zielgruppe alkoholkrankte Wohnungslose existierten in Wien (und im übrigen Österreich) bis Frühjahr 2006 sonst nicht. Die Erfolge in der WG des Vereins Struktur (5

<sup>46</sup> In diesem Punkt treffen wir uns mit dem Konzept von Synanon.

<sup>47</sup> Lesch 1985, Lesch et. al. 1986, Lesch et. al. 1990

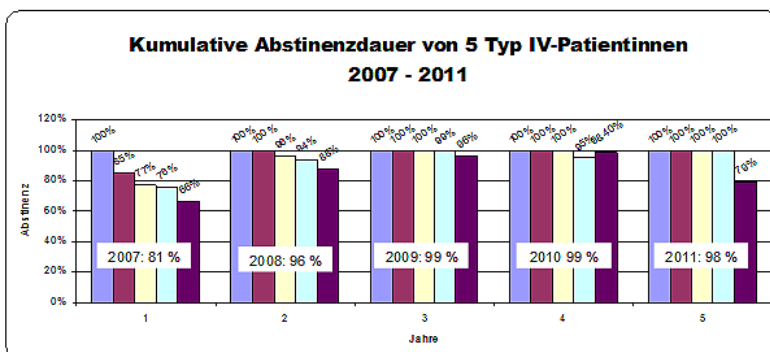
<sup>48</sup> Wetschka 2006/2010: Soziotherapie mit Alkoholkranken. Einführung in die Typologie nach Lesch. (Skriptum)

<sup>49</sup> Lesch OM, Walter H, Wetschka C. 2009

<sup>50</sup> Seit Anfang 2008 ist der Verein STRUKTUR eine anerkannte Einrichtung des FSW und Mitglied des Verbandes Wiener Wohnungslosenhilfe.

Wohnplätze) veranlassten die Vinzenzgemeinschaft St. Stephan (VinziRast – CortiHaus) im Jahr 2010 ein Projekt für die gleiche Zielgruppe zu starten (6 Wohnplätze).

Nach ca. 2 Jahren hatte sich in der WG I eine stabile Gemeinschaft herausgebildet, wobei die Rückfälle und Krisen der Bewohner ein wichtiger Teil dieser Identitätsfindung waren. Konzeptgemäß wurde in jedem Fall rasche Hilfe angeboten (siehe Abschnitt über die 4 Wirkfaktoren). Zwei Bewohner sind in den ersten drei Jahren aus der WG ausgezogen, weil sich die Basiserkrankung verschlechtert hat. Auch die Auseinandersetzung mit dieser Realität des Scheiterns mag ein nicht unbedeutender Input in die Identitätsfindung der Gemeinschaft gewesen sein. Ein weiterer wichtiger Faktor in Richtung Stabilität war die soziale Bindungsfähigkeit der Gruppe, die sich z. B. in einer ausgeprägten Gastfreundschaft zeigte – und auch in der Bereitschaft, an externen Veranstaltungen/Gruppenaktivitäten teilzunehmen (z. B. Theaterprojekt). Die außerordentlich hohen Abstinenzrate korrelieren eindeutig mit der wachsenden Gruppenstabilität:



## 2. Soziotherapeutische Rahmenbedingungen, Prinzipien und Methoden

### 2.1 Vier Wirkfaktoren

Das gemeinsame Ziel aller Wirkfaktoren ist die *Entlastung* und *Ermutigung* der BewohnerInnen, dies setzt nicht zuletzt die *Freiwilligkeit* der Annahme aller Angebote voraus. Hoch effizient erscheint uns die Erweiterung und Stabilisierung des Sozialen Netzwerks („Soziales Atom“), im weitesten stellt unser Ansatz die radikale Form einer „Netzwerkintervention“<sup>51</sup> dar.

<sup>51</sup> Straus und Höfer (1998) geben in ihrer Übersicht über Netzwerkintervention folgende Formen an: *Praxisbezogene Netzwerkarbeit* erfordert Netzwerkanalyse (Bewusstmachung der Quantität und Qualität von vorhandenen und fehlenden Beziehungen), stärkt vorhandene Netzwerke, schafft neue Netzwerke, löst fragwürdige Netzwerke auf, prüft und entwickelt Helfernetzwerke, bedeutet auch soziale Identitätsarbeit und ist meist auch Ablösearbeit. Darüberhinaus: „Praxisbezogene Netzwerkarbeit ist Empowerment...ist gemeinwesenorientiert...ist integrative psychosoziale Arbeit.“ (S. 81 f)

*2.1.1 Wirkfaktor: Effiziente Behandlung der Basisstörung*

Die Typologie legt nahe, in der Therapie nicht beim symptomatischen Alkoholkonsum stehen zu bleiben, sondern die Basisstörungen zu erkennen und diese zu behandeln. Die Komorbiditäten sind sehr vielfältig und umfassen das gesamte Spektrum der Psychosen und Neurosen, aber auch organische Erkrankungen (orthopädische Probleme mit chronischen Schmerzen, Hypertonie, Diabetes, Übergewicht, u. a.).

*2.1.2. Wirkfaktor: Verfügbarkeit und Unmittelbarkeit von Support*

Begleitend zur psychiatrischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung erweisen sich weitere therapeutische Faktoren für die Stabilisierung als wichtig. Dazu zählt die unmittelbare, rasche, verlässliche Verfügbarkeit von Hilfe aus dem die Gemeinschaft umgebenden sozialen Netzwerk (HelferInnen, NachbarInnen, Kontakte zu Kliniken, aber auch die MitbewohnerInnen in der WG).

*2.1.3 Wirkfaktor: Produktiv für andere sein*

Das Aktiv-Sein für Andere (Exchange Helping) und die konkreten Verpflichtungen im Gemeinschaftsleben (z. B. Hausarbeit) schaffen einerseits einen Ersatz für den Alkohol und andererseits geben sie dem Betroffenen wieder eine AUFGABE. Die Herstellung (Kreierung) einer guten Lebenswelt für alle, ist als gemeinsames „PRODUKT“ der Gruppe/Gemeinschaft zu sehen. In der Gemeinschaftsarbeit muss dies vom Kollektiv auch immer wieder gespiegelt werden: *Was tun wir (schon/schon lange/immer wieder), damit es uns hier gut geht?*

*2.1.4 Wirkfaktor: Vernetzung nach außen: SOCIAL REPAIR und INTEGRATION*

Die primären Impulse für die NeuGESTALTung oder Neu-STRUKTURierung der Identität (Einheit von Selbst- und Fremdbild) ist die Erweiterung und Umstrukturierung des Sozialen Atoms des Einzelnen und der Gemeinschaft. Dies geschieht durch die Beziehungen der WG-BewohnerInnen untereinander, muss aber auch einhergehen mit Beziehungen außerhalb der WG im Sinne einer Normalisierung der Lebensvollzüge und einer „Integration in die Gesellschaft“, dazu gehören Beziehungen zu Nachbarn, Freunden, Verwandten, usw.

