

Sonderheft Nr. 4 (2023)

Psychotherapie mit wohnungslosen Menschen Chancen und Schwierigkeiten in Wien

Anna-Maria Leisser¹

¹ Sigmund Freud PrivatUniversität

Die vorliegende Arbeit wurde als Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magistra der Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud PrivatUniversität Wien, Fakultät für Psychotherapiewissenschaft, eingereicht und von Univ.-Prof. Mag. DDr. Bernd Rieken betreut.

Kurzzusammenfassung

Wohnungslosigkeit ist eine psychosoziale und multifaktorielle Problemlage, welche bei Betroffenen zu erheblichen seelischen Belastungen führt. Diese können sich in psychischen Erkrankungen ausdrücken. Die Fragestellung der Arbeit beschäftigt sich damit, ob Psychotherapie als anerkanntes Heilverfahren in der Behandlung von wohnungslosen Personen hilfreich sein kann. Dafür werden zuerst die theoretischen Hintergründe erklärt und psychotherapeutische Angebote vorgestellt. Um die psychotherapeutische Arbeit mit wohnungslosen Menschen in Wien zu erfassen, wurden Expert*inneninterviews mit Therapeut*innen geführt, die in der Wohnungslosenhilfe tätig sind. Durch die induktive Kategoriebildung im Sinne einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse wurden fünf Hauptkategorien gebildet: Psychotherapie mit wohnungslosen Personen; Diagnosen, Psychiatrie und Medikation; Therapeut*innen in der Wohnungslosenhilfe; Wohnungslosigkeit und deren Themen und aktuelle Psychotherapieangebote vs. gewünschte therapeutische Versorgung. Die Auswertungen wurden dann mit den theoretischen Vorannahmen verglichen und konnten zu einem die psychotherapeutische Tätigkeit beschreibenden Ergebnis gebracht werden.

Abstract

Homelessness is a psychosocial and multifactorial issue that leads to significant emotional distress among those affected. This distress can manifest in mental illnesses. The focus of this study explores whether psychotherapy, as an acknowledged therapeutic approach, can be beneficial in treating homeless individuals. To begin with, the theoretical background and psychotherapeutic services will be explained. In order to capture the psychotherapeutic work with homeless people in Vienna, expert interviews were conducted with therapists working in homeless care. Through inductive category formation, employing qualitative content analysis, five main categories were identified: psychotherapy with homeless individuals, diagnoses, psychiatry, and medication; therapists in homeless care; homelessness and related themes; and current psychotherapy services versus desired therapeutic care. The findings were then compared to the theoretical assumptions, resulting in a descriptive outcome outlining the psychotherapeutic activity.

Inhaltsverzeichnis

1	<u>EINLEITUNG</u>	6
1.1	ZIELSETZUNG UND AUFBAU DER ARBEIT.....	6
2	<u>WOHNUNGSLOSIGKEIT UND OBDACHLOSIGKEIT</u>	7
2.1	DEFINITION WOHNUNGSLOSIGKEIT UND OBDACHLOSIGKEIT	7
2.1.1	OBDACHLOSIGKEIT	7
2.1.2	WOHNUNGSLOSIGKEIT.....	7
2.1.3	LEBEN IN UNGESICHERTEN WOHNVERHÄLTNISSEN.....	8
2.1.4	LEBEN IN UNGENÜGENDEN WOHNVERHÄLTNISSEN.....	8
2.2	HISTORIE – VON NICHTSESSHAFTIGKEIT ZUR WOHNUNGSLOSIGKEIT	8
2.3	ZAHLEN UND FAKTEN IN ÖSTERREICH	10
2.4	GRÜNDE FÜR WOHNUNGSLOSIGKEIT.....	10
2.4.1	STRUKTURELLE GRÜNDE.....	12
2.4.2	INDIVIDUELLE GRÜNDE	12
2.5	ÜBERBLICK WOHNUNGSLOSENHILFE WIEN	13
3	<u>WOHNUNGSLOSIGKEIT UND PSYCHE</u>	15
3.1	DER ZUSAMMENHANG VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN UND WOHNUNGSLOSIGKEIT	15
3.2	AKTUELLE FORSCHUNG	16
3.3	HÄUFIGE DIAGNOSEN	17
3.3.1	SUCHTERKRANKUNGEN	17
3.3.2	PSYCHOTISCHE ERKRANKUNGEN UND ERKRANKUNGEN AUS DEM SCHIZOPHRENE FORMENKREIS	19
3.3.3	TRAUMA	19
4	<u>PSYCHOTHERAPIE MIT WOHNUNGSLOSEN PERSONEN</u>	21
4.1	DAS BIOPSYCHOSOZIALE MODELL.....	22
4.2	MULTIPROFESSIONALITÄT	23
4.3	PSYCHOTHERAPIE UND WOHNUNGSLOSIGKEIT – EINE PROBLEMANALYSE	24
4.3.1	PATHOLOGISIERUNG VON WOHNUNGSLOSIGKEIT	24
4.3.2	BESCHRÄNKUNGEN DER PSYCHOTHERAPIE MIT „HARD-TO-REACH“-KLIENT*INNEN.....	24

4.4	PSYCHOTHERAPEUTISCHE ANGEBOTE FÜR WOHNUNGSLOSE PERSONEN MIT PSYCHISCHER ERKRANKUNG	25
4.4.1	STATIONÄRE VERSORGUNG	25
4.4.2	AMBULANTE VERSORGUNG	25
5	<u>INDIVIDUALPSYCHOLOGIE UND WOHNUNGSLOSIGKEIT</u>	28
5.1	ADLERS ANFÄNGE ALS SOZIALMEDIZINER	28
5.1.1	SOZIALMEDIZINISCHE GRUNDGEDANKEN IN DER BEHANDLUNG PSYCHISCH ERKRANKTER WOHNUNGSLOSER .	30
5.2	BEGRIFFE DER INDIVIDUALPSYCHOLOGIE	31
5.2.1	DAS MINDERWERTIGKEITSGEFÜHL	31
5.2.2	DAS GEMEINSCHAFTSGEFÜHL	34
6	<u>METHODE.....</u>	41
6.1	ZIELSETZUNG.....	41
6.2	FORSCHUNGSSTAND	41
6.3	FORSCHUNGLÜCKE	41
6.4	DAS QUALITATIVE INTERVIEW.....	41
6.4.1	DAS EXPERT*INNENINTERVIEW	43
6.4.2	AUSWAHL DER EXPERT*INNEN.....	44
6.4.3	DURCHFÜHRUNG DER INTERVIEWS	45
6.4.4	TRANSKRPTIONSREGELN	45
6.5	FORSCHUNGSFRAGE UND INTERVIEWLEITFADEN.....	46
6.6	DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE.....	48
6.6.1	ZUSAMMENFASSENDE INHALTSANALYSE DURCH INDUKTIVE KATEGORIENBILDUNG	48
6.7	ERGEBNISSE	49
6.7.1	BILDUNG DES KATEGORIENSYSTEMS.....	49
6.7.2	HAUPTKATEGORIE: PSYCHOTHERAPIE MIT WOHNUNGSLOSEN PERSONEN	50
6.7.3	HAUPTKATEGORIE: DIAGNOSEN, PSYCHIATRIE UND MEDIKATION	56
6.7.4	HAUPTKATEGORIE: THERAPEUT*INNEN IN DER WLH.....	59
6.7.5	HAUPTKATEGORIE: WOHNUNGSLOSIGKEIT UND DEREN THEMEN	61
6.7.6	HAUPTKATEGORIE: AKTUELLE PSYCHOTHERAPIEANGEBOTE VS. GEWÜNSCHTE PTH. VERSORGUNG.....	64
6.8	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	67
6.9	KRITISCHE BETRACHTUNG UND EINGRENZUNG DER GÜLTIGKEIT.....	71
7	<u>AUSBLICK</u>	72

8	<u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u>	<u>73</u>
8.1	WISSENSCHAFTLICHE LITERATUR	73
8.2	ONLINE QUELLEN	79
9	<u>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</u>	<u>81</u>
10	<u>ANHANG: LEITFADEN DES EXPERT*INNENINTERVIEWS</u>	<u>82</u>

1 *Einleitung*¹

»Mir kann kein Mensch helfen.« Oder: »Wozu reden? Das verändert ja doch nichts an der ganzen Scheiße.« (Trinkl 2015, S. 134) Ja, wozu reden? Im Angesicht der vielschichtigen und existenziellen Problemlagen, mit denen von Wohnungslosigkeit Betroffene tagtäglich konfrontiert sind, scheint ein bisschen Reden kaum Möglichkeit für Veränderung bringen zu können. Daher stellt sich die Frage, wie und ob Psychotherapie mit wohnungslosen Personen funktionieren kann. Dafür bedarf es einer Vielzahl an Erläuterungen: Wer sind wohnungslose Personen? Warum sind sie wohnungslos? Welchen Einfluss hat ihre Situation auf die Psyche? Welche Unterstützung brauchen sie, und welche gibt es schon? Und hilft reden vielleicht doch?

1.1 *Zielsetzung und Aufbau der Arbeit*

Um ein besseres Verständnis für die Problemverknüpfungen zu erlangen, welche mit Wohnungslosigkeit einhergehen, werden verschiedene Themenbereiche beleuchtet. Zunächst wird auf die Begriffe Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit, ihre Definition, Geschichte und aktuelle Zahlen eingegangen. Wohnungslosigkeit und Psyche soll die Zusammenhänge von psychosozialen Problemlagen und psychischen Erkrankungen darstellen. Im Kapitel über Psychotherapie mit wohnungslosen Personen werden verschiedene Aspekte der Therapie mit Betroffenen beleuchtet und Multiprofessionalität und professionelle Problemstellungen erörtert. Hier findet sich auch eine Auflistung von psychotherapeutischen Angeboten für Betroffene in Wien. Die individualpsychologische Betrachtung (Individualpsychologie und Wohnungslosigkeit) des Themas bezieht sich auf die sozialmedizinischen Wurzeln des biopsychosozialen Modells und setzt Minderwertigkeit und das Gemeinschaftsgefühl mit Wohnungslosigkeit in einen Kontext. Dieser theoretische Block bezieht sich auf den ersten Teil der Forschungsfrage:

„Welche psychotherapeutischen Angebote gibt es für wohnungslose Menschen in Wien, und wie beschreiben Psychotherapeut*innen ihre Arbeit mit Betroffenen?“

Wie in der Methode beschrieben, wurden, um die psychotherapeutische Arbeit selbst zu beforschen, sieben Interviews mit Expert*innen geführt, welche durch induktive Kategorienbildung im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet wurden. Es ergaben sich fünf Hauptkategorien als Themenblöcke, die die therapeutische Arbeit mit wohnungslosen Personen umfassend beleuchten.

¹ Diese Arbeit wurde als Abschlussarbeit des Magisteriums der Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund Freud Privat Universität Wien approbiert und zur Anrechnung als Abschlussarbeit des Fachspezifikums Individualpsychologie an der SFU eingereicht.

2 Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit

2.1 Definition Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit

Es ist für das Verständnis der Lebenssituationen armutsbetroffener Klient*innen essenziell, die offiziellen Termini zum Thema Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit zu kennen. Diese wurden von FEANTSA (Europäischer Dachverband der Wohnungslosenhilfe) als einheitliche Begrifflichkeiten in der EU vorgeschlagen und tragen den Namen ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Als Basis für die Aufspaltung der Begriffe gilt folgende Definition des persönlichen Wohnraumes. (vgl. FEANTSA 2005)

„Eine Wohnung zu haben kann verstanden werden als der Besitz eines Gebäudes (Raumes), über das die Person und ihre Familie die ausschließlichen Besitzrechte ausüben kann (physischer Bereich), in dem sie Privatheit aufrechterhalten und Beziehungen pflegen kann (sozialer Bereich) und über die es einen legalen Rechtstitel gibt (rechtlicher Bereich).“ (FEANTSA 2005)

Aus der Übersetzung wird klar, dass mit Besitz auch Miete gemeint ist („having a home“). Diese Erklärungen ermöglichen eine genaue Beschreibung der Wohnumstände und sind die Basis für situationsangepasste psychosoziale Angebote.

2.1.1 Obdachlosigkeit

Als obdachlos gelten jene Personen, welche keinen festen Wohnsitz haben und im öffentlichen Raum nächtigen. Dazu gehören etwa Parks, öffentliche Verkehrsmittel oder Hauseingänge. Allerdings zählen auch Personen dazu, welche in Notunterkünften untergebracht sind. Diese sind ebenfalls gefährdet, da diese keinen sicheren Nächtigungsplatz für einen längeren Zeitpunkt anbieten, sondern oft sogar nur für eine Nacht (vgl. FEANTSA 2005).

2.1.2 Wohnungslosigkeit

Wohnungslos ist, wer keinen mietrechtlich abgesicherten Raum oder Wohneigentum hat, aber für den Moment wohnversorgt ist. Dies ist in öffentlichen Einrichtungen wie etwa Häusern der Wohnungslosenhilfe, Frauenhäusern oder Unterkünften für Asylsuchende der Fall. Auch Personen, die sich in Krankenhäusern, stationären Einrichtungen oder in Haft befinden und nach der Entlassung keinen Wohnort haben, sind wohnungslos. (vgl. FEANTSA 2005) Dort ist die Aufenthaltsdauer oftmals begrenzt, aber für den ausgemachten Zeitraum gesichert. Das Leben in diesen Einrichtungen ist an gewisse Regeln (Hausordnung) und Betreuungsvereinbarungen geknüpft

2.1.3 *Leben in ungesicherten Wohnverhältnissen*

Personen, die vorübergehend bei Freund*innen oder Familie unterkommen oder von Delogierung betroffen sind, leben in ungesicherten Wohnverhältnissen. In diesen Konstellationen kann es aufgrund von mangelnden Mietverträgen auch zu Abhängigkeiten kommen. Ebenso betrifft dies Personen, die in ihrer eigenen Wohnung von Gewalt betroffen sind. Das Leben in ungesicherten Mietverhältnissen zählt zu der sogenannten „versteckten“ Wohnungslosigkeit, da diese Personen nicht als wohnungs- oder obdachlos im System erfasst werden. Dies erschwert den Zugang zu psychosozialer Unterstützung, wie etwa Sozialarbeit. (vgl. FEANTSA 2005)

2.1.4 *Leben in ungenügenden Wohnverhältnissen*

Das Leben in Wohnprovisorien wie Wohnwägen, Garagen, Kellern oder Zelten sowie überfüllten Wohnungen mit zu vielen Personen pro Quadratmeter oder besetzten Häusern zählt zu den ungenügenden Wohnverhältnissen. (FEANTSA 2005)

2.2 *Historie – Von Nichtsesshaftigkeit zur Wohnungslosigkeit*

Die Theorien zur Wohnungslosigkeit standen immer fest im Kontext der jeweiligen historischen Epoche. Von Wanderbettel zur Nichtsesshaftigkeit, über den Wandetrieb, zur Wohnungslosigkeit wurden über die letzten Jahrhunderte verschiedenste, gesellschaftlich geprägte Erklärungsmodelle beschrieben. Im folgenden Kapitel wird ein Überblick über das Phänomen der Wohnungslosigkeit im Wandel der Zeit gegeben.

Im 18. und 19. Jahrhundert zogen zwischen 20–30% der Bevölkerung in vielen Ländern Europas zu Krisenzeiten als „Bettel“ durchs Land. Nichtsesshaftigkeit und mobile Lebensweise wurden als Lebens- und Arbeitsform gesellschaftlich akzeptiert. Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts wurden Nichtsesshafte erfasst und zwischen legal Reisenden und illegal Umherziehenden unterschieden. Die Dokumentation von Clemens Theodor Perthes aus dem Jahr 1843 zur Wanderarbeit begründete die moderne Armutforschung in Deutschland und gab den Anstoß für die Gründung von Herbergen zur Heimat. Probleme von Armut und Wohnungslosigkeit wurden individualisiert, und Stigmatisierungen reichten an Zuschreibungen von „schuldhaft Versagenden“, „Nicht-Arbeitswilligen“ bis hin zu „nicht resozialisierungswilligen Delikt Tätern“.

Friedrich von Bodelschwingh war der Begründer des Konzeptes der „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „aktivierender Fürsorge“. Er gründete 1882 die erste Arbeitskolonie als Mittel der Umerziehung und Eingliederung. Er suchte arbeitsame und arbeitsscheue Wohnungslose zu trennen und erkannte Prinzipien der Sozialisierung und Gewohnheitsbildung (Einschulung der „Jungen“ durch die „Alteingesessenen“

in das Vagabundentum). Er sah Mittel der Besserung in der Bereitstellung von Arbeitsmöglichkeiten und Herauslösung aus Vagabundenmilieu.

Dies steht im krassen Gegensatz zu der 1889 aufkommenden Theorie der „Poriomanie“. Dieses psychiatrisch-medizinische Erklärungsmuster unterstellte Nichtsesshaften eine „Wandererpersönlichkeit“ als Veranlagungsdefekt und Grundlage für den mobilen Lebensstil. Der deutsche Arzt Donath beschreibt die Poriomanie als epileptischen Wandertrieb, welcher impulshaft auftritt und dem nicht widerstanden werden kann. (vgl. Lutz et al. 2017, S. 59–63) Dies stellt den Beginn der psychischen Erklärungsmuster und ebensolcher Stigmatisierung von Wohnungslosigkeit dar.