Der Aufbau einer KULTUR DER GASTLICHKEIT sollte eine wesentliche Zielsetzung sein, denn die Beziehung zu NichtbewohnerInnen und Nicht-MitarbeiterInnen setzt voraus, dass die WG auch der Ort für Gäste sein muss. Jede und jeder der BewohnerInnen soll angeregt werden, Gäste einzuladen, wobei sich die gesamte Gemeinschaft immer als „Gastgeberin“ verstehen lernen soll. Dazu gehört das gemeinsame Begrüßen, das Herumführen in der Wohngemeinschaft, die gemeinsame Jause im Gemeinschaftsraum oder auch die Rituale bei Festen (fixer Ablauf bei Geburtstagsfeiern). Das Feiern von Festen und die Bewirtung von Gästen kann in der Gemeinschaft ein wichtiger Wert

werden. Bei Geburtstagsfeiern z. B. bestimmt das Geburtstagskind in Absprache mit den anderen, ob es ein Buffet geben wird oder ob gekocht werden soll. Diese Feste sind relativ „groß“ angelegt, die Gemeinschaft darf so viele Gäste einladen, wie sie will.

Die Pflege dieser Fähigkeiten schützt auch die inneren und äußeren Grenzen der Gemeinschaft, weil die Begegnungen mit Menschen von „draußen“ einen sicheren Ablauf bekommen und dadurch zu einer nichtbedrohlichen Normalität werden. Ein Nebeneffekt ist meist eine Verbesserung des Haushalts, denn wenn „Gäste“ kommen, muss es ja zuhause „sauber“ sein. Das Gegenbeispiel sind die Wohnungen unserer Ex-Klienten, die nie Besuche bekommen und nie ein durchgängiges Interesse an einem gepflegten Umfeld entstehen kann (an solchen Beispielen lernen wir immer wieder eindrücklich, dass Motivation primär „sozial“ ist).

Die Tragfähigkeit des Netzwerks erweist sich besonders, wenn Hilfestellungen nötig werden: Computerwartung, Reparaturen, das Nähen von neuen Vorhängen, Transport der Katzen zum Tierarzt, Entsorgungsfahrten, Freizeitaktivitäten u. a. wofür die Beziehung zu vielen ehrenamtlichen HelferInnen gepflegt wird. Die Unterstützung unserer Freunde ermöglicht es uns auch, z. B. die diversen Sommerausflüge oder Aktivitäten, wie das Kekse-Backen vor Weihnachten oder Bastelrunden, zu organisieren.

## **2.2 Weitere Prinzipien**

### **2.2.1 Freiwilligkeit**

Sowohl in Literatur (Mahdavi, Petzold, u. a.) als auch in der Praxis steht außer Zweifel, dass sich die persönlichkeitsstabilisierenden Wirkungen eines Lebens in Gemeinschaft erst entfalten können, wenn die Entscheidung „hier zu sein“ und „mit diesen konkreten Menschen mein Leben zu teilen“ freiwillig erfolgt ist. Dies ist insofern zu betonen, als bei wohnungslosen Menschen meist Notsituationen eine rasche oder günstigere Unterbringung erfordern und die Tragweite eines Eintritts in eine Gemeinschaft in solchen Notsituationen oft als sekundär betrachtet wird.

### **2.2.2 Abstinenzwille und „Krankheitseinsicht“**

Bedingung für eine Aufnahme in eine unserer WGs ist der Abstinenzwille. Dies setzt eine gewisse Einsicht in das krankhafte Geschehen voraus.

### **2.2.3 Konvivialität**

Konvivialität bezeichnet die Atmosphäre in einer Gruppe oder Gemeinschaft, ist also Ausdruck für die positive „Energie“, die im Zusammensein wirkt.

„Konvivialität ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren Miteinanders, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der Konvivialität umfasst Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist und so eine ‚Konvivialität der Verschiedenheit‘ möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer Zwischenleiblichkeit, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammen sitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten Gerechtigkeit steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält.“ (Petzold 1971, 1980, 1988, 2005)

Wenn aus der *Gruppe Gemeinschaft* wird, vermehren sich die Momente der *Konvivialität*.

#### 2.2.4 Aufgaben (Tagesstruktur)

Die BewohnerInnen unserer WGs sind zwischen 40 und 70 Jahren alt. Auch die 40jährigen haben meist eine Suchtkarriere von über 2 Jahrzehnten hinter sich und aufgrund ihrer Vorgeschichte de facto keine Chancen auf dem freien Arbeitsmarkt. Beschäftigungstherapeutische Angebote sind meist nur auf 6 Monate oder auf ein Jahr beschränkt. Angebote für Behinderte, die längerfristig zur Verfügung stehen, werden dieser Gruppe nicht angeboten (Alkoholkrankheit ist meist ein Ausschlussgrund). Die meisten BewohnerInnen sind entweder aufgrund körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung in Frühpension oder erhalten Mindestsicherung (als Dauerleistung). Mehrere unserer BewohnerInnen sind besachwaltet. Von dieser „arbeitslosen“ Situation ist de facto immer auszugehen.

Das Durchhalten einer Dauerbelastung in einem regulären Job wäre für die meisten Klienten nicht zu schaffen, sodass wir die Frühberentungen auch unterstützen. Sinnlose Vorstellungsmarathons ohne Aussicht auf eine Anstellung wiederholen das jahrzehntelang erlittene Ausgrenzungsthema, sodass schon alleine das ständige Arbeitsuchen und Abgewiesenwerden einen Rückfall heraufbeschwören muss.

Vor diesem Hintergrund gestaltet sich die Frage nach einer sinnvollen Nutzung der Lebenszeit – und ich vermeide die Formulierung „sinnvolle Freizeitbeschäftigung“, denn „Freizeit“ hatten diese Menschen schon jahrelang, aber meist keine sinnvolle AUFGABE. Für die Schaffung von sozialtherapeutischen Settings ist es wichtig, auch sinnvolle (!) Betätigungsfelder zu schaffen. Idealerweise liegen diese Felder



außerhalb der Wohngemeinschaft, wenn dies nicht möglich ist, kann das Zusammenleben in der Wohngemeinschaft die Quelle der Aufgaben sein.

### 2.2.5 Prinzip „Alltag“

Was obdachlosen Menschen über weite Strecken ihres Lebens fehlt, ist „Alltag“ bzw. „Normalität“. Ein „normales“ Leben zu führen – ohne jeden Tag um seinen Unterhalt, seine Unterkunft oder um Alkohol zu kämpfen (oder sich darum zu sorgen) – gibt Sicherheit und schenkt „Entspannung“. Der Aufbau einer existentiellen „Normalität“ mit „Regelmäßigkeiten“ und „Selbstverständlichkeiten“ halten wir daher für ein wichtiges Prinzip. Allerdings wissen wir aus der Erfahrung, dass gerade in der „Normalität“ psychische Krisen aufbrechen können, zumal auch „Normalität“, gerade weil sie ungewohnt ist, Irritationen auslösen kann.

### 2.2.6 Finanzielle Unterstützung des Gemeinschaftslebens

Die in den WGs lebenden BewohnerInnen kommen aus „prekären Lebenslagen“ (Obdachlosigkeit, Haft, Langzeitarbeitslosigkeit, Fehlen sozialer Vernetzung, usw.) und durch ihre Angewiesenheit auf die Wohngemeinschaft und auf unterstützende Personen (Sachwalter, BetreuerInnen, Psychiater,...) besteht die Prekarität<sup>52</sup> faktisch weiter. Dies schließt neben der Beschaffenheit der „Lebenswelt“ und der „Social World“ auch die ökonomische Realität der Betroffenen mit ein, die im Regelfall mit dem Existenzminimum (Mindestsicherung, Sozialhilfe, Mindestpension) auskommen müssen. Hinzu kommen fortgesetzte Suchtprobleme (Essen, Rauchen), die die Finanzen weiter einengen. Oft ist eine Finanzierung von „Freizeitaktivitäten“, an denen dann wirklich alle teilnehmen sollen, praktisch nicht organisierbar. Eine Veränderung der „Lebenslage“ braucht eine budgetäre Unterstützung für Aktivitäten, die zum Vollzug der Gemeinschaft gehören.

#### **Beispiel**

Im Sommer 2011 haben wir in WG I zum ersten Mal ein Projekt umgesetzt, das lange immer wieder angedacht war, aber sich aufgrund der Veränderungen in der Gemeinschaft nicht umsetzen ließ: eine Reise ins Ausland, an dem alle BewohnerInnen und einige MitarbeiterInnen teilnehmen. Schon die Vorbereitung und die Vorfreude auf die Reise war für die Gruppe ein wichtiges Erlebnis. Bilder vom „Urlaubsort“ (Leipzig und Umgebung) wurden im Internet angeschaut, das Programm der fünf gemeinsamen Tage wurde geplant, Pässe mussten noch organisiert werden (zuvor lange aufgeschobene Vorhaben), finanzielle Überlegungen

<sup>52</sup> Lat. Precarius = durch flehentliches Bitten auf Widerruf gewährt

mussten angestellt werden, Reisetaschen und Koffer mussten beschafft werden, usw. usw. Es gab eine Menge zu tun, die „Lebenserfordernisse“ jedes einzelnen mussten in der Planung berücksichtigt werden. Auch die Kommunikation mit unseren ehrenamtlichen HelferInnen intensivierte sich in dieser Zeit. Auf unserer Reise, die mit Stadtführungen, Essen am See, Zoo-Besuch und Einladungen bei einer befreundeten Familie einhergingen, entstanden unzählige innere und äußere Bilder (Fotografien), die im Anschluss der Reproduktion der Erfahrungen hilfreich waren. Die gemeinsame Reise, die gemeinsam überstandenen Strapazen bei Anreise und Abreise, die gesundheitlichen Engpässe bei einigen, die geklärten kommunikativen Missverständnisse, usw. machten die 5 Tage zu einer Selbsterfahrungsgruppe mit einem sehr hohen Anteil an Identifikation und Konvivialität. Beim Schreiben der Ansichtskarten „an unsere Freunde“ wurde allen wieder bewusst, wie bunt und vielfältig das „SOZIALE ATOM“ ist, in dem wir leben. Die Reise finanzierten wir zu einem großen Teil aus unserem „Freizeitbudget“, die TeilnehmerInnen leisteten einen Kostenbeitrag für die Unterbringung und bezahlten ihre Verköstigung (wir gingen einmal am Tag gemeinsam in ein Lokal essen).

### 2.2.7 Regeln und Rituale

Rituale sind wichtiger als Regeln. So könnten wir die Erfahrungen der letzten Jahre zusammenfassen. Rituale sind quasi eingespielte Abläufe, die sich bewährt haben und die nicht mehr hinterfragt werden, Regeln kommen meist zustande, wenn etwas nicht funktioniert. Unsere beiden Gemeinschaften haben aufgrund ihrer Vorerfahrungen in Heimen kein gutes Verhältnis zu Regeln und lehnen diese instinktiv ab. Es hat sich bewährt, diese Phase der Regel-Ablehnung zu akzeptieren und die notwendigen Regeln nach und nach in den Anlassfällen zu entwickeln. Nur auf ein paar Regeln sollte schon in der Anfangsphase Bedacht genommen werden:

- a) Gewalt und vorsätzliche Sachbeschädigung sind verboten – und mit Auszug bedroht
- b) Alkohol(konsum) in den Räumen der WG ist verboten – und mit Auszug bedroht (die Entwicklung von Sanktionen, die nicht gleich im Auszug bestehen, ist empfehlenswert)
- c) Die Miete muss rechtzeitig bezahlt werden.
- d) Die Gemeinschaft trifft sich mindestens ein Mal pro Woche zu einem Gespräch oder zu einer gemeinsamen Aktivität. Diese Treffen sind verpflichtend (wenngleich begründete Abwesenheiten toleriert werden können. Die Gruppe bleibt auch in diesem Fall das Maß.).

Auch von den wöchentlichen „Besprechungen“ sind unsere BewohnerInnen anfänglich nicht begeistert, denn auch in diesem Punkt haben die meisten schlechte Erfahrungen gemacht. Dass Gespräche in der Gruppe sinnvoll

und notwendig sind, muss meist erst „erfahren“ werden. Es ist zu achten, dass diese Gruppen *keine* Marathonsitzungen werden, denn bei den meisten unserer BewohnerInnen sinkt die Konzentrationsfähigkeit bereits nach 30 Minuten deutlich. Prinzipiell sollte klar sein, dass jeder Rückfall in der Gruppe besprochen werden muss. Die Rückfallsgründe müssen für alle nachvollziehbar sein. Das Gesprächsklima sollte nie anklagend oder verurteilend, sondern von Wertschätzung getragen sein.