Die Zeit des Nationalsozialismus zeigt ein besonders dunkles Kapitel der Nichtsesshaftenhilfe auf, wurde doch 1938 vom bayerischen Landesverband für Wanderdienst die Schrift „Der nichtseßhafte Mensch“ herausgegeben, welche unter anderem zwischen „wandernden Bettlern“, „verbrecherischen Bettlern“, „reinrassigen Zigeunern“ und „einer Abfallschicht von Mischlingen und jenischen Landfahrern“ (Lutz et al. 2017, S. 66f.) unterschied und so sowohl zur Verfolgung und Vernichtung von Roma und Sinti sowie zur Kastration von „jenischen Landfahrern“ in Wanderhöfen führte. Die Veranlagungstheorie wurde weitergeführt und sowohl Erbanlage sowie psychische Abnormität als Grundlage des wandernden Lebensstils gesehen. (Ayaß 2013, S. 99) Dies setzte sich auch nach dem 2. Weltkrieg fort, so beschreibt etwa Gerhard Schorsch (1952) Nichtsesshafte als „Schwachsinnige“, „seelisch Erkrankte“ und „Personen, die in ihrer Charakterbeschaffenheit so starke Abweichungen aufweisen, dass sie eine Normalexistenz nicht zu leben vermögen“ (Lutz et al. 2017, S. 67). Sie sollten gerichtlich in eine geeignete Anstalt oder in ein Heim eingewiesen werden.

Auch in den 1970er Jahren dominierte noch die Ansicht der Behandelbarkeit von Nichtsesshaftigkeit. Es wurden Faktoren herausgearbeitet, welche einander in Wechselwirkung beeinflussen und die psychische sowie soziale Situation einer Person beschreiben: „materielle Existenz, Identität, Status, Ansehen, Bindung“. (Lutz et al. 2017, S. 68) Aufgrund dieser Faktoren konnte nun zwischen potenzieller, latenter, periodischer oder chronischer Nichtsesshaftigkeit unterschieden werden. Die auf individuellen Faktoren und psychologischen Erklärungsmustern basierte Ursachenbeschreibung führte dazu, dass Nichtsesshaftigkeit als therapeutisch behandelbar betrachtet wurde. Es wurde ein Katalog von „sozialen Schwierigkeiten“ ausgearbeitet, der unter anderem Schwierigkeiten des Leistungsverhaltens, des Sozialverhaltens, der Emotion, mangelnde Kooperation, Suchtprobleme und eine problematische Werthaltung beinhaltete. Diese sollten durch Therapie und Trainings behoben werden.

Es folgte eine starke Kontroverse zwischen therapeutisch orientierten Mitarbeiter*innen und jenen, welche die Armutsproblematik im Vordergrund sahen. 1985 folgte der Umbruch, als die Bundesarbeitsgemeinschaft in ihrem Grundsatzprogramm Nichtsesshaftigkeit als ein Problem von Armut und Unterversorgung definierte. Arbeitslosigkeit, Krankheit, Sucht, Behinderung und psychische Erkrankung sowie Wohnungslosigkeit und Sozialhilfebedürftigkeit seien die Hauptproblemlagen. Es folgte eine Erweiterung um den Begriff des Wohnungsnotfalls, welcher den akuten Verlust der Wohnung

beschreibt und heute noch verwendet wird. Es wurden die Grundpfeiler der ETHOS-Typologie gelegt und akute Wohnungslosigkeit, potenzielle Wohnungslosigkeit und unzumutbares Wohnen unterschieden, welche alle einer institutionellen Hilfestellung zur Versorgung bedürfen. In den 1990er Jahren wurde der Fokus auf Armut und Wohnungslosigkeit gelegt. Armut wurde seither als „Folge unterschiedlicher, zusammenwirkender Faktoren verstanden, als ein Komplex multipler sozialer Deprivation.“ (Lutz et al. 2017, S. 70)

2.3 Zahlen und Fakten in Österreich

Aufgrund welcher Problematiken verlieren Personen in Österreich ihre Wohnung? So geben laut dem Fond Soziales Wien (FSW) 40% der Betroffenen an, aufgrund von Arbeitslosigkeit ihren Wohnort verloren zu haben. Weitere Gründe seien falscher Umgang mit Geld, Scheidung und Probleme mit der psychischen und physischen Gesundheit. Somit geben laut dieser aktuellen Umfrage aus 2020 25% der Befragten psychische Erkrankung als Hauptgrund für ihre Wohnungslosigkeit an. (vgl. Fonds Soziales Wien 2020b, S. 24) Die Angebote der Wohnungslosenhilfe orientieren sich an den Ursachen und bieten daher ein breites Spektrum an Wohnmöglichkeiten an.

2018 waren 22.741 Personen in Österreich obdach- und wohnungslos gemeldet. 11.755 davon waren in Wohnungsloseneinrichtungen untergebracht. Der Großteil (57%) davon lebt in Wien. Die meisten Personen waren akut wohnungslos, nur 26,9% waren ganzjährig obdach- oder wohnungslos. Mit 69,2% waren mehr Männer als Frauen betroffen, allerdings gibt die Untersuchung zu bedenken, dass frauenspezifische Obdachlosigkeit eventuell nicht ausreichend erfasst wurde. Zwei Drittel waren zwischen 25 und 64 Jahre alt. Interessant ist, dass der Anteil, der über 65-Jährigen dieser Gruppe nur 6,7% groß ist, wobei es in der restlichen Bevölkerung 18,8% umfasst und damit dreimal so groß ist. Die Studie verweist auf einen möglichen Zusammenhang von höherer Sterblichkeit von obdachlosen Personen. 55% der erfassten Personen waren österreichische Staatsbürger, ähnlich viele sind in Österreich geboren (54,45%). (Glaser & Till 2019, S. 45ff.)

2.4 Gründe für Wohnungslosigkeit

„Es war eine der wichtigsten Erkenntnisse im Hilfesystem überhaupt, dass es nicht den Wohnungslosen als einheitlichen Typus gibt.“ (Lutz et al. 2017, S. 98) Beispiele für den Wohnplatzverlust seien unter anderem der Verlust des Arbeitsplatzes, Scheidung, Mieterhöhung, unerwartete Ausgaben und traumatische Verluste und psychische Erkrankung. So unterschiedlich wie die Betroffenen von Wohnungslosigkeit sind, so unterschiedlich sind auch die Faktoren, welche dazu führen. Wohnungslosigkeit ist eine multifaktorielle Problemlage, die nicht auf einen einzelnen Auslöser zurückzuführen ist. Allerdings sind Armut und Armutsgefährdung Vorbedingungen, welche zu einer Abwärtsspirale führen können.

„Als gemeinsamer Nenner der Existenzbedrohung durch Wohnungslosigkeit kann das Zusammentreffen von Armut, Wohnungsnot und sozialer Ausgrenzung hervorgehoben werden, das zu einer

komplexen Kumulation von Benachteiligungen, zu einer fortschreitenden Verringerung individueller Ressourcen und Kapazitäten und – auf längere Sicht betrachtet – zu einer Verengung der individuellen Perspektiven und Lebenschancen führt.“ (Schoibl 2011, S. 19)

Die folgende Aufzählung ist keinesfalls insofern erschöpfend, als dass Alter, Geschlecht oder die vorangegangene Wohnsituation (wie etwa nach Entlassung aus der Haft oder einem langen Krankenhausaufenthalt) jeweils eigene Problematiken in sich bergen, welche zu Wohnungslosigkeit führen können. Des Weiteren wird zwischen strukturellen und individuellen Gründen entschieden. Dies ist allerdings differenziert zu betrachten, da individuelle Gründe zwar das Individuum, die Einzelperson, betreffen, aber durch die strukturellen Defizite erst zum bedingenden Grund von Wohnungslosigkeit werden.

I02: Welche Probleme gab es? (Mehrfachantworten möglich)

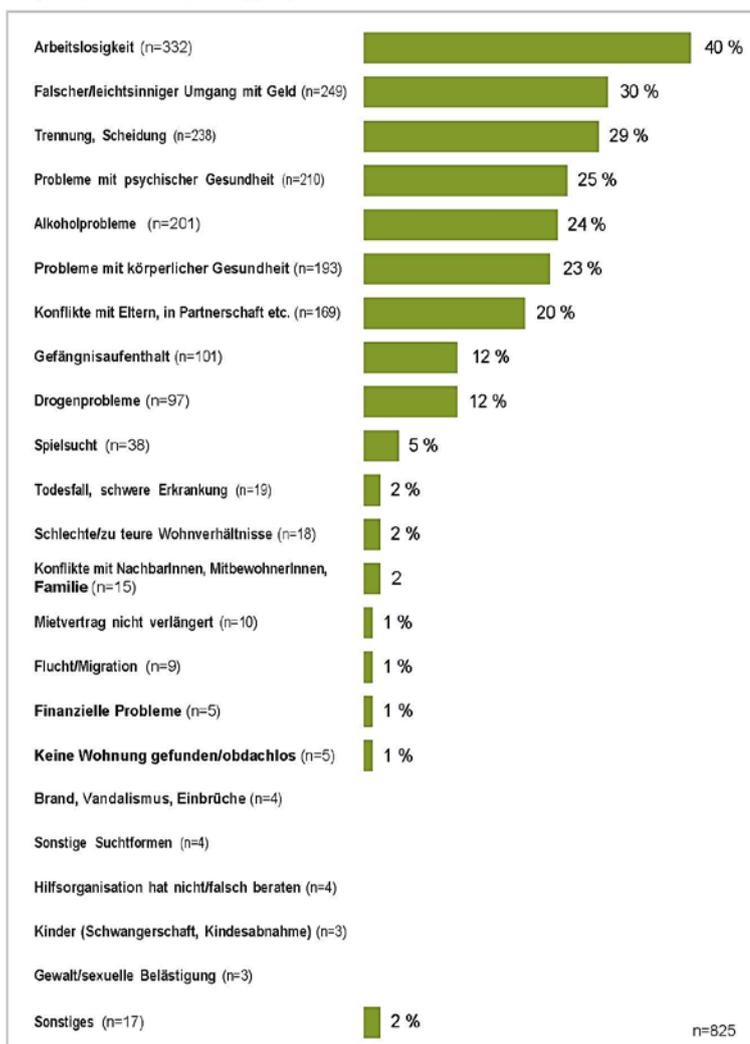


Abbildung 1: Gründe für Wohnungslosigkeit (Fonds Soziales Wien 2020a, S. 24)

In einer Befragung des FSW vom Frühjahr 2020 wurden unter 974 Kund*innen von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe folgende Problemlagen erhoben, welche zur Wohnungslosigkeit geführt haben sollen.

2.4.1 Strukturelle Gründe

Wohnungslosigkeit und Armut haben nahezu dieselben Auslöser. „Wohnungslosigkeit ist eine drastische Ausformung von Armut, die nicht als isolierte Problemlage gesehen werden kann.“ (Löhlein 2008, S. 12) Armutsgefährdung ist ein übergeordneter Auslöser für Wohnungslosigkeit. „Armuts- und Ausgrenzungsgefährdung“ ist ein Ansatz, der sowohl national als auch international als zentrale Messgröße zur Erhebung von Armut verwendet wird. Davon betroffen sind Haushalte, auf die mindestens einer der folgenden Punkte zutrifft: „(1) „erhebliche materielle und soziale Benachteiligung“ (absolute Armut entsprechend europäischem Mindestlebensstandard), (2) „Armutsgefährdung“ (geringes Haushaltseinkommen relativ zum Median der Bevölkerung) und/oder (3) „keine oder sehr niedrige Erwerbsintensität im Haushalt“. (Statistik Austria 2022, S. 2)

2021 waren rund 1,5 Millionen Menschen, also 17,3% der Bevölkerung Österreichs armuts- oder ausgrenzungsgefährdet. Das bedeutet, dass das Nettoeinkommen einer Einzelperson unter € 1371 beträgt. 1,8% waren von erheblicher materieller und sozialer Deprivation betroffen. Dies bedeutet, dass mindestens 7 von 13 Merkmalen des europäischen Mindeststandards nicht erfüllt werden können, wie etwa unerwartete Ausgaben zu tätigen, einmal im Jahr auf Urlaub zu fahren, regelmäßigen Zahlungsverpflichtungen nachzukommen oder die Wohnung warm zu halten.

Von Armut und Wohnungsnot betroffene Personen sind massiv in ihrem Zugang zu Erwerbstätigkeit eingeschränkt und gehen selten einer solchen nach. Doch auch ein aufrechtes Beschäftigungsverhältnis ist kein ausreichender Schutz vor Armut. Auch prekäre Arbeitsverhältnisse ohne Arbeitsverträge machen ein regelmäßiges Bezahlen der Miete oder überhaupt die Ansparung einer Kautionsnahezu unmöglich. Steigende Wohnkosten oder auch die erfolglose Jobsuche führen zu materieller Armut, welche in weiterer Folge zum Wohnungsverlust führen. In neueren Forschungsarbeiten zur weiblichen Wohnungslosigkeit wird beschrieben, dass armutsbetroffene Frauen häufig in prekären Mietverhältnissen bei Familie, Freund*innen oder Bekannten leben. Diese sogenannte verdeckte Wohnungslosigkeit ist von Abhängigkeiten geprägt und kaum statistisch zu erfassen. Für junge Menschen, die ohne Perspektive aus dem elterlichen Haushalt ausziehen (müssen), bedeutet dies manchmal auch schon den ersten Schritt in die Wohnungslosigkeit.

2.4.2 Individuelle Gründe

Die Befragung des FSW (siehe Abb. 1) deckt sich mit aktuellen Forschungen zu den Gründen von Wohnungslosigkeit. Nach Arbeitslosigkeit werden vor allem psychische Problemlagen als verursachend

angeführt. Der PSD (Psychosoziale Dienst) berichtet auf seiner Website, dass psychische Erkrankung zu Wohnungs- und Obdachlosigkeit führen kann und etwa zwei Drittel aller Wohnungslosen an einer psychischen Erkrankung leiden. Dies wird unter anderem in der SEEWOLF-Studie belegt. (vgl. Jahn & Brönnner 2014, S. 6) In einer Untersuchung aus dem Jahr 2010 mit 108 befragten wohnungslosen Personen in Wien wurde ebenfalls erhoben: „Eines der wesentlichsten Ergebnisse der Untersuchung, was Betroffene als den Verlust ihrer Wohnung verursachend erlebt hatten, war die hohe Zustimmung zu dem Statement „Es ging mir psychisch schlecht.“ (Schlösinger 2010, S. 125)

Persönliche Krisen und Belastungen wie etwa Beziehungskrisen und Trennungen, Gewalterfahrungen, Traumata, Flucht aus familiären Abhängigkeiten oder Missbrauchserfahrungen können ebenfalls Teil der Wohnungslosigkeit auslösenden Problematik sein, wenn auch meist im Zusammenspiel mit anderen strukturellen (Vor-)belastungen.

„Hinzu kommen kritische Lebensereignisse wie die Trennung vom Partner, der Verlust des Arbeitsplatzes oder eine schwere Erkrankung. Betroffene reagieren häufiger nicht auf Hilfeangebote, sie ziehen sich zurück, resignieren und betrachten den Verlust der Wohnung als unabwendbares Schicksal oder persönliches Scheitern.“ (Ansen 2007, S. 93)

Besonders hervorzuheben ist die Forschung zu weiblicher Wohnungslosigkeit, welche Konflikte und Verluste sozialer Beziehungen und Gewalterfahrungen als ursächlich ansieht. „Weiter hat sich gezeigt, dass Wohnungsnot und Wohnungslosigkeit von Frauen mit einem hohen Maß an Gewalterfahrung verbunden sind und dass sie neben Armut auch Folge von Gewaltbedrohung und Gewalttätigkeit in der Herkunftsfamilie bzw. der Ehe/Partnerschaft sein können.“ (Enders-Drägässer et al. 2004, S. 33)

2.5 Überblick Wohnunglosenhilfe Wien

Die Struktur der Wiener Wohnunglosenhilfe unterliegt einem konstanten Prozess der Evaluierung und Überarbeitung. Die Erhebungen und Strategien für Wien werden vom FSW, dem Fond Soziales Wien, durchgeführt und präsentiert. Dieser ist der staatliche Fördergeber und Anbieter für viele soziale Angebote, wie etwa die Wohnunglosenhilfe in Wien.

Diese unterteilt sich in drei Teilbereiche: ambulante Angebote, mobile Wohnbetreuung und betreute Wohnangebote. Ambulante Angebote umfassen etwa Nachtquartiere, die kurzfristige Schlafmöglichkeiten anbieten, oder Tageszentren, in denen Betroffene verschiedene Angebote von Sozialarbeit bis zu Gesundheitsangeboten in Anspruch nehmen können. Die mobile Wohnbetreuung beschreibt die Betreuung in der eigenen oder geförderten Wohnung. Den größten Bereich der WLH machen die betreuten Wohnangebote mit 5065 Plätzen aus. Dies sind Wohnhäuser, in denen Betroffene dauerhaft oder übergangsweise leben können. (vgl. Fonds Soziales Wien 2020c, S. 13)

Aktuell arbeitet der Fond Soziales Wien (FSW) an einer neuen Strategie, welche zum Ziel hat, von den großen Wohnhäusern mit ca. 40–100 Bewohner*innen weg hin zu mobiler Wohnbetreuung im sogenannten Housing First zu arbeiten, um Hospitalisierungseffekten dieser heimartigen Wohnsituation vorzubeugen. Dem Gedanken folgend, „Schwimmen lernt man nur im Wasser“, sollen Betroffene nicht mehr den üblichen Weg von Straße, Nachtquartier, Übergangswohnen, betreutes Wohnen in Startwohnungen bis hin zur eigenen Wohnung nach zwei Jahren plus folgen, sondern im Housing First Ansatz direkt von der Straße eine eigene Wohnung vermittelt bekommen, wo dann die Betreuung vor Ort erfolgt. (vgl. Fonds Soziales Wien 2020c, S. 14f.)

3 *Wohnungslosigkeit und Psyche*

3.1 *Der Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit*

Was war zuerst? Die psychische Erkrankung oder der Wohnungsverlust? Der Zusammenhang gestaltet sich komplex, und die Problematiken bedingen einander oftmals wechselseitig. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell beschreibt, dass psychische Erkrankungen durch Stressoren, wie etwa kritische Lebensereignisse (Todesfälle, Arbeitsverlust, etc.), ausgelöst werden können. Diese vermögen auch längerfristig zu belasten. Negative Auswirkungen der Stressoren können durch sogenannte Protektoren abgeschwächt werden. Zu diesen zählen „vor allem ein tragfähiges soziales Netzwerk, soziale Kompetenzen, sowie wirksame Bewältigungsstrategien im Umgang mit Belastungen.“ (Rüsch und Neuenschwander 2004, S. 8f.)