### 2.2.8 Ökopsychosomatische Effekte<sup>53</sup>

Die Beziehung zwischen *Hintergrund* und *Gestalt* ist *organisch*. Der Mensch als *biopsychosoziale Einheit* steht mit seiner Umwelt ständig in Verbindung und in Austausch. Für die Aufrechterhaltung von Wohlbefinden ist die „energetische“ Beschaffenheit der Umwelt wesentlich, d. h. welche Reizangebote („Informationen“) sie dem Menschen auf den verschiedenen Ebenen seiner Wahrnehmungsfähigkeit bietet. Wichtige Bereiche dieser energetischen und informativen Potenz der Umwelt:

- a) Begegnungsmöglichkeiten mit Natur (Garten, Blumenkistchen, Zimmerpflanzen, Ausflüge, Aufenthalte am Wasser, in den Bergen, im Schnee,...),
- b) Begegnungsmöglichkeiten mit „anderen“ Menschen (Kinder, Jugendliche, Personen aus anderen sozialen Schichten),
- c) Begegnung mit Tieren (Haustiere oder Tiere am Hof)
- d) Begegnungsmöglichkeiten mit anderen Landschaften (Reisen, Ausflüge) und Kulturen
- e) Begegnung mit dem eigenen Körper als Medium des Erlebens von „Umwelt“ (Ernährung, Sport, ...)

### 2.2.9 Räumliche und Soziale Gegebenheiten

Heime haben immer etwas Ghettoartiges, auch „Seniorenresidenzen“ verlieren nie den Heimcharakter, ebenso „Sozial betreute Wohnheime“. Wohnungen in derartigen Sozialagenturen sind keine „normalen Wohnungen“. Das Wohnen unter diesen „Labels“ wird von den Betroffenen, trotz den besten Bemühungen seitens der Einrichtungen, meist als eine Art von Ausgrenzung von der „normalen Gesellschaft“ erfahren (wenn auch nicht immer bewusst). Die heute üblichen Verschleierungen durch eine aufgesetzte Kunden- und Dienstleisterideologie in solchen Einrichtungen (wir sprechen und schreiben wieder gern von „Kunden“ und nicht von BewohnerInnen oder KlientInnen), sind einer Verbesserung dieser Situation nicht dienlich. Petzold kritisiert dies offen als „Etikettenschwindel“ und resümiert: „Die heutige Konjunktur der aus der freien Wirtschaft

<sup>53</sup> Ein Ausdruck, den Hilarion Petzold eingeführt hat.

übernommenen Begriffe, insbesondere der „Kundenbegriff“ sind schon von der Ausgangslage her nicht nur falsch, sie sind zynisch.“<sup>54</sup>

Aus diesen Gründen war es uns wichtig, unsere Wohngemeinschaften in einer normalen, durchschnittlichen Wohnumgebung anzusiedeln. In beiden Fällen sind die Wohngemeinschaften in Wohnhäuser integriert. Damit sind wir auch die Gefahr eingegangen, dass es auch zu schwierigen Verhältnissen mit den Nachbarn kommen kann, eine Befürchtung, die sich allerdings in keinem Fall erfüllt hat.

Als räumliche Grundausstattung haben wir in beiden Fällen eine Wohnküche als zentralen Gemeinschaftsraum und für jede/n BewohnerIn ein Einzelzimmer. Die Wohnküche ist auch der Ort, an dem Gäste empfangen werden können und Feste gefeiert werden. Da es sich um Dauerwohnplätze handelt, schließen wir Mehrbettzimmer, es sei denn bei Paaren, von vornherein aus. Es muss für jede/n BewohnerIn einen wirklich Rückzugsort geben. Selbstverständlich haben wir auch Nebenräume (Abstellkammer, Waschküche, Vorzimmer, usw.) in Verwendung. Die Zimmergrößen sind sehr unterschiedlich und bewegen sich von 15 m<sup>2</sup> bis zu 27 m<sup>2</sup> (mit unterschiedlichen Mieten). Die Möglichkeit, Tiere zu halten, ist eine unerlässliche Bedingung.

#### *2.2.10 Betreuungskonzept Interventionsabstinenz?*

Eine Gemeinschaft, die nur von außen (über ein Betreuungssystem) zusammengehalten wird, kann keine *Identität* entwickeln. Die Rolle der BetreuerInnen besteht darin, langfristig ein Teil des Sozialen Atoms zu werden, der Gruppe Impulse zu geben und sie bei Entwicklungs- und Entscheidungsprozessen zu unterstützen. Das Prinzip der „Interventionsabstinenz“ bedeutet, der Gruppe viel Raum und Zeit zu geben, um ihre eigenen Lösungen für Probleme zu finden, heißt auch, manchmal Scheitern zu begleiten, unsinnige Experimente zu begleiten, aber auch darauf zu vertrauen, dass jedes Scheitern ein Lernprozess sein kann.

#### *2.2.10.a Startphase, Auszüge und Nachbesetzungen*

Die Zusammenstellung einer Wohngruppe, die in weiterer Folge zu einer Gemeinschaft werden soll, liegt in den Händen der WG-Leitung. Auch wenn wir in der Besetzung der Gemeinschaften über viel Erfahrung aus jahrzehntelanger Betreuungsarbeit in Wohnungsloseneinrichtungen zurückgreifen können, ist die Entscheidung darüber, ob Menschen für das Gemeinschaftsleben geeignet sind, immer vorläufig. All die Merkmale, die für gewöhnlich zur Verfügung stehen: Alkoholtyp, Diagnosen, bekundetes Interesse („Motivation“), Vorerfahrungen in Wohngruppen, Therapieaufenthalte, usw. sind für Langzeitprognosen nicht

---

<sup>54</sup> Petzold, H. & Petzold, C. 1998, Müller, L. & Petzold, H. 2002

geeignet. Das Leben in der Gemeinschaft kann sowohl ungeahnte Potentiale in Menschen hervorbringen, als auch Menschen in größte Krisen stürzen. Besondere Vorsicht lassen wir bei Gewaltvorerfahrungen oder bei Ansätzen zu dissozialem Verhalten walten. Letztendlich bleibt aber JEDE Aufnahme ein Experiment.