Wohnungslose Personen erleben Exklusion nicht nur in Form von mangelnden Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe, sondern auch durch das Herausfallen aus ihren sozialen Netzwerken. Oftmals werden Kontakte zu Verwandten, Freunden und Bekannten durch den Eintritt in die Wohnungslosigkeit brüchig, oder die Beziehungen waren vorher schon belastet.

„Eine psychische Erkrankung ist mitbedingt durch Belastungen und/oder Defizite im sozialen Netzwerk eines Menschen. Die Erkrankung zeitigt weitere negative Konsequenzen in der sozialen Einbettung der Person.“ (Rüsch und Neuenschwander 2004, S. 9)

Somit fehlt Betroffenen eine wichtige Ressource, welche für die Bewältigung und Prävention von psychischen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit notwendig wäre.

Lutz beschreibt, dass andauernde Belastungszustände zu einer sozialen Erschöpfung und einem Verbleiben in prekären Lebenssituationen führen können. Der sozial erschöpfte Mensch in Wohnungsnot schafft es nicht mehr, seine persönlichen Ressourcen und Problemlösestrategien zu aktivieren.

„Es zeigen sich zum einen Vernachlässigungen und Beeinträchtigungen in körperlichen, gesundheitlichen, psychischen, kognitiven, sozialen und emotionalen Bereichen, zum anderen aber auch Auffälligkeiten im Verhalten wie Ängste, Depression, Rückzug, Selbstwertprobleme, Aggressivität, Unruhe, Konzentrationsstörungen, Dauerinfektionen, chronische Erkrankungen, Mangelkrankungen und auch Suchterkrankungen.“ (Lutz 2014, S. 5)

Dass ein Zusammenhang zwischen den Problemfeldern besteht, ist mittlerweile wissenschaftlich gut belegbar. Als multikausal verkettete Problemlage ist es ein Fall für die inter- und transdisziplinäre Zusammenarbeit und erfordert sowohl die Miteinbeziehung von im Feld tätigen Professionist*innen als auch von Betroffenen, Politik und anderen angrenzenden Wirkungsfeldern. (vgl. Schreiter et al. 2020, S. 1026)

3.2 Aktuelle Forschung

Wohnungslose Personen sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung überdurchschnittlich häufig von seelischen Erkrankungen betroffen. In einer Metaanalyse deutscher Studien zur Erhebung psychischer Erkrankungen wohnungsloser Personen wurde eine Prävalenz von 77,4% im Vergleich zu 19,8% in der Allgemeinbevölkerung erhoben. Die Lebenszeitprävalenz beträgt sogar 93,3%. (Schreiter et al. 2020, S. 1026) Auch von Wohnungslosigkeit bedrohte Personen, welche eine Räumungsklage, Exekutionsverfahren oder Wohnungslosigkeit in ihrer Vergangenheit erlebt haben, weisen eine ähnliche Erkrankungsrate von 79,3% auf. (vgl. Salize et al. 2006, S. 1349) In dieser Gruppe sind Angst- und Belastungsstörungen sowie affektive Störungen prävalenter als bei bereits Wohnungslosen. (Schnaidt 2011, S. 29f.)

77,4% der Wohnungslosen sind laut der Metaanalyse deutscher Studien von einer Achse-I-Störung betroffen. Dies ist ein Überbegriff der DSM-IV-Diagnostik für akute, lebensbeeinträchtigende psychische Störungen, welche das Sozialleben der Betroffenen stark einschränken.

In der von Schreiter et al. genannten Studie westlicher Länder über die Verteilung psychischer Störungen von Wohnungslosen ist Alkoholabhängigkeit (37,9%) am stärksten vertreten, gefolgt von Substanzabhängigkeiten (24,4%), Persönlichkeitsstörungen (23,1%) psychotischen Störungen (12,7%) und Depressionen (11,4%). (vgl. Schreiter et al. 2020, S. 1026) Studien aus England, Deutschland, Schweiz und Österreich zeigen ein sehr ähnliches Bild, wobei Suchterkrankungen, schizophrene Störungen und Depressionen immer die Spitze bilden. Da von keiner „Gruppe“ wohnungsloser Personen gesprochen werden kann und der Zustand absolut heterogene Lebenssituationen beschreibt (Frauen, Männer, Jugendliche, Flüchtende etc.), ist es schwierig, alle Betroffenen in einer Studie zu erfassen. (Schnaidt 2011, S. 33) Die SEEWOLF-Studie erhob 2010 mit 232 Proband*innen, welche Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nutzten, folgende Diagnoseverteilung:

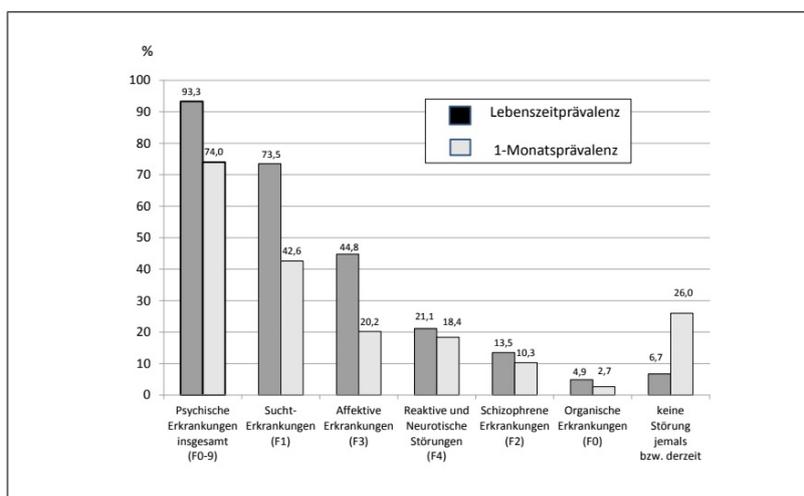


Abbildung 2: Vergleich von Lebenszeit- und 1-Monats-Prävalenzen der ICD-10 Diagnosekategorien (F5-9 werden hier nicht eigens aufgeführt) (Haupt- und Nebendiagnosen) (Bäumel et al. 2017, S. 225)

3.3 Häufige Diagnosen

3.3.1 Suchterkrankungen

So wie sich psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit wechselseitig bedingen und beeinflussen, ist dies auch bei Suchterkrankungen und Wohnungslosigkeit der Fall. Abhängigkeitserkrankungen stellen einen Risikofaktor für den Wohnungsverlust dar. Betroffene sind oft damit überfordert, ihre „eigenen Probleme zu sortieren, zu strukturieren und wirksame Veränderungsprozesse einzuleiten.“ (Landesstelle Sucht NRW 2019, S. 8) Betroffene sind durch ihre Erkrankung immer neuen Krisensituationen ausgeliefert, welche wiederum zu erhöhtem Konsum und dem Verlust von Wohnraum, sozialen Kontakten oder Anstellung führen können. Es kann zu fehlender Abstinenzmotivation und einer erhöhten Rückfallgefahr aufgrund von Perspektivlosigkeit kommen. (vgl. Landesstelle Sucht NRW 2019, S. 8) Suchterkrankungen wirken sich erhaltend auf die Wohnungslosigkeit aus. Syndrome, die im Zusammenhang mit der Substanzeinnahme (sowohl Alkohol als auch illegale Substanzen) erlebt werden können, sind akute Intoxikation („Rausch“), Entzugssyndrom und exogene Psychosen. (vgl. Arolt et al. 2011, S. 87)

3.3.1.1 Alkoholsucht

Alkoholabhängigkeit ist das häufigste Krankheitsbild bei wohnungslosen Personen. Der Konsum von Alkohol und eine beginnende Abhängigkeitserkrankung können zu einer Abwärtsspirale führen, welche einen Verlust des Arbeitsplatzes, sozialer Beziehung und letztlich des Wohnorts nach sich zieht. Bei 87,7% der Männer und 83,7% der Frauen lag die Alkoholabhängigkeit vor dem Verlust der Wohnung vor. (vgl. Schreiter et al. 2020, S. 1028) Andersherum können belastende Situationen in der Wohnungslosigkeit die Alkoholabhängigkeit auslösen. Diese plakativen Beispiele werden den komplexen Belastungssituationen und Verstrickungen nicht gerecht, die zu einer Abhängigkeitserkrankung führen können.

Die in einer Metastudie deutscher Daten erhobene Punktprävalenz von Alkoholabhängigkeit wohnungsloser Personen betrug 55,4%. (vgl. Schreiter et al. 2020, S. 1026) In der SEEWOLF-Studie wurde erhoben, dass 71,3% der wohnungslosen Männer und 46,7% der Frauen von Alkoholabhängigkeit betroffen sind.

„Hohe Zahlen von Abhängigkeitserkrankungen unter wohnungslosen Menschen – in Deutschland maßgeblich die Alkoholabhängigkeit entsprechend der einfachen Verfügbarkeit – sind dabei vermutlich Ausdruck einer Coping-Strategie in marginalisierten Lebenswirklichkeiten.“ (Schreiter et al. 2020, S. 1027)

Es ist anzunehmen, dass sich aufgrund ähnlicher Verfügbarkeit und kultureller Einbettung von Alkohol die Studienergebnisse auf Österreich übertragen lassen.

3.3.1.2 Illegale Substanzabhängigkeit

Von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) wird unter risikoreichem Drogenkonsum der

„wiederholte Drogenkonsum, welcher Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. (vgl. Anzenberger et al. 2022, S. 3)

Am meisten werden Opiode in Kombination mit anderen Substanzen, wie etwa Cannabis, konsumiert. Risikoreicher Drogenkonsum, der im ICD-10 unter F11.1 als schädlicher Gebrauch geführt wird, birgt eine Vielzahl von Risikofaktoren in sich: HIV, Hepatitis, Lungenerkrankungen, Infektionen der Leber, Psychosen und Korsakow-Syndrom bis hin zu Selbstmord, Überdosis oder dem Versterben an körperlichen Folgeerkrankungen.

„Arme drogengebrauchende Menschen haben aufgrund eines häufig problematischen Drogenkonsums oder ihrer Suchterkrankung und zahlreicher Begleiterscheinungen (weitere somatische und psychische Erkrankungen, Geldknappheit auch durch die illegale Drogenbeschaffung, Einsamkeit u. a. m.) große Schwierigkeiten, angemessenen Wohnraum zu finden.“ (Schroers 2021, S. 5)

Die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen hat einen großen Paradigmenwechsel vollzogen und Schadensminderung statt Abstinenz in den Vordergrund gerückt. Die Grundpfeiler der akzeptierenden Suchtarbeit stützen sich auf kontrollierten Konsum, Zieloffenheit und Selbstbestimmung. (vgl. Krebs 2021, S. 12)

3.3.1.3 Abhängigkeitserkrankungen und Komorbidität

Schizophrene Erkrankungen weisen eine hohe Komorbidität mit Suchterkrankungen auf. Das Modell der sekundären Suchtentwicklung beschreibt, „dass das Suchtverhalten eine Reaktion bzw. einen ungünstigen Copingversuch auf direkte Symptome oder Auswirkungen der schizophrenen Psychose darstellt.“ (Gouzoulis-Mayfrank 2003, S. 5) Dies kann der Selbstmedikation sowie der Affektregulation dienen und durch soziale Faktoren begünstigt werden. Besonders Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzien können Psychose-induzierend wirken. Ein weiterer Ansatz beschreibt, dass Sucht und Schizophrenie dieselben neurobiologischen Grundlagen hätten. Sowohl schizophrene Erkrankungen als auch Traumatisierungen korrelieren mit Abhängigkeitserkrankungen.

„In der Zusammenschau kann man davon ausgehen, dass unter schizophrenen Patienten der Alkoholismus mindestens 3-mal häufiger und andere Suchtstörungen mindestens 6-mal häufiger im Vergleich zu einer Durchschnittspopulation vorkommen.“ (Gouzoulis-Mayfrank 2003, S. 5)

3.3.2 Psychotische Erkrankungen und Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis

Schizophrenien sind schwerwiegende psychische Erkrankungen. Betroffene erleben Störungen des Denkens, der Wahrnehmung und der Affektivität. Schizophrene Erkrankungen können in verschiedene Erscheinungsformen unterteilt werden. Im akuten Schub kommt es zu einer stark verzerrten Realitätswahrnehmung. (vgl. Arolt et al. 2011, S. 116) Die Lebenszeitprävalenz schizophrener Erkrankungen liegt weltweit bei etwa 1%. Es wurde beobachtet, dass die Häufigkeit im urbanen Raum und sozial schlechtgestellten Gegenden zunimmt. Niedriger Bildungsgrad und niedrige soziale Stellung korrelieren ebenfalls mit der Erkrankung. (vgl. Paulitsch & Karwautz 2008, S. 110) Bäuml et al. haben in der SEEWOLF-Studie eine Prävalenz von 13,5%, wobei Frauen mit 17,8% häufiger betroffen sind als Männer mit 12,4%. (vgl. Bäuml et al. 2017, S. 138)

„Hervorzuheben ist, dass in der deutschen Metaanalyse die Raten psychotischer Erkrankungen und depressiver Störungen annähernd gleich hoch ausfallen, was in Kontrast zu anderen Gruppen in besonderen Lebenslagen wie geflüchtete Menschen oder Menschen in Haft für einen besonders hohen Anteil psychotischer Störungen unter Menschen in Wohnungslosigkeit spricht.“ (vgl. Schreiter et al. 2020, S. 1027)

Schizophrene Personen haben häufig Schwierigkeiten, Wohnangebote der Wohnungslosenhilfe anzunehmen. Mehrbettzimmer, Hausregeln, unerwünschter Kontakt mit anderen Personen oder Behandlungs- und Betreuungszwang machen es Menschen mit Wahrnehmungsstörungen schwer, an einem Ort zu bleiben. „Die Folge von psychischen Krisen sind häufige Betreuungsabbrüche, Hausverbote und Wechsel der Einrichtung.“ (Eder et al. 2018, S. 16). Auf der anderen Seite sind Betreuungseinrichtungen oft überfordert, dem Bedarf dieser Klient*innen gerecht zu werden.

3.3.3 Trauma

Ein wenig erforschter, aber mindestens genauso präsender Faktor im Leben von Betroffenen können Traumatisierungen sein. Zwar gibt es keine europäischen Daten zur Häufigkeit und Art von Traumatisierungen bei wohnungslosen Personen, allerdings zeigt eine Studie aus Kanada, dass unter 500 Betroffenen 50% sexuellen Missbrauch, 56% körperlichen Missbrauch, 59% körperliche Vernachlässigung und 51% emotionale Vernachlässigung erlebt haben. (vgl. Krausz et al. 2013, S. 295) Je früher und häufiger der Missbrauch erlebt wurde, umso früher erfolge der Einstieg in die Wohnungslosigkeit und umso präsender seien suizidale Symptomatiken. Trauma wird im Kontext von Wohnungslosigkeit oft als komplexe Belastungssituation in Kombination mit psychischen Störungen, Suchterkrankungen und Suizidalität beschrieben. Negative Erfahrungen in oder mit der Wohnungslosigkeit wie Mangel Erfahrungen, Gewalt, Prostitution oder Stigmatisierung bilden ebenfalls einen Risikofaktor für weitere Traumatisierungen. (Giertz 2021, S. 35) Institutionelle Gewalt und frühe Heimerfahrungen können

ebenfalls der Grund sein, warum Betroffene Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe meiden und „Psy-Berufen“ und psychiatrischen Einrichtungen gegenüber negativ eingestellt sind.

„Dass diese Betroffenen unbehandelt auf der Straße leben und zum Teil durch ein erhebliches Misstrauen jegliche Art von Institutionen meiden, liegt in vermutlich vielen Fällen an den Folgen dieser Traumata, die zum Teil nicht nur im Elternhaus, sondern auch in institutionellen Einrichtungen wie Heimen und Pflegefamilien erlebt wurden.“ (Gutwinski & Schreiter 2020, S. 116)

4 *Psychotherapie mit wohnungslosen Personen*

Zunächst soll Folgendes festgehalten werden: Es gibt nicht „die Psychotherapie mit wohnungslosen Personen“, da Wohnungslose eine heterogene Gruppe sind und Wohnungsnot keine Diagnose darstellt. Es kann der Hilfsbedarf einer vielleicht depressiven, aber allgemein stabilen und wohnfähigen Person, die längerfristig in einem Wohnheim untergebracht ist und die ihre Amtstermine wahrnehmen kann, nicht mit dem einer psychotischen Person, die sich sporadisch an Notschlafstellen wendet, um den wichtigsten Versorgungsbedürfnissen nachzugehen und zu viel Kontakt meidet, verglichen werden. Daher kann hier auch nicht darüber geschrieben werden, wie „Psychotherapie mit wohnungslosen Personen“ zu sein hat. Ziel dieses Kapitels soll sein, die Schnittstellen aufzuzeigen, in denen Psychotherapie von Betroffenen angenommen werden kann und wie diese sein müsste, um Menschen in psychosozialen Multiproblemlagen unterstützen zu können.