Wenn sich in einer späteren Phase des WG-Betriebs dann eine Gemeinschaft gebildet hat, ist diese in die Abläufe rund um Auszüge oder Aufnahmen einzubeziehen, insbesondere bei Aufnahmen, da sie das „Experiment“, das jede Neuaufnahme darstellt, mittragen muss. Auch bei Auszügen sollte die Gruppe mitentscheiden, zumal es immer um die Gestaltung ihrer gemeinsamen Lebenssituation geht. Dies ist auch für denjenigen wichtig, der ausziehen muss, er braucht das Feedback der anderen. Außerdem sind solche Prozesse für die gesamte Gruppe eine Zerreißprobe und sollten deshalb über mehrere Etappen und mit größtmöglicher Transparenz durchgeführt werden. Es sind auch Phasen, in denen sich die Gruppe bzw. Gemeinschaft mit ihrem Wert-System auseinandersetzen muss.

### *2.2.11 Suchtverlagerung und Krankheit*

Die Menschen in den beschriebenen Wohngemeinschaften kommen mit einer schweren Suchterkrankung zu uns. Auch wenn es gelingt, ein Leben ohne Alkohol und Medikamentenmissbrauch aufzubauen, so lassen sich einerseits die Schäden, die das Vorleben verursacht hat, kaum rückgängig machen, und auch die psychischen Schädigungen, die zur Suchterkrankung geführt haben, bestehen in der Regel fort. Eine „totale Heilung“ zu erwarten, wie es immer wieder vorkommt, wäre absurd und würde die Betroffenen auch nicht ernst nehmen. Die Krankheitsfaktoren und die Folgeschäden bleiben also zum größten Teil erhalten, und die Lebensweise der Betroffenen besteht keineswegs in Gesundheitsbewusstsein und „Wellness“. Fast alle BewohnerInnen sind schwere Raucher und geben einen großen Teil ihres Einkommens für Zigaretten aus – und zwar für billige, höchst schädliche, oft geschmuggelte Erzeugnisse. Sie entwickeln mit der Zeit höhere Formen von Lungenfunktionsschädigungen (COPD II bis IV). Durch die ruhigere Lebensweise beginnen die Betroffenen auch regelmäßig und oft übermäßig zu essen. Die meisten werden übergewichtig. All dies ist natürlich auch als SUCHTVERLAGERUNG aufzufassen. Die Betroffenen waren gewohnt, ihre Stimmungs- und Antriebsschwankungen durch mesolimbische „Kicks“ zu steuern, und das tun sie auf anderer Ebene weiterhin. Auch durch ein Leben in der Gemeinschaft verändert sich dieses Verhalten kaum bis gar nicht.

Zu all dem kommt das Alter hinzu. Der Jüngste in unseren WGs ist gerade 40, alle anderen befinden sich im 6. Lebensjahrzehnt oder darüber. Durch Übergewicht und COPD ist auch das Ausüben von Sport bzw. von regelmäßiger Bewegung schwierig und Versuche in diese Richtung bleiben mühevoll.

Ein nicht zu unterschätzendes Problem stellen die diversen z. T. chronischen Schmerzerkrankungen dar, die mitunter an Fibromyalgien heranreichen, zweifellos eine Folge von nicht verarbeiteten Traumatisierungen, Ausgrenzungserfahrungen und anhaltendem psychischem Stress. Nichtsdestotrotz versuchen wir die BewohnerInnen zu Radtouren und Wander- und Walkinggruppen zu aktivieren, was phasenweise gut gelingt, aber auch Konsequenz verlangt.

### *2.2.12 Tod und Spiritualität<sup>55</sup>*

Aus dem eben dargestellten Zusammenhängen wird deutlich, dass Krankheit und Tod ständige Begleiter sind. Dies gilt meist auch für die Vorgeschichte unserer BewohnerInnen, die bereits sehr viele Menschen durch Folgen der Sucht verloren haben. Die Verdrängung der eigenen „protrahierten Sterblichkeit“<sup>56</sup> ist manchmal allzu gegenwärtig. In beiden Wohngemeinschaften haben wir bereits Mitbewohner zu Grabe getragen und die Bewältigung dieser nahegehenden Erfahrungen war für beide Gruppen einschneidend – immer ein gewisser „Realitätsschock“.

Wenn der Tod als Facette des Lebens aufgefasst werden soll, als zum Leben gehörig, so muss die Verdrängung, die meist gegeben ist, immer wieder „gelockert“ werden. Jeder Mensch hat die Möglichkeit durch Entwicklung (s) einer „Lebensphilosophie“ ein entspanntes Verhältnis zum Tod zu entwickeln. Auch Kinder können dies spontan, sofern sie nicht von Ängsten der Erwachsenen „angesteckt“ werden. Die Gemeinschaft sollte Rituale haben, in denen sie der Toten und des Todes an sich gedenkt. In unseren Gemeinschaften besteht ein starker kirchlicher Bezug, so dass dies von dieser Seite her im wesentlichen abgedeckt ist. Zu solchen Ritualisierungen gehören: Kerzen anzünden, Bilder der Verstorbenen aufstellen, Gedenkbriefe und –bücher aufzulegen, Verabschiedungsmeditationen und –gespräche durchzuführen, Teilnahme und Gestaltung der Beisetzung, Nachrufe gemeinsam schreiben, u.a.

## **VI. WG als Missing Link?**

Angesichts der gesellschaftlichen Entwicklung, dass immer mehr Menschen zu bindungsarmen Einzelgängern ohne soziale Ressourcen werden, die Jugend, so meinen kompetente Forscher, über immer weniger starke und gute Bindungen verfügt, und die Lebensformen Familie und Partnerschaft überhaupt prekär geworden sind, scheint die Schaffung von gemeinschaftlichen Lebensformen - unabhängig vom Thema der Suchtkrankenhilfe – von höchster Dringlichkeit zu sein. Mit dem Blick einerseits auf das Wissen aus den Neurowissenschaften und

<sup>55</sup> Jean Vanier, der Gründer der Arche-Bewegung, hat eine Vielzahl von Wohngemeinschaften (von Gesunden und Behinderten) gegründet und begleitet. Vanier (2006): In Gemeinschaft Leben.

<sup>56</sup> Die Sterblichkeit bei Alkoholkranken ist je nach Studie im Vergleich zur Normalbevölkerung um 12 – 23 Jahre verringert. Vgl. Lesch et. al. 1986

andererseits auf unsere mehrjährige Praxis in der Betreuung von wohnungslosen Alkoholabhängigen steht außer Zweifel, dass die Lebensform der Gemeinschaft eine soziotherapeutische Methode mit höchster Potenz ist, sofern diese richtig angewendet wird, d. h. wenn wirklich tragfähige, familienartige Gemeinschaften aufgebaut werden, in denen sich die erforderlichen gruppalen Potentiale entwickeln können. Dieser Aufbau und die Begleitung von Wohngemeinschaften erfordert allerdings ein hohes Engagement und Frustrationsfähigkeit und sollte fachlich supervidiert werden.