Durch die Literaturrecherche fielen rasch folgende Probleme auf: Sowohl die Soziale Arbeit als auch die Psychiatrie berufen sich auf psychotherapeutische Modelle, deren Menschenbilder und Erklärungsmuster, doch tatsächliche therapeutische Arbeit mit Betroffenen scheint kaum als solche dokumentiert zu werden. Zum aktuellen Zeitpunkt konnten nur die Beschreibungen in „Menschen in psychosozialer Not. Beratung. Betreuung. Psychotherapie“ (Rauchfleisch 1996) und dem Artikel „It’s a jungle out there ...‘ Über die Besonderheit psychotherapeutischer Arbeit mit obdachlosen Menschen“ (Trinkl 2015) gefunden werden, welche sich direkt auf die Arbeit mit Betroffenen beziehen. Auf der anderen Seite scheinen sich die Soziale Arbeit und Psychiatrie in der Betreuung Betroffener die Hand zu reichen, was mit einem Blick auf die am häufigsten gestellten Diagnosen verständlich erscheint. So versucht die klinische Sozialarbeit unter Einbeziehung psychotherapeutischer Methoden die Lücken zu füllen, welche durch klassische Sozialarbeit, Psychotherapie und Psychiatrie nicht gedeckt werden können. Zur Abgrenzung ist es hilfreich, den Psychotherapiebegriff von gesetzlicher Seite zu beleuchten.

Das Wort „Psychotherapie“ setzt sich aus den altgriechischen Wörtern „psyche“, der Seele, und „therapeia“, der Behandlung, zusammen. Sie wird im österreichischen Psychotherapiegesetz als „nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden“ (Psychotherapiegesetz 04.07.2021, § 1)

definiert. Die Arbeitsweise findet zumeist im Dialog, dem therapeutischen Gespräch, statt. Die Beziehung zwischen Behandelten und Psychotherapeut*in steht dabei im Mittelpunkt. Das Ziel ist, Symptome zu mildern, problematisches Verhalten und Einstellungen zu ändern sowie Entwicklung und Gesundheit zu fördern. (BMSGPK 2020, S. 4)

Im Psychotherapiegesetz ist geregelt, dass Psychotherapeut*innen, die einen weiteren Beruf ausüben (wie etwa als Sozialarbeiter*innen) klar unterscheiden und deklarieren müssen, welcher Tätigkeit sie in der Situation konkret nachgehen.

„Eine psychotherapeutische Behandlung bzw. Betreuung von Patientinnen/Patienten bzw. Klientinnen/Klienten und gleichzeitige oder nachfolgende berufliche Tätigkeit in weiteren Berufen, ausgenommen in einem anderen gesetzlich geregelten Gesundheitsberuf, ist zu unterlassen.“ (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2014, S. 14)

Die Frage ist, ob das Anpassen des Settings zur aufsuchenden oder nachgehenden Arbeit und das Anbieten von Entlastungsgesprächen schon als Aufweichen der Methode und sozialarbeiterische Handlungsweisen gesehen werden.

Die Problemlagen schwer sozial belasteter Klient*innen, welche auch unter physischen und psychischen Erkrankungen leiden, stellen eine Herausforderung für die Psychotherapie dar, die sich nur schwer im klassischen Rahmen lösen lassen. So beschreibt Pauls eine Aussage auf der Tagung der Berliner Psychotherapeutenkammer 2008: „Die ‚unkomplizierten Fälle‘ würden von der Psychotherapie behandelt, die ‚komplexen Fälle‘ landeten in der Sozialen Arbeit.“ (Pauls 2013, S. 124) Diese Kritik scheint insofern gerechtfertigt, als weder die Ausbildungsinhalte noch die beruflichen Rahmenbedingungen von Psychotherapeut*innen geeignet sind, um die notwendigen Kompetenzen zu erwerben, hochbelastete Personen mit komplexen sozialen Problemstellungen erfolgreich begleiten zu können. Bösel et al. stellen drei einander ergänzende Strategien vor, die Therapeut*innen helfen können, Betroffenen in sozialen Krisen angemessen zu begegnen:

„(1) die Steigerung der Sensibilität von PsychotherapeutInnen für das Erkennen von ernsthaften sozialen Krisen und der Kompetenzen in deren Begleitung, (2) die Verbesserung der Zusammenarbeit mit der Klinischen Sozialarbeit und (3) die Integration von sozialtherapeutischen Konzepten in einen psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan“ (Bösel et al. 2020, S. 50)

4.1 Das biopsychosoziale Modell

Der Psychiater George L. Engel formulierte in den 1970er Jahren das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Der Grundgedanke des Engel'schen Modells

„besteht darin, dass alle drei Bedingungen – die biologisch-organische, die psychische und die soziale – in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen.“ (Jungnitsch 1999, 33f.)

Die Wechselwirksamkeit der Faktoren bedeutet auch, dass jeder von ihnen kausal für die Krankheitsentstehung sein kann. Chronische soziale Belastungszustände, wie der Ausschluss aus sozialer Teilhabe, werden als andauernde Kränkung erlebt, die auf Dauer eine Belastung für den ganzen

Organismus darstellen. „Armut, relative Benachteiligungen und ungünstige Wohn- und Arbeitsverhältnisse wirken begünstigend auf die Entwicklung und den Verlauf akuter und chronischer körperlicher und psychischer Erkrankungen.“ (Pauls 2020, S. 33) Es gibt einen hohen wissenschaftlichen Konsens, dass, um Gesundheit zu fördern und Krankheit zu verhindern, sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Voraussetzungen gegeben sein müssen.

Die Konsequenz dieses vernetzten Denkens ist die multiprofessionale Zusammenarbeit.

4.2 Multiprofessionalität

Die Arbeit mit wohnungslosen Personen erfordert viel Systemwissen über die verschiedensten Wohn-, Gesundheits- und Beratungsangebote. Durch die Multiproblemlagen der Betroffenen braucht es oft eine Vernetzung der verschiedensten Berufsgruppen, um eine stabile Betreuung und ein gemeinsames Herausarbeiten aus der Krise zu ermöglichen. So kann z.B. kaum psychische Stabilisierung in der Psychotherapie erreicht werden, wenn nicht auch das Einkommen geklärt wird, eine Wohnperspektive erarbeitet und vielleicht auch eine psychopharmakologische Einstellung erfolgt. Allerdings kann auch eine problemlösungsorientierte Sozialarbeit wenig erreichen, wenn die unbewussten innerpsychischen Prozesse keine Bearbeitung oder Bewusstwerdung der eigenen Problematik zulassen.

„Erst wenn jemand in der Lage ist, die eigenen Probleme mit dem eigenen Handeln und Erleben in Verbindung zu bringen, sie also nicht nur zu externalisieren, ist Veränderung durch eigenes Handeln in der sozialen Umgebung möglich.“ (Pauls 2020, S. 34)

Die Zielsetzung muss dabei an die Betroffenen angepasst werden und ist höchst individuell. Der erfolgreiche Umzug in ein sozialbetreutes Dauerwohnen kann für Klient*innen mit psychotischem Erleben genauso Ziel sein wie für höherstrukturierte Klient*innen die eigene Gemeindewohnung. Psychotherapie kann in beiden Fällen begleiten, stützen und bei der Aufarbeitung helfen.

Die Beziehung zwischen Psychotherapie und Sozialer Arbeit ist genauso schwierig wie fruchtbar. Es würde den Rahmen dieser Forschungsarbeit sprengen, auf alle Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Kritiken und praktische Handlungsanleitungen einzugehen, die sich aus den Handlungsfeldern ergeben. Soziale Therapie und Klinische Sozialarbeit versuchen eine Brücke zwischen psychotherapeutischen Methoden und Erklärungsmodellen sowie lebensweltorientierter praktischer Hilfestellung zu schlagen. Auf das Kürzeste zusammengefasst beschäftigt sich Soziale Arbeit mit gesellschaftlichen Prozessen und erarbeitet Konzepte zur Bewältigungsunterstützung ihrer Adressat*innen. Bösel et al. beschreiben, dass die Psychotherapie seit dem Psychotherapiegesetz 1998 (in Deutschland) durch Finanzierung aus dem Gesundheitswesen das vernetzte Denken und den lebensweltorientierten Zugang verloren habe und zu einer individuellen Heilbehandlung geworden sei. Allerdings sei es weder hinreichend, Problemstellungen zu individualisieren noch sie auf die psychosozialen Faktoren zu beschränken. (vgl. Bösel et al. 2020, S. 46)

4.3 *Psychotherapie und Wohnungslosigkeit – eine Problemanalyse*

4.3.1 *Pathologisierung von Wohnungslosigkeit*

„Poriomanie“, „Fugue“, „Wandertrieb“ – bis in die 1960er Jahre wurde in der psychiatrischen Krankheitslehre die Lehrmeinung vertreten, dass Wohnungslosigkeit eine hirnrnorganisch bedingte Persönlichkeitsstörung wäre. Für Kraepelin, dessen Krankheitslehre heute noch Teile des DSM-IV und des ICD-10 prägen, sind „die Landstreicher [...] eine höchst eigenartige Menschengruppe. Sie sind fast ausnahmslos geistig, oft auch körperlich minderwertig und enthalten einen erheblichen Anteil von ausgeprägten Geisteskranken. (Kraepelin, 1920 zitiert nach Rohrmann, 2016, S.810) Nun stellt sich die Frage, ob neue Forschungen zu „Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung“ nicht wieder zur Pathologisierung von Menschen in Wohnungsnot führen und die beiden Problemlagen zudem noch nebeneinanderstellt werden, anstatt sie als multikomplexe Lebenslage zu erkennen, die von gesellschaftlichen Prozessen bedingt wird. Die Kritik richtet sich gegen die Tendenz, Verarmungsprozesse psychologisch zu erklären und Wohnungslosigkeit als Behandlungsbedürftigkeit umzudeuten. (vgl. Rohrmann 2016, S. 831f.) Besonders Diagnosen und Mehrfachdiagnosen würden die Probleme wohnungsloser Menschen individualisieren und zu einem behandlungswürdigen Fall machen, der nicht gesellschaftlich, sondern therapeutisch oder psychiatrisch anzugehen wäre. Würde der Mensch und nicht die Krankheitsbilder in den Vordergrund gerückt, könnten individualisierte Hilfen im Sinne der multiprofessionellen Zusammenarbeit gelingen und das gegenseitige Zuschieben und Wegnehmen von Zuständigkeiten unter den Professionen beendet werden. „Nur fragt sich, welchen Nutzen dann die – womöglich multiplen – Konstruktionen von Krankheitsbildern für das jeweils individuelle Problem- bzw. Bedarfsverständnis noch haben.“ (Anhorn & Balzereit 2016, S. 833)

4.3.2 *Beschränkungen der Psychotherapie mit „Hard-to-reach“-Klient*innen*

In der psychotherapeutischen Literatur finden sich wenige Hinweise darauf, sich psychosozial beeinträchtigter Klient*innen annehmen zu wollen. Vertreter*innen der Klinischen Sozialarbeit, welche sich eingehend mit dieser Lücke beschäftigen, sehen vor allem die Hochschwelligkeit der psychotherapeutischen Angebote kritisch.

„Diese Vorstellung widerspricht allerdings der Realität, in der ein hochschwelliges Angebot mit Kommstruktur wie die Psychotherapie von Menschen in biopsychosozialen Notlagen kaum wahrgenommen werden kann und sie damit zu Zielgruppen der Sozialen Arbeit werden.“ (Gebrande & Lebküchner 2020, S. 215)

Hochschwelligkeit bezeichnet die Anforderungen, die Betroffene erfüllen müssen, um ein Angebot annehmen zu können. Psychotherapie verlangt viel: eine Anfrage stellen, auf einen Therapieplatz warten, die eigenen Anliegen artikulieren, regelmäßig Termine einhalten, 45 bis 50 Minuten direkten Kontakt

aushalten, Selbstreflektion etc. Um ein Beispiel zu nennen: Psychoanalytische Verfahren mit drei bis fünf Sitzungen pro Woche, welche Jahre dauern, sind sowohl aus psychischen, strukturellen und finanziellen Gründen für Menschen in psychosozialen Problemlagen nicht praktikabel. „Aus Sicht einer Sozialen Psychotherapie auf Basis Klinischer Sozialarbeit ist die Ausgrenzung der ‚Hard-to-reach‘-Adressaten innerhalb der Psychoanalyse nicht hinnehmbar.“ (Deloie 2011, S. 108) Die von den Krankenkassen bezahlte oder bezuschusste Psychotherapie ist im Verständnis auf ein klar geregeltes Behandlungsverhältnis reduziert, welches psychosoziale Interventionen nicht vorsieht. „Die aufwändige zugehende und netzwerkintensive Arbeit ist in den Kassenverträgen nicht vorgesehen und in der ambulanten Psychotherapiepraxis kaum zu leisten.“ (Bösel et al. 2020, S. 46)

4.4 Psychotherapeutische Angebote für wohnungslose Personen mit psychischer Erkrankung

Die psychotherapeutische Versorgung in Österreich teilt sich auf folgende Angebote auf: niedergelassene Psychotherapeut*innen mit teil- oder vollfinanzierten Kassenplätzen, Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision (iAuS) und psychotherapeutische Ambulanzen. Außerdem findet sie auch in stationären Einrichtungen und in manchen Einrichtungen verschiedener Sozialhilfeträger statt.

4.4.1 Stationäre Versorgung

Die stationäre Versorgung in Wien wird von den Psychiatrien in Spitälern, Reha-Anstalten und Suchtzentren getragen. Der Aufenthalt kann von wenigen Stunden bis zu mehreren Monaten dauern, je nach Behandlungsziel. Beispiele für stationäre Einrichtungen sind Psychiatrien, Rehabilitationsanstalten und Suchtkliniken.

4.4.2 Ambulante Versorgung

Es gibt für einkommensschwache Personen, welche Psychotherapie bei niedergelassenen Therapeut*innen in Anspruch nehmen wollen, drei Finanzierungsmodelle. (vgl. WLP Wiener Landesverband für Psychotherapie 2023)

- **Vollfinanzierte Psychotherapie durch die Krankenkassen:** Diese Stellen vermitteln vollfinanzierte Therapieplätze: Verein für ambulante Psychotherapie (VAP), Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGVP)
- **Teilfinanzierte Psychotherapie mit Zuschuss durch die Krankenkassen:** Therapeut*innen, die in die Liste des Bundesministeriums eingetragen sind, können einen Zuschuss bei den jeweiligen Krankenkassen beantragen. Das bedeutet, dass z.B. bei einer Verrechnung mit der ÖGK aktuell 31,50€ des bezahlten Sitzungshonorars zurücküberwiesen werden.

- **Sozialtarif und günstige Tarife:** Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision verlangen meist günstigere Honorare. Allerdings ist in dieser Variante kein Kassenzuschuss möglich. Manche eingetragenen Psychotherapeut*innen bieten Sozialtarife an.

4.4.2.1 *Ambulante psychotherapeutische Angebote*

Die ambulante Versorgung von wohnungslosen Personen wird durch verschiedene Fachstellen abgedeckt. Diese richten ihr Angebot nicht ausschließlich oder spezifisch an Menschen in Wohnungsnot, sondern bieten Behandlung, Beratung oder Unterstützung zu verschiedenen Schwerpunktthematiken an. Die ambulante psychiatrische Versorgung erfolgt durch den PSD (Psychosozialen Notdienst) oder kassenfinanzierte Psychiater*innen. Beratung kann bei themenspezifischen Beratungsstellen, wovon nur einige hier vorgestellt werden, gratis in Anspruch genommen werden.

Die folgenden Psychotherapieangebote kooperieren mit Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und dienen als Beispiele für eine diverse und zugleich zielgruppenspezifische Angebotslandschaft. Die Aufzählung der Angebote ist keineswegs erschöpfend und ab der Fertigstellung der Forschungsarbeit in der Aktualität eingeschränkt. Die Informationen wurden telefonisch und über die Webseiten der jeweiligen Anbieter erhoben.

- **FEM (Frauen, Eltern, Mädchen)** ist ein von der Stadt Wien finanziertes Frauengesundheitszentrum, welches Beratung zu den verschiedensten Themen anbietet: körperliche sowie psychische Gesundheit und Vorsorge, Krisen, Partnerschaft, Sexualität, Erziehung und Ernährung. Es werden sowohl Einzelberatungen als auch Gruppen und Workshops angeboten. Das Projekt „Gesundheit für wohnungslose Frauen und Familien“ bietet gratis Beratung vor Ort für Betroffene an. „Es werden derzeit in 14 Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe gynäkologische, psychosoziale sowie psychologische und therapeutische Angebote gesetzt, je nach Bedarf der jeweiligen Einrichtung und deren Bewohnerinnen.“ (vgl. Frauengesundheitszentrum FEM 2009, S. 4) Die Besonderheit dieses Beratungsangebots liegt in der Niederschwelligkeit, da die Betroffenen das Angebot an ihrem Wohnort in Anspruch nehmen können und oft auch spontan ein Gesprächstermin möglich ist. Sollte sich ein erhöhter Betreuungsbedarf zeigen, kann die Beraterin auch zu anderen Stellen weiterverweisen, wie etwa dem psychosozialen Notdienst (PSD), Psychiatrie oder niedergelassenen Psychotherapeut*innen.
- **MEN (Männer, Väter, Burschen)** ist das männerzentrierte Pendant zu FEM und bietet ebenfalls mit dem Projekt „Gesundheitsförderung für wohnungslose Männer in Wien“ Beratungen und Gesprächsgruppen an. Der Fokus liegt auf körperlicher, psychischer Gesundheit und sozialer Rehabilitation. Sollte weiterer Betreuungsbedarf bestehen, wird auch hier, wie bei FEM, ein dauerhafter Therapieplatz vermittelt. (vgl. MEN Männergesundheitszentrum 2019)
- **PSD – Psychosozialer Notdienst**

- Der psychosoziale Notdienst ist die zentrale Anlaufstelle für ambulante Psychiatrie und nach den Bezirken in acht sozialpsychiatrische Ambulatorien unterteilt. Wiener*innen erhalten dort kostenlos psychiatrische Behandlung in Form von ärztlichen Gesprächen und psychopharmakologischer Therapie. Weitere psychosoziale Unterstützung bieten Pflegepersonen, Psycholog*innen, Ergo- und Physiotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen. (vgl. Psychosoziale Dienste Wien 2023c). Außerdem bieten Psychiater*innen des PSD Liaisondienste in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe an. (vgl. Psychosoziale Dienste Wien 2023b). Kassenfinanzierte psychotherapeutische Behandlung findet beim PSD nur im Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderlinestörung statt. (vgl. Psychosoziale Dienste Wien 2023a)
- **Betreuungszentrum Gruft der Caritas:** Die in Wien bekannteste Obdachloseneinrichtung Gruft bietet einen 24-Stunden-Betrieb mit Schlaf- und Aufenthaltsmöglichkeiten, Versorgung, Betreuung und Psychotherapie an. Sie ist die einzige Einrichtung der WLH, die zwei festangestellte Psychotherapeut*innen hat. (vgl. Betreuungszentrum Gruft 2021)
- **Suchtspezifische Therapieangebote:** Die Therapie für suchterkrankte wohnungslose Personen kann stationär oder ambulant in Anspruch genommen werden. Die Finanzierung erfolgt über die Krankenkasse. In Wien und Umgebung sind das Anton-Proksch-Institut (Anton-Proksch-Institut 2023), der Grüne Kreis (vgl. Grüner Kreis 2023), P.A.S.S. (Psychotherapie, Angehörigenarbeit, Suchtbehandlung und Sozialbetreuung) (vgl. P.A.S.S. 2023) und Dialog (vgl. Dialog 2023) als Anbieter diverser Behandlungsangebote zu nennen.
- Weitere Schwerpunktberatungen gibt es bei Courage (Partner*innen-, Familien- & Sexualberatungsstelle) (vgl. COURAGE 2023), sowhat. (vgl. sowhat. 2023) und Intakt (Beratungsstelle für Essstörungen) (vgl. intakt 2023), Ninil – Beratung und Empowerment für Frauen mit Behinderung (vgl. ninil 2023), Krebshilfe (vgl. Österreichische Krebshilfe Wien 2023), etc. Je nach Verein und Beratungsstelle kann auch eine begrenzte Menge an Psychotherapiestunden in Anspruch genommen werden.
- Für Migrant*innen werden bei Hemayat (vgl. HEMAYAT 2020) und ESRA (vgl. ESRA 2023) kostenlose Psychotherapieplätze und Beratungen angeboten. Der Fokus liegt hierbei auf Traumatherapie.

5 *Individualpsychologie und Wohnungslosigkeit*

Die Individualpsychologie mit ihren sozialmedizinischen Anfängen bildet ein solides Fundament für die biopsychosoziale Betrachtung von Menschen in Wohnungsnot. Für Alfred Adler ist der Mensch ein Individuum, das vom Ganzen – der Gesellschaft und größer gedacht, der Menschheit – nicht getrennt gesehen werden kann. Daher wird besonders der Begriff des Gemeinschaftsgefühls, aber auch andere Begriffe der Individualpsychologie mit dem Phänomen der Wohnungslosigkeit in Verbindung gebracht. Die pädagogischen Einflüsse finden im Konzept der Ermutigung und Entmutigung ihren Ausdruck. Ziel ist, den ganz eigenen Blickwinkel der Individualpsychologie einzunehmen und so Aspekte der Arbeit mit psychosozial beeinträchtigten Personen auf eine Weise zu beleuchten, die anderen Therapieschulen vermutlich verborgen geblieben wären.

5.1 *Adlers Anfänge als Sozialmediziner*

Alfred Adler war ein österreichischer Arzt und Psychotherapeut. 1870 wurde er in einer jüdische Kleinhändlerfamilie in Rudolfsheim geboren. 1888 studierte er in Wien Medizin und arbeitete ab 1894 an der Poliklinik, in welcher Arbeiter*innen und unbemittelte Kranke unentgeltlich behandelt wurden. Nachdem er 1895 promovierte, eröffnete er 1898 seine Praxis in unmittelbarer Nähe des Wiener Praters. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits mit Raissa Epstein verheiratet und Vater seiner ersten Tochter, Valentine. (vgl. Bruder-Bezzel 1999, S. 19)

Seine erste medizinische Schrift stellte das „Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe.“ (1898) dar. Darin beschreibt er die Lebens- und Arbeitsbedingungen von Schneider*innen in Kleinbetrieben, welche abseits von jeglichen Regulationen im Eigenheim oder dem Wohnraum seines Kleinmeisters unter beengenden Arbeitsbedingungen 16 bis 18 Stunden täglich arbeiteten. Unregelmäßiges Einkommen durch zyklische Wechsel von Überbelastung und mangelnder Auftragslage führte nicht nur zu andauernder psychischer Belastung, sondern auch dazu, dass Wohn- und Arbeitsräume aus Kostengründen viel zu klein und in den ungesündesten Vierteln gewählt werden mussten. Aufgrund der Arbeitslast wurde die häusliche Hygiene vernachlässigt, die Räumlichkeiten waren unzureichend belüftet und durch Überheizung war die Keimbelastung um vieles erhöht. (vgl. Rieken 2014, S. 5f.)

Adler bemühte sich, ökonomische Lage und gewerbebedingte Erkrankungen nicht als Einzelleiden, sondern als Gesellschaftsproblematik in einen Zusammenhang zu setzen. „Einer solchen Betrachtung, welche den Menschen mit seinen körperlichen Leiden nicht als Einzel-, sondern als Gesellschaftsprodukt untersucht, kann sich der Arzt heute nicht mehr verschließen.“ (Adler 1898, S. VI) Seine differenzierten Analysen der Lebens- und Arbeitsbedingungen der schlechter gestellten Gesellschaftsschichten werden von der Hoffnung auf einen Arbeiteraufstand und einer sozialistischen Staatskritik getragen. Die Politik sei nur an Gesundheitsmaßnahmen für die herrschenden Klassen interessiert. „Zentral ist dabei der Glaube an die „Machbarkeit der Verhältnisse“, und zwar im Sinne einer Humanisierung von

Individuum und Gesellschaft als zentralen Positionen einer sozialistischen Weltanschauung.“ (Rieken 2014, S.11) Wenn soziale Ungleichheiten den Alltag zu einem Überlebenskampf machen, werden Betroffene taub für ihre eigenen Bedürfnisse und ihr Wohlergehen. Für Adler ist es Aufgabe der Sozialdemokratie, diese Umstände zu verändern und allen Menschen ein gleichberechtigtes Leben in Gemeinschaft zu ermöglichen. Er selbst nahm sich von seinen Einstellungen nicht aus, denn seine Patient*innen kamen vor allem aus der Unter- und Mittelschicht.

Adler fordert eine Medizin, die über den Tellerrand blickt, anstatt Diagnosen nur auf die zu behandelnde Person zu beschränken. Vier weitere sozialmedizinische Beiträge zwischen 1902 und 1903 stellen den Zusammenhang zwischen sozialer Verarmung und Krankheiten her und bieten Lösungsvorschläge für eine sozialere Gesetzgebung und öffentliche Sanitätspflege. Adler greift, noch unter einem medizinischen Aspekt, die soziale Frage und deren Probleme durch explosive Industrialisierung und Urbanisierung auf. Zu diesem Zeitpunkt ist Adler noch weit von seiner Psychologie entfernt, allerdings beginnen hier die Grundgedanken, auf denen die Individualpsychologie aufbaut. (vgl. Bruder-Bezzel 1999, S. 20)

Neun Jahre lang ist Adler als Gründungsmitglied Teil der Mittwochsgesellschaft und bringt sein Interesse an gesellschaftlichen, kulturellen und sozialpolitischen Zusammenhängen mit ein. Im Gegensatz zu Freud sieht Adler den Menschen als soziales Wesen, dessen psychische Entwicklung im Zusammenhang mit dessen Umfeld gesehen werden muss. Dies ist einer der Punkte, durch welchen er sich von der Psychoanalyse und deren triebpsychologischen und deterministischen Ansätze unterscheidet, was letztendlich zum Bruch mit Freud führt. Freud verstand die Psychoanalyse als Psychologie des Einzelnen und betrachtete soziale Beziehungen ausschließlich im Licht der engsten Familie. Dies und der Fokus auf innerpsychische Konflikte machte es schwierig, gesellschaftliche Faktoren in die Psychoanalyse miteinzubeziehen. Für die Grundgedanken der (zu diesem Zeitpunkt noch nicht gegründeten) Individualpsychologie bedeutet das im Gegenzug, die Bedeutung der sozialen Realität nicht zu vernachlässigen und vielfältige Faktoren wie Familie, Schule, Beruf, Geschwisterreihung oder Geschlecht mit zu bedenken. „Für Adler ist der Mensch ein soziales Wesen, und das bedeutet: Er ist vom sozialen Zusammenhang geprägt, er ist auf ihn angewiesen, und er muss sich folglich auf ihn beziehen.“ (Bruder-Bezzel 1999, S. 201) Auch wenn Adler mit Freud brach, so rundeten die psychoanalytischen Theorien sein sozialistisch orientiertes Denken ab und formten das antagonistische Prinzip, auf dem die heutige Individualpsychologie beruht. „Die sozialmedizinische Phase markiert den optimistischen Anteil an seiner Lehre, der gleichzeitig das Gemeinwohl im Auge hat, die psychoanalytische Phase hingegen den skeptizistischen, der das Schwergewicht auf das Individuum legt.“ (Rieken 2014, S. 12) So existiert kein Zärtlichkeitsbedürfnis, welches in späteren Werken im Gemeinschaftsgefühl mündet, ohne den Aggressionstrieb oder das Machtstreben. Entgegen Freuds deterministischer Ansicht sieht Adler die Möglichkeit, sowohl Menschen als auch Gesellschaft durch Aufklärung zu verändern und durch Vernunft zur Einsicht zu bringen. Daraus ergibt sich für ihn ein anderer Auftrag: der des Erziehers. Seine Schriften verfasst er daher in einer wissenschaftlichen, aber allgemein zugänglicheren Sprache. Der

Aufsatz „Der Arzt als Erzieher“ verbindet erstmals die sozialmedizinischen Grundgedanken mit den psychoanalytischen Theorien. Dies zeigt sich in der Causa finalis. Die Triebe begründen zwar die „Bewegung“, welche zur zukunftsgerichteten Überwindung des Leidenszustandes führt, allerdings hat diese soziale Gleichwertigkeit und die damit verbundenen Gefühle von Sicherheit, Größe und Stärke zum Ziel. Außerdem könne das Kind zur Außenwelt und in weiterer Folge zur Kultur hingeführt würden. Somit ergänzen sich Freuds Sublimierungstheorie und Adlers Orientierung an der Gemeinschaft. Dies zeugt von der Vereinbarkeit von individuellen und sozialen Blickwinkeln und Erklärungsmodellen. (vgl. Rieken 2015, S. 43f.) Die Begriffe der Individualpsychologie sind auf diesen sozialpsychologischen Gedanken begründet. Das Gemeinschaftsgefühl, Minderwertigkeitsgefühl, das Streben nach Macht oder auch der männliche Protest sind nur im sozialen Kontext verstehbar, denn ohne andere, an denen der Mensch lernt und sich misst, würden sie nicht funktionieren. (vgl. Bruder-Bezzel 2009, S. 9–12)

5.1.1 Sozialmedizinische Grundgedanken in der Behandlung psychisch erkrankter Wohnungsloser

Um die Lebensrealität von wohnungslosen Personen erfassen zu können, ist vernetztes Denken wie in Adlers „Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe“ notwendig. Denn würde etwa der Schneider nur ob seiner Atemwegserkrankung behandelt und wieder weggeschickt werden, so würde er in Kürze mit anderen arbeits- oder hygienebedingten Beschwerden wiederkommen. Es ist eine Veränderung der Lebens- und Arbeitsweise notwendig, um langfristig Gesundheit zu erhalten und zu fördern – was nicht nur den betroffenen Schneider, sondern alle im Schneidergewerbe Tätigen entlasten würde. Eine solche Situationsanalyse und Herausarbeitung belastender Faktoren sind notwendig, um psychosozial belastete Personen hilfreich unterstützen zu können. Einer frühkindlich traumatisierten suchterkrankten Person ohne Arbeits- und Wohnperspektive einen Entzug zuzumuten, ohne an sozialarbeiterischen Problemstellungen zu arbeiten, ist in den allermeisten Fällen zum Scheitern verurteilt. Das sozialmedizinische Denken Adlers ist einer der Vorreiter des biopsychosozialen Modells, welches das wichtigste Prinzip in der Unterstützung wohnungsloser Personen darstellt. Wo Adler gesellschaftskritisch das Problem der Verwobenheit von Krankheit und äußeren Umständen erkannt hat, stellt die multiprofessionelle Zusammenarbeit heute einen Lösungsversuch dar. Das vernetzte Denken fordert eine hohe Kooperationsbereitschaft von behandelnden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen und Betroffenen.

Adler erkennt früh die Notwendigkeit der Prävention. In „Das Eindringen sozialer Triebkräfte in die Medizin“ (Adler, 1902a/2009) beschreibt er, dass auch wenn die Armut der Massen für den Staat nahezu eine Notwendigkeit darstellte, die hygienischen Missstände diesen stark unter Handlungsdruck setzten. Somit übernahm der Ärztestand unter anderem die Maßnahmen zur Vorbeugung und Bekämpfung von armutsbezogenen Volkskrankheiten. Wenn es allerdings darum ging, die finanziellen Mittel für die Maßnahmen bereitzustellen, kam dieselbe Antwort, die auch heute noch gegeben wird,

wenn es um gesundheitsfördernde Präventivmaßnahmen geht: „Die herrschenden Parteien unseres Landes ersticken jeden Keim einer sanitären Besserung, für jede hygienische Forderung, die das Leben der Armen erträglicher gestalten könnte, haben sie die gleiche Antwort: Wir haben kein Geld!“ (Adler 1902b/2009, S. 45) Adler setzte sich für eine Verbesserung der Lage unterer Schichten ein und sah sich auch als Arzt gesellschaftspolitisch gefordert. „Und so war die wissenschaftliche Medizin bis an jene Stelle vorgerückt, wo sie auf das soziale Elend traf und es ins Kalkül ziehen musste, wenn sie Krankheiten bekämpfen wollte.“ (Adler 1902a/2009, S. 40) Sein politisches Bemühen galt einer klassenlosen Gesellschaft und der Bekämpfung von armutsbedingten Erkrankungen. Dieser Ansatz ist unter Einbezug der aktuellen Forschung zu körperlichen und psychischen Folgen von Armut, Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit besonders aktuell.

„Wenn aber die Individualpsychologie in der Erreichung der klassenlosen Gesellschaft die Voraussetzung für die seelische Gesundheit aller Menschen erblickt, so ist sie sich andererseits darüber im klaren, daß sie hier etwas aus Voraussetzung postuliert, was eigentlich erst Konsequenz und Ergebnis ihrer eigenen Arbeit sein kann.“ (Wexberg 1928, S. 321)

5.2 *Begriffe der Individualpsychologie*

Der Begriff der Individualpsychologie soll insbesondere zwei Bedeutungen hervorheben: die Ganzheitlichkeit des Menschen und damit die Ablehnung der Fragmentierung der Psyche durch die Instanzenlehre Freuds sowie die Einmaligkeit jeder Person und deren Lebensgeschichte. (vgl. Rieken et al. 2011, S. 45) Die daraus gewonnene Theorie beschreibt ein tendenziell optimistisches Menschenbild, welches besagt, dass der Mensch als Mängelwesen zur Kompensation strebt und Erfüllung im Erleben des Gemeinschaftsgefühls findet. Auf die Begriffe dieser Theorie und ihre Bedeutung im Sinne der Arbeit mit wohnungslosen Personen wird im Weiteren eingegangen.

5.2.1 *Das Minderwertigkeitsgefühl*

In den Anfängen der Theorie des Minderwertigkeitsgefühls sah Adler dessen Grundlage in organischen Mängeln. Vererbte Erkrankungen, prä- und postnatale Schädigungen, Missbildungen und Verletzungen sollen zu einer verminderten Belastbarkeit des gesamten Menschen und daraus folgend einem Gefühl der Minderwertigkeit führen.

„Entscheidend für die Ausprägung des Minderwertigkeitsgefühls sind dabei Vergleichsprozesse des konstitutionell beeinträchtigten Individuums, indem es sich entweder an seiner Umwelt oder an dem Erreichen bzw. Nicht-Erreichen selbst gesteckter Ziele misst.“ (Hannich 2018, S. 47)

Aber auch die Bewertung von außen sowie die eigene Empfindlichkeit sind dafür relevant. Später ändert Adler seine These und geht nicht mehr allein von organischen Gründen als Ursache aus. Die

Unterlegenheit und Schwäche von Kindern, welche diese gegenüber Erwachsenen empfinden, sei der Ursprung des Minderwertigkeitsgefühls:

„Bedenkt man, daß eigentlich jedes Kind dem Leben gegenüber minderwertig ist und ohne ein erhebliches Maß von Gemeinschaftsgefühl der ihm nahestehenden Menschen gar nicht bestehen könnte [...], dann muß man annehmen, daß am Beginn jedes seelischen Lebens ein mehr oder weniger tiefes Minderwertigkeitsgefühl steht.“ (Adler 1927a, S. 67)

In einer günstigen Entwicklung kann ein Kind, das in seiner Selbstständigkeit ermutigt und angemessen gefördert wird, das Gefühl der Unzulänglichkeit überwinden und an Selbstwert und Selbstbewusstsein gewinnen. Dies sieht Adler als Basis der Entwicklung eines psychisch gesunden Menschen. Im ungünstigen Fall wird das Kind bei den Versuchen, seine Kleinheit zu überwinden, mit Härte und Lieblosigkeit oder, im anderen Extrem, durch Verzärtelung entmutigt. Während Verzärtelung dem Kind das Gefühl gibt, Herausforderungen nicht eigenständig meistern zu können, zerstören Härte und Geringschätzung das Selbstwertgefühl und vermitteln dem Kind, nicht liebenswert zu sein. (vgl. Hannich 2018, S. 47f.)