Als Wirkfaktoren haben wir herausgestellt, dass sich die *Gruppe* zu einer *Gemeinschaft* entwickeln muss, in der letztendlich jede und jeder *freiwillig* lebt und sich mit seinen Stärken und Schwächen auch einbringt. Die Veränderung des sozialen Netzwerks bewirkt auch Änderungen in allen anderen psychischen und physiologischen Netzwerken des „Systems Mensch“. Jede/r sollte in dieser Gemeinschaft seine/ihre *Aufgabe* (Funktion) haben. Weiters müssen die *psychiatrischen Basiserkrankungen*, die im Regelfall vorliegen, durch eine entsprechende *Therapie* begleitet werden, dies schließt im Falle von Exazerbationen *rasche Krisenintervention* ein. Es muss sich in der Gemeinschaft ein *soziales Leben* nach innen und nach außen entfalten, in dem sich das gemeinsame „*Soziale Atom*“ erweitert. Aus der Qualität der Beziehungen ergeben sich positive Impulse, die bis auf die neurobiologische Ebene der Abhängigkeitserkrankung zurückwirken können. Auch wenn sich die Rückfallraten drastisch reduzieren, müssen Rückfälle als Realität akzeptiert werden, was für die meist vorliegenden suchtbedingten Folgekrankheiten überhaupt gilt. Zum Gelingen der Lernprozesse ist die Begleitung in einem Netzwerk von *BetreuerInnen* notwendig. Die Rolle dieser Personen ist partnerschaftlich und nicht hierarchisch, moderierend und nur im Krisenfall autoritär, allerdings muss es auch eine *hauptverantwortliche Bezugsperson* geben, die *Verbindlichkeit* garantiert. Prinzipiell muss sich das Zusammenleben mit anderen im Laufe der Zeit als *Entlastung* und *Ermütigung* zu einem „anderen“ Leben erweisen.

Wenn tragfähige Gemeinschaften entstanden sind und der Wert der Abstinenz gesichert ist, dann entwickeln sie eine starke protektive Wirkung und bieten ein optimales soziotherapeutisches Setting, das die sonst üblichen alljährlichen Spitalsaufenthalte dauerhaft beendet. So ist auch aus volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Sicht diese Form der Betreuung ein „missing link“.

Stefan Rudas (+ 2010), der bedeutende Sozialpsychiater Wiens in der Zeit der Psychiatriereform, meinte angesichts der außergewöhnlichen Erfolgsdaten unserer Wiener WGs: „Eigentlich müssten wir die Lehrbücher umschreiben.“

## Zusammenfassung

Die Abstinenzrate der ehemals wohnungslosen Alkoholkranken in den beiden Wiener Wohngemeinschaften, die gemeinsam vom Vinzenzverein St. Stephan und Verein Struktur initiiert und begleitet werden, liegt bei über 80 %, bei der seit 7 Jahren existierenden WG haben wir seit vier Jahren einen Wert von 98 bzw. 99 % Abstinenz. Werte, die in der Suchttherapie normalerweise nicht zu erreichen sind. In dem Beitrag wird gezeigt, welche Wirkfaktoren und welches soziotherapeutische Konzept zu diesen Erfolgen führen. Der wesentliche Wirkfaktor ist die Integration der Suchtkranken in eine familienartige Gemeinschaft, in welcher der Wert der Abstinenz gesichert ist und die zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt. Das Konzept greift nicht nur Erkenntnisse der Drogentherapie (Synanon, Daytop) auf, sondern schließt auch neue Paradigmen der Neuro- und Sozialwissenschaften ein, denen zufolge das Motivationssystem des Menschen auf den Aufbau von Bindungen (Gemeinschaft) ausgerichtet ist. Dieser Wohngemeinschafts-Ansatz versucht die Erfahrungen von „treatment first-“ und „housing first-Ansatz“ zu verbinden, speziell im Hinblick auf die Freiwilligkeit (Entscheidung, in der Gemeinschaft leben zu wollen), eines der wichtigsten Ziele in der ersten Phase der Gemeinschaftsentwicklung. Die Zusammenführung dieser Einzelerkenntnisse zu einem einheitlichen erfolgt durch die Einordnung in das systemische Denken der Gestalttheorie bzw. Gestalttherapie – unter besonderer Berücksichtigung der Erkenntnisse der Individualpsychologie von Alfred Adler. Die Erkenntnisse korrespondieren gleichermaßen mit den Erkenntnissen der Netzwerkforschung.

**Schlüsselwörter:** Alkoholabhängigkeit, Sozialtherapie, Gemeinschafts-Ansatz, Typologie nach Lesch, Obdachlosigkeit, soziale Beziehungen.

## Life in a Community: Missing Link Between Addiction Therapy and Homeless Aid?

### Summary

The rate of cumulative abstinence duration (CAD) of ex-homeless alcohol addicts in the two Viennese communes organized by Vinzenzverein St. Stephan and Verein Struktur is over 85 %. Of the 7 years the communes have existed, at least 4 have a value of 99 % abstinence. Such data in addiction medicine are normally not “realistic”. In the article it will be shown which factors of efficiency and which sociotherapeutic concepts led to these successes. The most important factor is the integration of addicted persons into a family-like community where the value of abstinence is ensured and this situation improves the quality of life. This concept does not include knowledge of drug therapy alone (Synanon, Daytop), but also the new paradigms of neuro- and social sciences which has shown that the motivational system (in the brain) of individuals is aimed at social attachment (building a community). The connection of these data is done by the introduction of Gestalt-therapeutic concepts (Moreno, Petzold) and on the other hand by Gestalt theory (Wertheimer, Metzger) – with particular reference to the individual psychology of Alfred Adler. The network perspective is also used. Repairing, stabilizing and extending the social network (“social atom”) changes the course of illness and leads to alternative competence and performance experiences (Empowerment). This community approach tries to combine the experiences from “treatment first” and “housing first”



paradigms, especially referring to the “consumer choice” (the decision to stay in the community) which is the crucial aim in the first stage of community development.

**Keywords:** Alcohol dependence, sociotherapy, community approach, Lesch Alcohol Typology, homelessness, Social Attachment.