Im Sinne der Finalität gibt die Minderwertigkeit vor, in welche Richtung und zu welchem Ziel hin kompensiert werden muss. „Das Gefühl der Minderwertigkeit, der Unsicherheit, der Unzulänglichkeit ist es, das die Zielsetzung im Leben erzwingt und ausgestalten hilft.“ (Adler 1927a, S.68) Wenn wir annehmen, dass jedes Innenleben voller Ängste und Unsicherheiten ist, führt dies unbewusst zu dem Streben, diese Defizite und Traumata zu kompensieren. Die „leitende Fiktion“ dient zur Sicherung gegen diese Grundängste.

„Die leitende Fiktion ist demnach ursprünglich das Mittel, ein Kunstgriff, durch den sich das Kind seines Minderwertigkeitsgefühls zu entledigen sucht. Sie leitet die Kompensation ein und steht in den Diensten der Sicherungstendenz.“ (Adler 1912, S.32)

Das Scheitern an diesem unbewussten Ziel erzeugt den Leidensdruck, der Personen dazu bringt, Psychotherapie aufzusuchen.

5.2.1.1 **Entmutigung**

Ermütigung und Entmutigung sind zentrale Faktoren in der Ausbildung oder Bewältigung des Minderwertigkeitsgefühls. Während Ermütigung die Entwicklung eines positiven Selbstbildes stärkt, führt Entmutigung zum Selbstwertverlust und dem Scheitern an selbst gesetzten Zielen. „Die Grunderfahrung der Entmutigung ist die des ‚Nicht-Könnens‘ und des ‚Nicht-Dürfens‘“. (Hannich 2018, S.48) In der Kindheit wird der Baustein gelegt, wie mit Hürden im Leben umgegangen wird. Wie die Forschung (siehe 3.3.3 *Trauma*) zeigt, hat laut einer kanadischen Studie die Hälfte der 500 Befragten frühkindliche Traumatisierungen durch Missbrauch, Vernachlässigung und Gewalt erlebt. Zerrüttete Familienverhältnisse oder Heimerfahrungen sind ebenso einschneidende Erlebnisse voller Erfahrungen von Entmutigung. Adler beschreibt, dass Vernachlässigung durch Härte und Geringschätzung zur Ausbildung von

Minderwertigkeit führen kann. (ebd.) Somit ist einem gewissen Anteil wohnungsloser Personen von Beginn an erschwert worden, „gesunde“ Kompensation zu erlernen und einen stabilen Selbstwert aufzubauen.

Da Wohnungslosigkeit selbst eine einschneidende Erfahrung, verbunden mit Ausgrenzungsprozessen, Beschneidungen in der Freiheit der eigenen Lebensgestaltung und Kränkungen verschiedenster Art sein kann, scheint es wahrscheinlich, dass der Versuch, Gefühle der Minderwertigkeit zu kompensieren, im Laufe der Zeit in einem Aufgeben der Kompensationsversuche, allgemeiner Resignation und Entmutigung endet. „Nicht wenige haben sich in Folge vieler gescheiterter Anläufe, ihre Lebensumstände zu verbessern, selbst aufgegeben. Ihre vermeintliche Faulheit ist in Wirklichkeit Entmutigung.“ (Kargl 2008, S. 6) Dieser Circulus vitiosus aus sozialer Ausgrenzung, Armut und dem daraus resultierenden Dauerstress führen nicht nur zu psychischen und physischen Erkrankungen, sondern auch dazu, dass Betroffene bald keine Kapazitäten mehr aufbringen können, gegen diesen zu kämpfen. Wie schon oft beschrieben, ist Wohnungslosigkeit eine Multiproblemlage, die Betroffene in ihren Problemlösungskompetenzen überfordert.

Laut einer BAWO-Studie (2009, S.85) waren nur 13% der Klient*innen der österreichischen Wohnungslosenhilfe in einem aufrechten Tätigkeitsverhältnis, und 40% der Betroffenen gaben in einer FSW-Befragung (2020, S.24) an, dass sie ihre Wohnung aufgrund von Arbeitslosigkeit verloren hätten. Langzeitarbeitslosigkeit hat schwerwiegende Auswirkungen auf die Psyche und das Selbstbild von Betroffenen. Die Teufelskreise der Arbeitslosigkeit und die daraus resultierende Entmutigung zeigen deutlich, wie Kompensation des Minderwertigkeitsgefühls an systemischen Gegebenheiten scheitert.

5.2.1.2 Teufelskreise der Langzeitarbeitslosigkeit

1. Aktionaler Teufelskreis: Bemühung, Rückzug, Apathie
2. Emotionaler Teufelskreis: Hoffnung und Enttäuschung
3. Kognitiver Teufelskreis: Verlust von Selbstvertrauen durch erwartete Hilflosigkeit
4. Motivationaler Teufelskreis: Abnahme der zielverfolgenden Aktivitäten

(vgl. Kreis/Dauer 1999, S. 218)

Wenn Arbeitslosigkeit, ein mangelndes soziales Netzwerk und psychische Belastungen zusammenspielen, ist es ohne Hilfe sehr schwer, wieder aus der Wohnungslosigkeit herauszukommen. Daher bedarf es multiprofessioneller Unterstützung, welche im Sinne des Gemeinschaftsgefühls Betroffene dazu ermutigt, für sie förderliche Schritte zur aktiven Lebensführung zu unternehmen.

5.2.1.3 Ermutigung

„Ermutigung macht den Schwachen stärker, den Kranken gesünder, den Zweifelnden sicherer, den Ängstlichen mutiger.“ (Schoenaker 2007, S. 9) In der Individualpsychologie von Alfred Adler wird Ermutigung als ein entscheidender Faktor für die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden einer Person angesehen. Ein Mensch fühlt sich ermutigt, wenn er das Gefühl hat, dass seine Ziele erreichbar sind und dass er die Fähigkeit hat, seine Umgebung zu beeinflussen. Der Begriff der Ermutigung wird besonders in der in Deutschland praktizierten individualpsychologischen Beratung betont, welche Mut und Ermutigung als zentrale Wirkfaktoren ihrer Methodik sehen. (vgl. Schoenaker 2002, S.9) Auch das in der Sozialen Arbeit eingesetzte Prinzip des Empowerments (zu Deutsch, der Selbstbemächtigung) ist als Ermutigung zu verstehen, da Empowerment nicht im Sinne der Verzärtelung Aufgaben abnehmen und den Weg ebnen, sondern dazu bemächtigen will, selbst Problembewältigung zu erlernen und Selbstwirksamkeit zu erleben.

„Empowerment [...] bezeichnet Entwicklungsprozesse in der Dimension der Zeit, in deren Verlauf Menschen die Kraft gewinnen, derer sie bedürfen, um ein nach eigenen Maßstäben buchstabiertes ‚besseres Leben‘ zu leben.“ (Herriger 2020, S.13)

Individualpsychologische Psychotherapie arbeitet ressourcenorientiert und -fördernd, damit Patient*innen in sich die Werkzeuge finden, die sie brauchen, um ihr Leben wieder nach ihren Vorstellungen zu formen. „Da hat nun die individualpsychologische Methode mit ihrer eigenartigen Technik einzusetzen, die im Wesentlichen eine Methode der uneingeschränkten Ermutigung ist.“ (Adler 1926m/2010, S. 276)

Im Kontext von Wohnungslosigkeit sollte das Prinzip der Ermutigung allerdings mit einem großen „Aber“ gelesen werden. Gesellschaftliche Probleme brauchen gesellschaftspolitische Lösungen, und es wäre zynisch, Wohnungsnot zu einem Individualproblem zu machen und Betroffene für ihre „Heilung“ durch Selbstbemächtigung selbst verantwortlich zu machen.. Sowohl die Gesellschaft als auch die Politik müssen ermutigender werden: Anstatt Betroffene zu stigmatisieren, zu diagnostizieren und in eine Parallelwelt der Hilfseinrichtungen „abzuschieben“, sollte es mehr Prävention (wie die Delogierungsprävention), bezahlbaren Wohnraum und unbürokratische und niederschwellige Hilfen bei psychischen Problemen geben.

5.2.2 Das Gemeinschaftsgefühl

Gemeinschaftsgefühl bedeutet, „[m]it den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen““. (Adler 1928f/2010, S. 315)

Das Zentrum jeder individualpsychologischen Psychotherapie bildet das „Ich“, das „Individuum“ und dessen individuelles Erleben. Dieses sieht Adler untrennbar mit seinem Sozialgefüge, der Gemeinschaft, verbunden. Das Gemeinschaftsgefühl ist ein zentraler Grundbegriff der Individualpsychologie.

Trotz seiner prominenten Stellung in Adlers Schriften ist dieser Begriff nicht genau definiert und wurde in seiner Geschichte oft diskutiert. Es ist unter anderem ein Grund für die Trennung Freuds und Adlers, da Freud die Orientierung hin zu Mitmenschen und Kultur nur als sekundär nach dem egozentrischen Fokus auf Triebbefriedigung ansieht. Über die Jahrzehnte der Entwicklung der individualpsychologischen Theorie unterlag das Gemeinschaftsgefühl einem starken Wandel und wurde von Adler unter psychologischen, ideologischen, hoffnungsvollen, teils grenzreligiösen Aspekten beleuchtet und sowohl von seinen Schüler*innen als auch von Kritiker*innen kontrovers betrachtet. Mackenthun (vgl. 2012, S.19) führt dies unter anderem auf Adlers vergleichsweise kurze Schaffensperiode zurück: Widersprüchliche Aussagen und wenig tragfähige Beispiele bilden eine wackelige Grundlage für die Begriffsdeutung. Neben Bestrebungen, den Begriff aus dem individualpsychologischen Wortschatz zu streichen, wird dieser bis heute weiterentwickelt, um andere Theoriemodelle erweitert und mit Aspekten verwandter Disziplinen verglichen. Die Schwierigkeit, aber auch der Reiz des Gemeinschaftsgefühls liegt in dessen Ungenauigkeit.

Seinen Ursprung findet das Gemeinschaftsgefühl im Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes. Adler revidiert später seine Meinung, dass dieses angeboren sei. Die Kernthese des Gemeinschaftsgefühls bildet der Gedanke, dass der Mensch als soziales Wesen nicht als Einzelner existieren kann. Somit muss das soziale Gefüge in der Theorie mitbedacht werden. Die Entwicklung der Persönlichkeit und der moralischen Einstellungen geschieht immer in Auseinandersetzung mit der Gemeinschaft. Adler sieht sogar alle Sinnesorgane im Dienst der Kontaktaufnahme und der sozialen Verknüpfung. Die Sprache ist das offensichtlichste Mittel zur gemeinschaftlichen Teilhabe. (vgl. Pap 2017, S. 134ff.) Verschiedene Definitionen des Gemeinschaftsgefühls setzen an unterschiedlichen Punkten an. Einerseits soll es ein Gefühl der gemeinschaftlichen Verbundenheit sein, das jedem Menschen gegeben ist und von welchem ungünstige Umweltfaktoren und falsche Erziehung ablenken können. Es soll dem Menschen sogar angeboren sein, da die Sinne und die Sprache darauf ausgerichtet seien. Wiederum könne es ein Streben nach einer unerreichbaren, idealen Gemeinschaft sein und ein Korrektiv zum Aggressionstrieb. In einer allgemeinen und weitreichenden Definition wäre es das Erfassen und Verstehen einer unauflöselichen Bezogenheit, dass jeder einzelne Mensch Teil der Menschheit, jeder Einzelne ein Teil eines großen Ganzen ist.

5.2.2.1 Gemeinschaftsgefühl als Grundgedanke der Wohnungslosenhilfe

Es scheint schwierig, die komplexe Lebensrealität von wohnungslosen Personen abstrahiert in der Individualpsychologie wiederzufinden. So scheint es ebenso viele Situationen in der Wohnungslosenhilfe zu geben, die im positiven Licht des Gemeinschaftsgefühls gesehen werden können, wie es auch die Momente der Minderwertigkeit und des Machtstrebens gibt. In einem konzentrierten Umfeld, dem potenzierten Raum menschlicher Begegnung unter konfliktreichen und bedrohlichen Umständen wie

etwa Ressourcenknappheit (Wer bekommt die schöne Jacke aus dem Spendenlager?), sind der Wechsel und die Gegensätzlichkeit besonders prägnant.

Welche innerpsychischen Probleme können aus individualpsychologischer Sicht durch den Wohnungsverlust entstehen? Mit dem Eintritt in die Wohnungslosigkeit kommt es oft zu einem Verlust sozialer Beziehungen. Viele Wohnungslose erleben Brüche in der Beziehung zur Familie. Manche haben schon vor der Wohnungslosigkeit keinen Kontakt, manche verlieren ihn durch die äußeren Umstände oder Stigmatisierung. Das Umfeld, die Freunde, ziehen sich zurück. Die wohnungslose Person, die vielleicht auch mit Arbeitslosigkeit und/oder psychischer Erkrankung zu kämpfen hat, zieht sich vermehrt zurück oder kann nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Diese Prozesse geschehen wechselseitig und führen zu Vereinsamung und Abwertung der eigenen Person, was zu einer allgemeinen Entmutigung führt. Sind psychische Erkrankungen wie Sucht, Psychosen oder Depressionen mittragend, so verstärken sich diese Effekte. Das Herausfallen aus dem eigenen sozialen Netz, Beziehungsabbrüche mit Familie und Freunden, bedeutet einen Verlust von Ressourcen, die beim Wiedereinstieg in ein eigenes Leben hilfreich bis notwendig wären.

Wenn wir bedenken, dass Adler alle unsere Sinne auf die Gemeinschaft ausgerichtet sieht und Glück und psychische Gesundheit an den Lebensaufgaben Liebe, Arbeit und Gemeinschaft misst, was bedeutet dies dann in Hinblick auf die Lebensrealität von wohnungslosen Personen? Wie die Ursachenforschung zeigt, ist es nahezu unmöglich, Gründe für Wohnungslosigkeit gänzlich am Individuum oder an strukturellen Umständen festzumachen. Betroffene werden aktiv und passiv von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen. Wer täglich um die Deckung seiner Grundbedürfnisse kämpfen muss (Woher bekomme ich Essen? Wo kann ich schlafen? Wo kann ich duschen? Finde ich wieder Arbeit?) und nicht über die finanziellen Mittel verfügt, ist gar nicht in der Lage, an Freizeitaktivitäten oder gesellschaftliches Beisammensein zu denken. Auf der anderen Seite wird auch ein aktives Zurückziehen der Betroffenen beschrieben. Psychische und physische Erkrankungen, Suchtproblematiken und Angst vor Diskriminierung führen zu Vermeidungsverhalten. „Wenn man sich lange Zeit am unteren Ende des Stufensystems der Wohnungslosenhilfe befindet, beschreiben Betroffene das starke Gefühl von Schuld, nichts wert zu sein, oder betrachten sich selbst als Verlierer.“ (Cochior 2021, S. 49) Diese Gefühle der Minderwertigkeit führen zu einer verstärkten Selbstzentrierung. Adler sieht die Minderwertigkeit als schädlich für das Gemeinschaftsgefühl an. Wohnungslose Personen sind ständig mit dem Erhalt des eigenen Selbstwerts beschäftigt.

5.2.2.2 „Trinker“, „Drogensüchtige“, „Schizophrene“ – Die Kehrseite des Gemeinschaftsgefühls

Entgegen Adlers zeitlos erscheinender Sozialkritik, welche die Benachteiligung der unteren Gesellschaftsklassen thematisiert, geht er mit den Personen, welche teils aufgrund dieser Ausgrenzungsprozesse auffällige Verhaltensweisen ausgebildet haben, hart ins Gericht. „Reduziert man alle

Fehlentwicklungen auf kurze wohlbekannte Klassifizierungen, [...] dann können wir von Problemkindern, Neurotikern und Psychotikern, Selbstmördern, Kriminellen, sexuell Perversen, Trinkern, Drogenabhängigen und Prostituierten sprechen“. (Adler 1937b/2009, S. 200f.) Adler attestiert ihnen eine antisoziale Haltung im Sinne des mangelnden Gemeinschaftsgefühls. „Ihr abweichendes Verhalten tritt auf, wenn sie vor einem Lebensproblem stehen, für dessen Lösung mehr Gemeinschaftsgefühl erforderlich ist, als sie erworben haben.“ (ebd., S. 201)

Nun liest man hier aus heutigem Standpunkt ein Widerspruch. Wenn auch nicht alle der hier beschriebenen Problematiken den Folgen von Armut zugeschrieben werden können, so ist mit Blick auf die aktuelle Forschung die Betonung von „Psychotikern“, „Trinkern“ und „Drogenabhängigen“ auffällig. Adler erklärt, dass diese einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl und keine Ermutigung und Erziehung zu einer positiven Kompensation der Minderwertigkeit in ihrer Kindheit erfahren hätten.

Adler unterstellt diesen Personen die unbewusste Entscheidung, auf der „unnützlichen Seite“ des Lebens zu stehen. Er ordnet sie in gut und böse, in nützlich und unnützlich.

„Auch wer sich auf der unnützlichen Seite des Lebens bewegt, als Schwererziehbarer, Neurotiker, Verbrecher, Selbstmörder, Trinker, Perverser usw., wird sich des Unterschiedes bewusst sein, zwischen gut und böse unterscheiden können und sein eigenes Werk gegen die Vernunft und gegen die Tugend zu verteidigen suchen.“ (Adler 1928f/2010, S. 319)

Seiner Theorie unterliegt die unausgesprochene Annahme, dass jede Person, wenn sie durch die Individualpsychologie in die Lage gebracht wird, ihre eigenen Fiktionen und neurotischen Verhaltensmuster zu verstehen, im Sinne des Gemeinschaftsgefühls zu einer positiven Teilhabe gebracht werden kann. Aus dem heutigen Armutsverständnis heraus geschieht hier eine Individualisierung und Responsibilisierung. Hier wird eine mehrfache Schuld aufgeladen: Schuld, dass die eigenen Kompensationsmechanismen von psychosozialen Belastungen nicht im Sinne der Gemeinschaft, sondern der eigenen Sicherung mit den aktuell verfügbaren Mitteln dienen. Schuld, dass Personen, die Ausgrenzungsprozesse erleben und an diesen erkranken, sich von der Gemeinschaft abwenden und nicht mehr versuchen, aktiv an dieser teilzuhaben. Und die Schuld, auf der bösen, unnützen Seite des Lebens zu sein und moralisch verwerflich zu agieren.

Als Kind seiner Zeit ist Adler an die damaligen moralischen Denkansätze gebunden. Aus seiner Sicht war die Neurosenlehre die modernste Entstehungserklärung psychischer Erkrankungen, und es wäre ihm Unrecht getan, ihm die mangelnde Verknüpfung von Armut und psychischem Leiden vorzuwerfen. Allerdings hängt seinen Erörterungen zum Gemeinschaftsgefühl ein gewisser naiver Optimismus an, der jedem Menschen Gestaltungsfreiheit im eigenen Leben und in der Gemeinschaft einräumt.

„Die Aufforderung Adlers, die Forderungen der Gemeinschaft zu erfüllen und der moralische Unterton gegen Neurotiker – was vor allem am späten Adler heute kritisch gesehen wird – schwingen in den Beschreibungen dieser Zeit bereits mit.“ (Bruder-Bezzel 1999, S.2014)

Die Diskrepanz zur realen Lebenssituation von wohnungslosen, psychisch erkrankten Personen wird erklärbar, wenn man das Gemeinschaftsgefühl als Ideal versteht, welches gesamtgesellschaftlich angestrebt werden sollte. (vgl. Pap 2012, S. 145f.) In der Realität scheint es allerdings so, als ob armutsbetroffene Menschen gesellschaftlich daran gehindert werden, ihr Gemeinschaftsgefühl zu leben. So könnte folgende Aussage auch in die andere Richtung gedeutet werden: „Immer wieder fanden wir in diesen Erkrankungen den Ausdruck der Entgemeinschaftung, damit auch den Ausdruck der Entmutigung für ein selbstbewusstes Streben.“ (Adler 1929f/2010, S.350) Die Entmutigung kommt nicht nur von innen, von der Erziehung und deren Erziehungsfehler, sondern auch von außen – der armutsbetroffene Mensch wird „entgemeinschaftet“.

5.2.2.3 Arbeit – Liebe – Gemeinschaft: Die drei Lebensaufgaben im Licht der Wohnungslosigkeit

„Die Aufgaben sind immer sozialer Natur. Es gibt keine anderen (Gesellschaft, Beruf, Liebe). Die Lösung dieser Aufgaben hängt davon ab, wie weit einer sozial vorbereitet ist. Das Gegenteil gilt für alle Fehlschläge, schwer erziehbare Kinder, Verbrecher, Selbstmörder, Neurotiker, Psychotiker, Trinker, sexuell Perverse usw., sie alle sind keine Mitarbeiter, keine Mitmenschen, eher Nebenmenschen, wenn nicht Gegenmenschen.“ (Adler 1932i/2010, S.536)

Mit Bezug auf die aktuelle Forschung scheint es, als ob von Wohnungslosigkeit Betroffene Schwierigkeiten in der Erfüllung aller drei Lebensaufgaben hätten. Wie in einer Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO 2009, S.85) beschrieben, beziehen nur 13% der Personen, die Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nutzen, Einkommen aus Erwerbstätigkeit. Nachdem sich die sozialen Beziehungen laut Literatur teils krisenhaft gestalten und wohnungslose Personen eher kleine Netzwerke haben, ist die Frage, ob Liebe im Sinne einer stabilen partnerschaftlichen Beziehung, wie sie Adler versteht, einen Teil der Lebensrealität von Betroffenen darstellt. Dazu konnten keine Daten gefunden werden. Die Thematik der Lebensaufgabe Gemeinschaft wurde bereits ausführlich behandelt. Was weiterhin offenbleibt, ist, ob psychisch erkrankte wohnungslose Personen, wie Adler es schreibt, an den Lebensaufgaben scheitern oder ob sie gesellschaftlich davon ausgeschlossen und daran gehindert werden.

Besonders zynisch liest sich folgende Aussage im Hinblick auf einkommensschwache Personen: „Immer bricht die Neurose aus in Hinblick auf eine der bevorstehenden sozialen Fragen, die sich auf Gesellschaft, Beruf oder Liebe beziehen. Die Symptome der Neurose entspringen immer aus der Spannung, in die der zahlungsunfähige Patient gerät.“ (Adler 1929f/2010, S.351) Adler unterstellt hier eine Vermeidung der jeweiligen Lebensaufgabe (in diesem Fall die des Berufes) und sieht das Auftreten des Symptoms als Ausflucht. Aus heutiger Sicht könnte dies eher als Auswirkung des psychischen Drucks, der durch die Zahlungsunfähigkeit ausgelöst wird, gesehen werden, wenn es nicht sogar eine Unterstellung wäre.

„In der Schizophrenie ist die Ausschaltung des andern auf die höchste Spitze getrieben. Gesellschaft, Beruf, Liebe, die drei großen Lebensfragen, werden mit Erbitterung ausgeschaltet, und mit ihnen geht aller Sinn für das Gemeinschaftsleben (siehe oben: Sprache, Verstand, Moral, sinnvolles Streben) verloren“. (Adler, Alfred 1929f/2010, S. 350)

Im Kontext des Vulnerabilität-Stress-Coping-Modells, welches neben genetischen auch psychosoziale Faktoren als Auslöser für Schizophrenie sieht, verwechselt Adler vielleicht Ursache und Wirkung. Einerseits stimmt es, dass schizophrene Personen und insbesondere solche, die von paranoider Schizophrenie betroffen sind, den Sinn für das Gemeinschaftsleben verloren haben. Auf der anderen Seite

„leiden Menschen mit chronischen Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis an verschiedenen Folgen ihrer Erkrankung, die sich in zentralen Lebensbereichen so auswirken, dass sie in einer sozialen Ausgrenzung münden können. Diese Konsequenzen sind auf individuelle wie auch soziale bzw. gesellschaftliche Bedingungen zurückzuführen und nicht primär in der Erkrankung selbst zu verorten.“ (Dizdar 2019, S.38)

5.2.2.4 Wohnungslosenhilfe und Soziale Arbeit als gelebtes Gemeinschaftsgefühl

Adler sieht die Existenz des Gemeinschaftsgefühls in der sozialen Veranlagung des Menschen und seiner kulturellen Leistungen bestätigt.

„Alle religiösen, gesetzlichen, staatlichen, sozialen Einrichtungen waren im Wesentlichen immer Versuche, das Zusammenleben der Menschen leichter und günstiger zu gestalten, den Einzelnen Lebensformen vorzuschreiben, bei denen eine Erhaltung des Menschengeschlechtes gewährleistet erscheint.“ (Adler 1926m/2010, S.275)

Somit kann die Wohnungslosenhilfe im Ideal des Gemeinschaftsgefühls als Gesellschaftsleistung gesehen werden, welche dort auffängt, wo Einzelne nicht mehr kompensieren können. Als Wissenschaft hat sich besonders die Soziale Arbeit hervorgetan, die die Prinzipien des Gemeinschaftsgefühls verkörpert: von der Nichtsesshaftenhilfe zur Wohnungslosenhilfe, Armutsforschung und Arbeit mit marginalisierten Gruppen bis hin zu Unterstützungsansätzen ganz im Sinne der Ermutigung haben sich über die Jahrzehnte unzählige engagierte Professionist*innen für Menschen in sozialen Problemsituationen eingesetzt. All dies wäre nicht möglich gewesen, wenn es im Menschen nicht den Wunsch gäbe, andere aufzufangen und dafür zu sorgen, dass ihre Grundbedürfnisse gedeckt sind.

Wenn wir nun der Annahme sind, dass es psychosozial benachteiligten Menschen am Gemeinschaftsgefühl mangelt (ob ihrer Veranlagung oder aufgrund des sozialen Ausschlusses), so ist es nur verständlich, dass es gesellschaftliche Hilfestellungen, wie etwa die Wohnungslosenhilfe, braucht, um diesen Mangel wieder auszugleichen. Dies fügt eine neue Ebene hinzu: Wenn der Einzelne an seiner Minderwertigkeit und Erfüllung der Lebensaufgaben nicht arbeiten kann, da er aus verschiedenen persönlichen und gesellschaftlichen Gründen daran gehindert ist, kann die Gemeinschaft versuchen, ihn durch

soziale Hilfen und Unterstützung wieder zu integrieren. Dies ist allerdings nicht nur eine Aufgabe der Wohnungslosenhilfe, der Individualpsychologie bzw. Psychotherapie oder der Sozialen Arbeit, sondern auch von Politik und Gesellschaft.

6 *Methode*

6.1 *Zielsetzung*

Um sowohl die psychotherapeutische Arbeit mit wohnungslosen Personen selbst als auch die Angebotslandschaft in Wien möglichst umfassend, aber auch eingrenzend erheben zu können, wurden sieben Expert*inneninterviews mit Psychotherapeut*innen befragt, welche mit Klient*innen der Wohnungslosenhilfe therapeutische Gespräche führen oder geführt haben. Als Werkzeug für die Erhebung der Daten diente das Leitfadeninterview, dessen Fragen möglichst zieloffen formuliert wurden. Die Zielsetzung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung war es, möglichst ohne Vorannahmen die Arbeit der Psychotherapeut*innen, aktuelle Therapieangebote und deren Herausforderungen sowie Verbesserungsmöglichkeiten zu erfragen.

6.2 *Forschungsstand*

Es ist kaum möglich, Literatur oder Forschung zur Psychotherapie mit wohnungslosen Menschen zu finden. Lika Trinkl beschreibt in „It’s a jungle out there...“ (Trinkl 2015) ihre Gesprächsangebote in einer Obdachloseneinrichtung in Wien. Im Rahmen einer Bachelorarbeit gab es „eine Bedarfsermittlung zu niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung für Menschen in prekären Lebensverhältnissen“ (Franka 2020), welche sich für einen Bedarf ausgesprochen hat. In „Menschen in psychosozialer Not. Beratung, Betreuung, Therapie“ (Rauchfleisch 1996) beschreibt der Sozialarbeiter und Psychotherapeut Udo Rauchfleisch seine Erfahrungen in der stationären Therapie mit Menschen in psychosozialen Problemlagen. Forschungen darüber, warum Psychotherapie defizitär in der Behandlung wohnungsloser Personen sei, finden sich mehrfach in Büchern der Sozialarbeit und klinischen Sozialarbeit. (Pauls 2013; Bösel et al. 2020; Anhorn & Balzereit 2016) Die Forschung zur Wohnungslosigkeit und zu psychischer Erkrankung wurde im Kapitel 3.2 *Aktuelle Forschung* vorgestellt.

6.3 *Forschungslücke*

Nach Analyse des aktuellen Forschungsstandes gibt es keine Erhebung zu psychotherapeutischen Angeboten für wohnungslose Personen in Wien. Ebenso ist kaum Forschung über Psychotherapie mit wohnungslosen Personen verfügbar. Daher versucht die vorliegende Arbeit, einen Überblick über die aktuelle Situation der therapeutischen Versorgung dieser Personengruppe zu geben.

6.4 *Das qualitative Interview*

Die Einordnung der verschiedenen Verfahren der Interviewführung orientiert sich daran, wer die Gesprächsführung übernimmt. Im vorliegenden Fall ist es das Ziel, den Redefluss der Befragten zu

strukturieren. Die Aufgabe der Forschenden ist es, sich „*verstehend an der Logik der Befragten*“ (Froschauer & Lueger 2003, S. 34) zu orientieren. Leitfadeninterviews sind in der Mitte zwischen qualitativen, ethnographischen oder narrativen Fragestellungen und starren Fragebögen anzusiedeln. Die Fragestellung ist durch den Leitfaden festgesetzt, jedoch gibt es Interpretationsfreiräume in der Beantwortung der Fragen.

„Im Zentrum qualitativer Interviews steht die Frage, *was die befragten Personen für relevant* erachten, wie sie ihre Welt beobachten und was ihre Welt charakterisiert.“ (Froschauer & Lueger 2003, S. 16) Dafür wird eine Fragetechnik verwendet, die Erzählungen über Erlebtes anregen soll und eine retrospektive Betrachtung und Deutung ermöglicht. Die interviewende Person soll ein möglichst offenes Gesprächsklima schaffen, während die Befragten entscheiden, welche Punkte für die Beantwortung der Fragen relevant sind. Ziel ist es, bedeutungsrelevante Informationen zu erheben, welche Hinweise auf sozial begründete Gesellschaftsstrukturen aus der Wahrnehmung der darin Handelnden geben. (vgl. ebd., S. 75)

Übersicht 2: Die beiden Pole des Kontinuums der Gesprächsführung

Vorrangig qualitativ orientiert	↔	Vorrangig quantitativ orientiert
Strukturierung durch befragte Person	Differenzkriterien	Strukturierung durch befragende Person
Allgemein sinnvoll, besonders jedoch in frühen Forschungsphasen	Strukturierung als zentrales Differenzkriterium	Für spezifische Zwecke und vorrangig in späten Forschungsphasen
Fokussierung auf die Sichtweisen der befragten Person zur Analyse deren sozialer Lebenswelt	Verwendung in der qualitativen Sozialforschung	Fokussierung auf vorfixierte Fragestellungen, die sich zur Prüfung von Hypothesen der ForscherInnen eignen
Gespräche mit einzelnen oder mehreren Befragten	Zielsetzung	Gespräche mit Einzelpersonen
Eher weich und der befragten Person entgegenkommend	Beteiligte	Eher direktiv bezüglich Fragen und Antworten
Nur grob vorgegebene Thematik	Verhalten der InterviewerInnen	Klare Struktur der anzusprechenden Themen
Sehr offen mit weitem Antwortrahmen	Fragestruktur	Vorwiegend geschlossen mit engem Antwortrahmen
	Frageform	

Abbildung 3: Die Pole des Kontinuums der Gesprächsführung (Froschauer und Lueger 2003, S. 35)

Auf den kleinsten Nenner heruntergebrochen, können qualitative Forschung und deren Fragestellungen als „Verstehen“ des „Besonderen“ im Vergleich zum „Erklären“ des „Allgemeinen“ verstanden werden.

„Der qualitativ-verstehende Ansatz ‚versteht‘ sich dabei immer dahingehend, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht nur analysieren zu können, sondern sich in sie *hineinzusetzen*, sie *nachzuerleben* oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen.“ (Mayring 2015, S. 19)

6.4.1 Das Expert*inneninterview

Das Expert*inneninterview ist ein oft genutztes Instrument der Datenerhebung in der empirischen Sozialforschung, da es sich zur Exploration von Thematiken gut eignet. Es kann der ersten Orientierung in einem neuen Forschungsfeld dienen und helfen, thematisch Struktur zu schaffen und Hypothesen zu erstellen.

„Dabei stellt es gerade für diesen Zweck ein probates Mittel dar, weil sich mit seiner Hilfe und mit überschaubarem Aufwand grundlegende Informationen über bisher nicht durchdrungene Themenfelder in vor allem erschließender und deskriptiver Absicht, komfortabel gewinnen lassen.“ (Ullrich 2006, S. 100)

Dadurch muss die forschende Person nicht zuerst (oft aufwändige quantitative) Grundlagenforschung betreiben, um Aussagen zu einer Forschungsthematik treffen zu können.

Dabei ist relevant, welche Gesichtspunkte des Expertenwissens erfragt werden sollen.

„Die befragten Experten können dabei selbst als Teil des Handlungsfelds zur Zielgruppe der Untersuchung gehören, oft jedoch werden Experten auch gezielt als komplementäre Informationsquelle über die eigentlich interessierende Zielgruppe genutzt.“ (Bogner & Menz 2005)

Im Fall der vorliegenden Untersuchung wird das Kontextwissen der befragten Psychotherapeut*innen sowohl als Betroffene des Handlungsfeldes „Psychotherapie mit wohnungslosen Personen“ als auch als Aussagende über die eigentliche Zielgruppe, psychisch erkrankte wohnungslose Personen, welche psychotherapeutische Angebote annehmen oder angenommen haben, erfragt. „Das Experteninterview bietet sich auch in Fällen an, wo der Zugang zum sozialen Feld schwierig oder unmöglich ist, wie dies z.B. bei tabuisierten Themenfeldern der Fall ist.“ (Bogner & Menz 2005, S. 7) Mehrere in der Wohnungslosenhilfe tätige Kolleg*innen betrachteten es als kritisch, psychisch kranke wohnungslose Personen zu ihren Einstellungen zu Psychotherapie zu befragen, da es aufgrund der Verschwiegenheit kaum möglich wäre, einen Kontakt zu diesen herzustellen. Weitere Ausführungen zur kritischen Betrachtung und Reichweite dieser Untersuchung sind im *Kapitel 6.9 Kritische Betrachtung und Eingrenzung der Gültigkeit* zu finden.

Als besonderer Aspekt der vorliegenden Interviewsituation soll die Typisierung der interviewenden Person als Co-Expertin nicht außer Acht gelassen werden. Diese Typisierung dient nicht nur der deskriptiven Beschreibung der Gesprächssituation, sondern beleuchtet die Tatsache, dass die Aussagen der Expert*innen in Interaktion mit einer interviewenden Person entstanden sind, die ebenfalls in der Wohnungslosenhilfe arbeitet und sich im psychotherapeutischen Fachspezifikum befindet. Gerade deswegen ist der Punkt der nur scheinbaren Neutralität zu nennen, da den Befragten bewusst ist, dass sich die andere Person bereits intensiv mit dem Untersuchungsthema auseinandergesetzt hat und eine eigene Meinung (die der der Expert*innen vielleicht sogar gleicht) gebildet hat. (Bogner und Menz 2005)

6.4.2 Auswahl der Expert*innen

Auf Nachfrage bei mehreren Einrichtungsleiter*innen wurden besonders die Gruft als Obdachloseneinrichtung, in der Psychotherapie angeboten wird, und der Verein FEM, welche konsiliarisch mit Klient*innen arbeiten, angeführt. Durch weitere Empfehlungen konnten noch drei andere Psychotherapeut*innen erreicht werden, welche im Rahmen ihres Fachspezifikums Psychotherapieangebote in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe angeboten haben. Es konnten trotz mehrerer Rundmails an alle Wohnungsloseneinrichtungen der Caritas keine weiteren Psychotherapeut*innen gefunden werden, welche therapeutisch mit der Zielgruppe arbeiten oder gearbeitet hätten. Der berufliche Kontext war, wenn dann nur als Betreuer*in gegeben. Es konnten sieben Interviews mit Expert*innen geführt werden, die in ihrer Funktion, Therapiemethode und Art des Gesprächskontaktes mit der Zielgruppe vorgestellt werden.