## Literatur

- Adler, A. (1927/1981): *Menschenkenntnis*. Frankfurt: Fischer.
- Adler, A. (1928): Kurze Bemerkung über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In Alfred Adler (1982): *Psychotherapie und Erziehung*. Ausgewählte Aufsätze. Bd. I, 1919 – 1929. Herausgegeben von Heinz L. Ansbacher & Robert Antoch. Frankfurt: Fischer, 224 – 231.
- Adler, A. (1933,1973): *Der Sinn des Lebens*. Mit einer Einführung von Wolfgang Metzger.. Frankfurt: Fischer.
- Bauer, J. (2006): *Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Bauer, J. (2007): *Das Gedächtnis des Körpers. Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern*. Frankfurt/Main: Piper.
- Bauer, J. (2011): *Schmerzgrenze. Vom Ursprung alltäglicher und globaler Gewalt*. München: Karl Blessing-Verlag.
- Busch-Geertsema, V. (2010): Are Housing Led Policy Approaches the Most Effective Methodes of Preventing and Tackling Homelessness? In: *European Consensus Conference*. Online unter: [www.feantsa.org/files/freshstart/Consensus\\_Conference/JUry/Q3/2010\\_10\\_21\\_Volker:BG-Questio\\_n\\_3\\_EN.pdf](http://www.feantsa.org/files/freshstart/Consensus_Conference/JUry/Q3/2010_10_21_Volker:BG-Questio_n_3_EN.pdf).
- Cacioppo, J.T. et. al. (2009): Loneliness. In: Reis, H. et al: *Encyclopedia of Human Relationships*. California Sage Press, Thousand Oaks.
- Cardoso, J.M., Neves, B. A., Ismail, F. & Pombo, S. (2004): *NETERALCOHOLIC TYPOLOGY (NAT)*. *ESBRA*. Department of Santa Maria's Universitari Hospital in Lisbon, Portugal.
- Cloninger, C.R., Bohman, M. & Sigvardsson, S. (1981): Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry* 38, 861 – 868.
- Cramon, D.Y. von (1988): Planen und Handeln. In: Cramon/Zihl (Hrsg.): *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer: Berlin.
- Eisenberger, N.I., Lieberman, M.D. & Williams, K. (2003): Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science* 10 October 2003, 302 (5643), 290-292. [DOI:10.1126/science.1089134].
- Ernst, J.M., & Cacioppo, J.T. (1999): Lonely hearts: Psychological perspectives on loneliness. *Applied and Preventive Psychology* 8, 1
- Feineis, B. (1998): Soziale Netzwerkarbeit mit Drogenabhängigen. In: Röhrle, B. et. al. (Hrsg): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 119 – 138.
- Fichter, M.M., Quadflieg, N., Greifenhagen, A., Koniarczyk, M. & Wölz, J. (1997): Alcoholism among homeless men in Munich, Germany. In: *Eur. Psychiatry* 12, 64 – 74. Paris: Elsevier.
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (2001): Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Volume Issue 2.
- Fuchs, T. (2013): *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 4., aktualisierte und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hellmer, I. (2009): Trauma, Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Substanzabhängigkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, Jg 32. S. 5 – 12.
- Herrle, J. (1998): Soziale Unterstützungsnetzwerke im psychotherapeutischen Kontext. In: Röhrle, B. et. al. (Hrsg): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 51 – 75.
- Hilge, T. (1998): *Entwicklung eines Meßinstruments zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker: die Braunschweiger Merkmalsliste (BML)*. Dissertation Braunschweig.
- Hillemacher, T. & Bleich, S. (2008): Neurobiology and treatment in alcoholism – recent findings regarding Lesch's typology of alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*.
- Hurrelmann, K. (2006): *Gesundheitssoziologie*. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Aufl. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Insel, Th.R. (2003): Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior* 79, 351 – 357.
- König, B., Gutierrez, K. & Platz, W.E. (1999): Alkohol im Maßnahmenvollzug - Entwicklung und Diagnose. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung* Jg. 22, Nr. 4, 47 - 54.
- Körkel, J. (1999): Umgang mit dem Alkoholrückfall. In: Götz, (Hrsg) *Moderne Suchtmedizin*. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome. New York: Thieme.

- Künkel, F. (1928,1975): *Einführung in die Charakterkunde*. Stuttgart: Hirzel.
- Lange, W., Reker, M. & Driessen, M. (2008): Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht* 54, 20 – 30.
- Lapp, M.L., Polcin, D.L. & Korch, R.A. (2011): A Reciprocal Effects Model for Achieving and Maintaining Sobriety. *Gestalt Theory*, Vol 33, No 1. 9 – 25.
- Lesch, O.M (1985): *Chronischer Alkoholismus. Typen und ihr Verlauf*. Eine Langzeitstudie. Stuttgart/New York: Georg Thieme-Verlag.
- Lesch, O.M., Lesch, E., Dietzel, M., Mader, R., Musalek, M., Walter H. & Zeiler, K. (1986): Chronischer Alkoholismus - Alkoholfolgekrankheiten - Todesursachen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*. 19 - 20, 505 - 515.
- Lesch, O.M., Walter, H., Bonte, W., Musalek, M. & Sprung, R. (1990): Verlaufsorientierte Alkoholismusdiagnostik. In: Schwoon, D. R. & Krausz, M.: *Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder in der Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Encke.
- Lesch, O.M. & Soyka, M. (2004): Typologien der Alkoholabhängigkeit und ihre Bedeutung für die medikamentöse Therapie. In: *Neuro-Psychopharmaka*, Band 6 (2. Auflage). Wien/New York: Springer.
- Lesch, O.M., Walter, H. & Wetschka, C. (2009): *Alkohol und Tabak. Medizinische und soziologische Aspekte von Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit*. Wien/New York: Springer.
- Lesch, O.M., Walter, H., Wetschka, C., Hesselbrock, M. & Hesselbrock, V. (2010): *Alcohol and Tobacco. Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction*. Wien/New York: Springer.
- Lesch, O.M. & Wetschka, C. (2011): *Suchthilfe – Wo stehen wir und wo müssen wir hin? Gemeindefähige Psychiatrie*. In press.
- MacDonald, G. & Leary, M.R. (2005): Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical brain. *Psychological Bulletin* 131, 202.
- MacLean, P. (1990): *The triune brain in evolution: role in paleocerebral functions*. New York: Plenum.
- Mathias, U. (1982): Die Entwicklungstheorie J. L. Morenos. In: Petzold, H. & Mathias, U: *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn: Junfermann.
- Meany, M. (2001): Nature, nurture, and the Disunity of Knowledge. *Annals of the New York academy of Sciences* 935, 50 – 61.
- Metzger, W. (1973): *Einführung zu Alfred Adler: Der Sinn des Lebens*. Frankfurt: Fischer.
- Moggi, F. (2007): *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage Bern: Huberverlag.
- Moreno, J.L. (1947): The social atom and death. *Sociometry* 10, 81 – 86; Nachdruck: The Sociometry Reader, Free Press, Glencoe 1960.
- Müller, L., & Petzold, H. (2002): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in "prekären Lebenslagen" – „Client dignity?“ In: Märtens/Petzold: *Therapieschäden*, Mainz: Grünewald, 293 – 332.
- Petzold, H. (Hrsg.) (1974): *Drogentherapie*. Modelle, Methoden, Erfahrungen. Hoheneck: Junfermann. .
- Petzold, H. & Neuss, (1974): Daytop, das „Konzept“ einer therapeutischen Gemeinschaft für die Rehabilitation Drogenabhängiger. In: Petzold, *Drogentherapie. Modelle, Methoden, Erfahrungen*, 62 – 95.
- Petzold, H. & Vormann, G. (Hrsg)(1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle – Supervision*. (Leben lernen 45). München: Pfeiffer.
- Petzold, H. (1980a): Ablösung und Trauerarbeit im Four-Step-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige. In: Petzold/Vormann: *Therapeutische Wohngemeinschaften*.
- Petzold, H. & Mathias, U. (1982): *Rollenentwicklung und Identität*. Von den Anfängen der Rollentheorie zum sozialpsychiatrischen Rollenkonzept Morenos. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. & Petzold, C. (1998): Kundenorientierung in psychosozialen Institutionen und Organisationen – kritische Überlegungen zu einer neuen Methode und zu einem „differenziellen Kundenbegriff“, *Gruppendynamik* 2, 207 – 230.
- Petzold, H. (2004): *Mit alten Menschen arbeiten*. Teil 1. Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. (Leben lernen 175). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold, H. (2005/1980): Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen. *Polyloge – Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit*. Ausgabe 01/2005 (Internetzeitschrift: [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge)).
- Rampon, C. et. al. (2000): Effects of environmental enrichment on gene expression in the brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 97, 12880 – 12884.
- Röhrle, B. et. al. (1998): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag

## Wetschka, Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe?

- Röhrle B, Sommer G (1998a): Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In: Röhrle B. et. al. (Hrsg): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag. 13 – 47.
- Rosow, I. (1977): The social milieu: neighbourhood interaction of the elderly. In: Ostwald, P.F, *Communication and social interaction*, New York: Grune & Stratton, 291 – 302.
- Roth, G. (2008): *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten*. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ruh, M. (1996): Phänomenale Ordnung bei psychischen Störungen: Zur Aktualität der Thesen Heinrich Schultes. *Gestalt Theory*, Vol 18, No 1, 68 – 81.
- Stemberger, G. (Hrsg) (2002): *Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis*. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre. Wien: Krammer.
- Stemberger, G. (2002): Gestalttheoretische Beiträge zur Psychopathologie. In: Stemberger, G. (Hg): *Psychische Störungen im Ich-Welt-Verhältnis*. Gestalttheorie und psychotherapeutische Krankheitslehre. Wien: Krammer-Verlag, 7 – 26.
- Sadava, S.W. & Pak, A.W. (1994): Problem drinking and close relationships during the third decade of life. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 251 – 258.
- Schatovits, H. & Adrigan, A. (Hrsg.) (2011): *Heimat finden. Gemeinschaftliches Wohnen zwischen Sehnsucht und Gelingen*. Graz: Neuer wissenschaftlicher Verlag.
- Soff, M. & Ruh, M. (1999): Gestalttheorie und Individualpsychologie: Eine fruchtbare Verbindung. *Gestalt Theory*, Vol 21, No. 4, 184 – 202.
- Stax, T.B. (2003): Estimating the Use of Illegal Drugs among Homeless People Using Shelters in Denmark, *Substance Use & Misuse* 38(3/6), 443–462.
- Straus, F. & Höfer, R. (1998): Die Netzwerkperspektive in der Praxis. In: Röhrle B. et. al. (Hrsg): *Netzwerkintervention*. Tübingen: dgvt-Verlag. 77 – 95.
- Tsemberis, S., Gulcur, L. & Nakae, M. (2004): “Housing first”. Consumer Choice and Harm Reduction for Homeless Individuals With a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, Vol 94, 651 – 655.
- Vanier, J. (2006): *In Gemeinschaft leben. Meine Erfahrungen*. Wuppertal: R. Brockhaus-Verlag.
- Vormann, G. & Heckmann, W. (1980): Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland. In: Petzold H. & Vormann, G (Hrsg): *Therapeutische Wohngemeinschaften*. München: Pfeiffer, 24 – 57.
- Wetschka, C. (1999): *Prolegomena zu einer möglichen Ontologie der Sucht*. Dissertation Wien.
- Wetschka, C. (2006): *Soziotherapie mit Alkoholkranken*. Einführung in die Typologie nach Lesch. (Skriptum)
- Wetschka, C. (2009): Soziotherapie mit Alkohol- und Tabakabhängigen unter Berücksichtigung der Typologie nach Lesch. In: Lesch, W.: *Alkohol und Tabak*. Wien/New York: Springer.
- Windle, M. & Scheidt, D.M. (2004): *Alcoholic subtypes: are two sufficient?* (Research Report). New York: Addiction.
- Young, L.J., Lim, M.M., Gingrich, B. & Insel, T.D. (2001): Cellular Mechanisms of Social Attachment. *Hormones and Behavior* 40, 133 – 138.
- Zago-Gomes, M.d.P. & Nakamura-Palacios, E.M. (2009): Cognitive Components of Frontal Lobe Function in Alcoholics Classified According to Lesch's Typology.

**Christian Wetschka**, Mag. Dr., studierte Psychologie, Pädagogik, Germanistik und Philosophie. 26 Jahre tätig im Bereich der Wohnungslosenhilfe, 16 Jahre Mitarbeiter im Vinzenzhaus der Caritas (sozialtherapeutisches Wohnheim für wohnungslose Alkoholranke), Supervisor (ÖVS), Lehrtätigkeit (Schwerpunkte: Alkoholkrankheit, psychische Krankheiten, Umgang mit Aggressionen, Sozialpädagogik). Pastoralassistent, Theaterpädagoge (20 Jahre Theaterprojekt „Kreativ am Werk“) – Div. Publikationen zum Thema Sucht und Sozialtherapie.

Adresse: Caritas Wien, Verein Struktur, Kreativ am Werk, VinziRast-CortiHaus, ÖVS, Mentergasse 13, 1070 Wien

E-mail: [christian.wetschka@tele2.at](mailto:christian.wetschka@tele2.at) oder: [caritasgemeinde@gmx.at](mailto:caritasgemeinde@gmx.at)