Mag. Jürgen Steurer und Mag. Nina Pröll (Gruft)

Seit zwölf Jahren werden wohnungslose Menschen in der Gruft von Herrn Steurer und Frau Pröll psychotherapeutisch betreut. Beide sind klinische und Gesundheitspsycholog*innen und Verhaltenstherapeut*innen. Ihre Kontakte finden entweder im eigenen Therapieraum oder im Tageszentrum der Einrichtung statt.

Mag. Elke Dergovics (FEM)

Frau Dergovics ist Psychotherapeutin in der Methode Psychodrama. Sie ist acht Stunden bei FEM angestellt und betreut im Rahmen des Projekts „Gesundheit für wohnungslose Frauen und Familien“ Klient*innen aus verschiedenen Häusern der Wiener Wohnungslosenhilfe. Die Gespräche finden bei ihr in der Praxis statt.

Heike Lindstedt (FEM)

Seit 2009 ist Frau Lindstedt Teil des Projektes „Gesundheit für wohnungslose Frauen und Familien“. Zunächst als Shiatsu-Praktikerin unterstützt sie jetzt als Psychotherapeutin in Ausbildung unter

Supervision im Fachspezifikum personenzentrierte Psychotherapie wohnungslose Frauen. Wie bei ihrer Kollegin finden die Gespräche in ihrer Praxis statt.

Susanne Peter

Frau Peter wird von Kolleg*innen als „Urgestein“ der WWH bezeichnet. Sie begann mit 16 Jahren 1986 in der Gruft zu arbeiten und ist ausgebildete Sozialarbeiterin. Als systemische Psychotherapeutin hat sie im Rahmen des Praktikums und später ehrenamtlich in verschiedenen Einrichtungen psychotherapeutische Gespräche geführt. Aktuell ist sie Leiterin des Kältetelefon – eines Projekts, das frierenden Menschen auf der Straße schnell und unkompliziert Hilfe zukommen lässt.

Mag. Marion Eisenhut (Haus Miriam)

Als ehemalige Praktikantin des Haus Miriam der Caritas betreut Frau Eisenhut Klientinnen vor Ort und in ihrer Praxis. Sie ist Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision im Fachspezifikum Hypnose-therapie.

Dr. Elisabeth Dokulil

Mitte der neunziger Jahre hat Frau Dokulil ihr fachspezifisches Praktikum in der Gruft absolviert. Als Psychoanalytikerin und Gruppenpsychoanalytikerin beschreibt sie vor allem ihre Gruppentherapieerfahrung in der Gruft zur damaligen Zeit.

6.4.3 Durchführung der Interviews

Vier Interviews wurden persönlich in der Einrichtung oder in der Praxis der jeweiligen Therapeut*innen geführt. Drei Interviews fanden via Zoom statt. Die Dauer beträgt zwischen 20 und 45 Minuten. Die Interviewpartner*innen wurden vorab informiert, dass die Interviews empirischer Teil einer Magisterarbeit sind. Die Befragten haben bereits vorab den Leitfaden mit den Interviewfragen und die Einverständniserklärung (siehe Anhang 2, S.117) erhalten. Diese beinhaltet explizit die Nennung der Namen sowie personenbezogene Daten besonderer Kategorie. Auch vor dem Interview wurde mündlich nochmal darauf hingewiesen, dass dem zugestimmt wurde.

6.4.4 Transkriptionsregeln

Zur Transkription wurden die einfachen Transkriptionsregeln nach Kuckartz (2010) angewendet. Es wurde wörtlich zitiert und nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Die Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet. Im Gegensatz zur beschriebenen Methode wurde nicht anonymisiert. Deutlich längere Pausen wurden mit Auslassungspunkten markiert. Zustimmungende Lautäußerungen der Interviewenden wurden nicht transkribiert, sofern sie den Redefluss der erzählenden Person nicht gestört haben. Einwürfe wurden in Klammern gesetzt. Lautäußerungen wurden notiert, und die Personen

wurden durch „I“ für die Interviewende und „B“ für die Befragten gekennzeichnet. Jeder Sprecherwechsel wurde durch eine neue Zeile deutlich gemacht. (vgl. Kuckartz 2010. S.44)

6.5 *Forschungsfrage und Interviewleitfaden*

Das Leitfadeninterview dient „der Vermittlung der beiden gegensätzlichen Anforderungen von Strukturierung und Offenheit im Interview.“ (Strübing 2018, S. 102) Der folgende Interviewleitfaden hat daher zum Ziel, die folgende Forschungsfrage möglichst umfassend, aber auch eingrenzend, zu erheben: „*Welche psychotherapeutischen Angebote gibt es für wohnungslose Menschen in Wien, und wie beschreiben Psychotherapeut*innen ihre Arbeit mit Betroffenen?*“

Während die konkrete Beschreibung der Angebote im theoretischen Teil dieser Arbeit behandelt wird, widmet sich das Leitfadeninterview der Beantwortung der Frage, wie Psychotherapeut*innen ihre Arbeit mit Betroffenen beschreiben.

Gliederung des Leitfadens

In der *Einleitung und Vorstellung* wird der Kontext beschrieben, in dem die Befragten mit Betroffenen therapeutisch arbeiten oder gearbeitet haben.

- Würden Sie sich, ihren beruflichen Hintergrund und ihre aktuellen Tätigkeiten bitte vorstellen?

Das Fragenkapitel *Setting* dient der Erhebung der äußeren Gegebenheiten und Rahmenbedingungen des psychotherapeutischen Kontaktes.

1. In welchem Rahmen haben Sie Kontakt zu wohnungslosen Personen?
 - Wie kommen diese Gespräche zu Stande?
 - Wo findet der Kontakt statt? Steht ein eigener Raum zur Verfügung? Wie vertraulich ist der Gesprächsrahmen?
 - Wie oft findet der Kontakt statt?
 - Sind das regelmäßige Gespräche oder eher spontane Konsultationen?

Die SEEWOLF-Studie und andere Erhebungen zu dieser Thematik im vorangegangenen Kapitel „3 Wohnungslosigkeit und Psyche“ zeigen, dass Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung stark korrelieren. Da sich Psychotherapie als Behandlungsform psychischer Erkrankungen versteht, werden die beobachteten, gestellten und erzählten Diagnosen der Betroffenen erfragt.

2. Welche Diagnosen kommen in der therapeutischen Arbeit mit Wohnungslosen vermehrt vor?
 - Haben diese Einfluss auf die Therapie? Und wenn ja, welchen?

Die folgenden Fragen behandeln das *therapeutische Gespräch* an sich.

3. Wie gestalten sich die psychotherapeutischen Gespräche mit Betroffenen?
 - Wie lange dauern die Gespräche?

- Welche Themen kommen vermehrt vor?
- Welche Bedeutung hat die Wohnungslosigkeit für das Therapiegespräch?
- Wie tiefgehend sind die Gespräche? Sind diese eher stützend und beratend oder auch tiefergehend therapeutisch?

Da in der vorangegangenen Literaturrecherche kaum Informationen über Wohnungslose als Nutzer*innen von Psychotherapie erarbeitet werden konnten, zielen die Fragen über *Herausforderungen* darauf ab, zu erheben, welche Schwierigkeiten sich in der Arbeit mit Betroffenen ergeben haben.

4. Welche besonderen Herausforderungen stellen sich in der Psychotherapie mit wohnungslosen Personen?

In Bezug auf

- Setting (Raum, Termine ...)
- Themen / Diagnosen
- Beziehung zwischen Therapeut*in und Klient*in
- Methoden: Interventionen, die sie als besonders hilfreich empfinden? Und welche, die weniger hilfreich wirken? Passen Sie ihre Methode der Zielgruppe an?

5. Was läuft in Ihrer derzeitigen Arbeit mit Wohnungslosen gut, was weniger gut?

Die *Methode und deren Anwendung* im Sinne eines Fallbeispiels dient zur konkreteren Erklärung der Arbeitsweise.

6. Welche Methode verwenden Sie? Gibt es Interventionen, die sie als besonders hilfreich empfinden? Und welche, die weniger hilfreich wirken? Passen Sie ihre Methode der Zielgruppe an?
7. Können Sie mir ein anonymisiertes Fallbeispiel erzählen?

Als Gegenpol zu den *Herausforderungen* sollen auch die *Chancen* in der Psychotherapie mit Wohnungslosen erfragt werden. Hier wird besonders auf aktuelle Angebote und wie das „ideale Angebot“ aussehen könnte eingegangen.

8. Welche Chancen sehen Sie in der Psychotherapie mit Wohnungslosen?
9. Inwiefern könnten Wohnungslose von Psychotherapie profitieren?
10. Was denken Sie zu den aktuellen Psychotherapieangeboten für Wohnungslose?
11. Sehen Sie Versorgungslücken für psychisch kranke wohnungslose Personen?
12. Was könnte und sollte verbessert werden?
13. Wenn Sie selbst ein Psychotherapieangebot für von Wohnungslosigkeit Betroffene schaffen könnten – wie würde das aussehen?

6.6 Die qualitative Inhaltsanalyse

Eine Inhaltsanalyse hat, grob zusammengefasst, das Ziel, aus Kommunikation stammendes Material zu analysieren. Richtiger wäre allerdings die Beschreibung, dass die Inhaltsanalyse Kommunikation an sich als Analysegegenstand hat. Diese ist in der Regel in irgendeiner Form protokolliert und wird daher von Mayring (2015, S. 12) als fixierte Kommunikation bezeichnet. Um sozialwissenschaftlichen Standards zu genügen, muss die Analyse systematisch und regelgeleitet durchgeführt werden. Dies ermöglicht, dass diese nachvollziehbar und überprüfbar ist. Wichtig ist auch, dass die Inhaltsanalyse theoriegeleitet ist und sich auf diese auch in allen Schritten rückbezieht. Sie soll außerdem als Teil eines Kommunikationsprozesses verstanden werden und „das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.“ (ebd., S. 13)

6.6.1 Zusammenfassende Inhaltsanalyse durch induktive Kategorienbildung

Zunächst wird durch die Fragestellung festgelegt, was zusammengefasst werden soll. Danach werden die Analyseeinheiten bestimmt, welche im Fall des vorliegenden Materials die einzelnen Interviews darstellen. Danach werden die einzelnen Kodiereinheiten „nun in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben.“ (ebd., S. 71) Dies wird Paraphrasierung genannt, welche alle nicht inhaltstragenden Textteile weglässt. In der Reduktion wird das angestrebte Abstraktionsniveau festgelegt und darunter liegende Phrasen verallgemeinert. Im Zweifelsfall sollte die Theorie unterstützend hinzugezogen werden. Danach werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. In der zweiten Reduktion werden dann durch Zusammenführung und Integration von auf dem Abstraktionsniveau ähnlichen Phasen erste Kategorien gebildet. Diese neuen Aussagen stellen dann das neue Kategoriensystem dar. Sollten sich unübersichtlich viele Kategorien ergeben, so sind weitere Reduktionen notwendig. Zum Schluss findet eine Rücküberprüfung der so gebildeten Kategorien an 10–50% des Materials statt. Sollten sich Aussagen nicht den gebildeten Kategorien zuordnen lassen, müssen diese überarbeitet werden. Danach folgen die Interpretation und Analyse der Ergebnisse. (vgl. Mayring 2015, S. 69–72)

Die induktive Kategorienbildung leitet die Kategorien direkt aus dem Material ab, ohne sich auf die Theorie zu beziehen. „Der induktiven Kategorienbildung liegt eine Offenheit zu Grunde, die den Vorteil bietet, Verzerrungen und Vorannahmen seitens des Forschers vorzubeugen.“ (Reinhoffer 2008, S.125f.)

Diese Analysemethode wurde für die Auswertung der Expert*inneninterviews gewählt, um alle relevanten Themen herauszuarbeiten, zu kategorisieren und ohne Vorannahmen in den Kontext zu setzen.

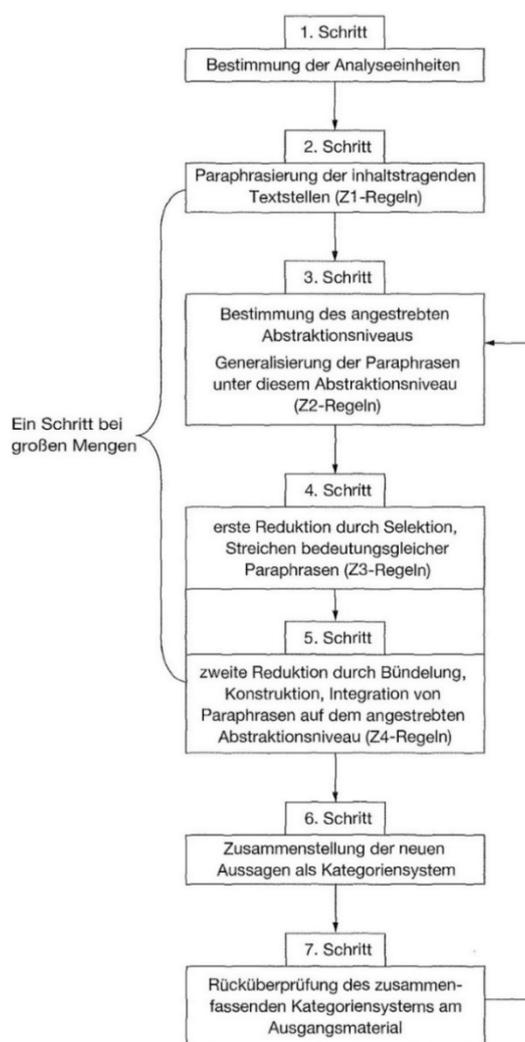


Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse (Mayring 2015, S. 70)

6.7 Ergebnisse

6.7.1 Bildung des Kategoriensystems

Durch die induktive Kategorienbildung haben sich nach der zweiten Reduktion 58 Themenblöcke gebildet, welche zu 20 Kategorien zusammengefasst wurden. Diese wiederum bilden fünf Hauptkategorien, welche alle in den Interviews angesprochenen Themenbereiche abbilden sollen.

Psychotherapie mit wohnungslosen Personen	Diagnosen, Psychiatrie und Medikation	Therapeut*innen in der WLH	Wohnungslosigkeit und deren Themen	Aktuelle Psychotherapieangebote vs. gewünschte therapeutische Versorgung
Ins Gespräch kommen	Psychiatrie: Stationäre Therapie und Psychopharmakotherapie	Therapeut*innen in der WLH	Wohnungslosigkeit	Aktuelle psychotherapeutische Versorgung
Setting	Diagnosen	Vergleich zur Arbeit in freier Praxis	Biographische Vorbelastungen	Finanzierung und psychotherapeutische Versorgung
Therapeutische Beziehung			Krisen	Niederschwelligkeit
Therapieprozess			Diskriminierung	Wie ein ideales psychotherapeutisches Angebot für wohnungslose Personen sein sollte
Psychotherapeutische Interventionen			Existenzielle Unsicherheit	
Therapieinhalte			Einstellung von Klient*innen der WLH zu Psychotherapie	

Abbildung 5: Haupt- und Unterkategorien der induktiven Kategorienbildung, eigene Darstellung

6.7.2 Hauptkategorie: Psychotherapie mit wohnungslosen Personen

6.7.2.1 Unterkategorie: Ins Gespräch kommen

- Anbahnung der Therapie und Erstkontakt

Es haben sich zwei Arten der ersten Kontaktaufnahme herausgestellt: Entweder sind die Therapeut*innen in den Einrichtungen vor Ort und sprechen die Betroffenen selbst an, ob sie das therapeutische Angebot annehmen möchten, oder es wird durch Betreuer*innen oder Sozialarbeiter*innen ein Erstkontakt hergestellt. Um zu der Teilnahme an Gesprächen zu motivieren, ist es sinnvoll, sich in den Aufenthaltsräumen aufzuhalten. „Da ist es halt ganz wichtig, so den Kontakt zu den Klienten zu suchen und im Tageszentrum präsent zu sein, wahrgenommen zu werden und sehr niederschwellig ins Gespräch zu kommen.“ (Steuer, Interview B, S. 1) Da alle interviewten Personen betonen, dass Klient*innen der Wohnungslosenhilfe eher negativ-vermeidend gegenüber Psychotherapie eingestellt sind, ist ein zwangloses Kennenlernen und Kontakt-Knüpfen hilfreich, um Barrieren zu senken. „Und ich habe schon immer gehört, wenn man mit der Fußball spielen kann, kann man reden auch.“ (Peter, Interview G, S. 2)

- Spontane Gespräche

Die Möglichkeit, auch spontan Gespräche führen zu können, wird vor allem für den Beziehungsaufbau und eine zwanglose Therapieanbahnung als hilfreich beschrieben. Sollte es nach einem stattgefundenen Gespräch noch Bedarf geben, kann den Klient*innen auch ein Zurückkommen ermöglicht werden. Spontane Gespräche sind nur möglich, wenn sich die Therapeut*innen für einen längeren Zeitraum als nur für ihre fixen Termine in der Einrichtung befinden.

- Schwierigkeiten im Kontaktaufbau

„Ich glaube, die besondere Herausforderung ist halt, dass wir versuchen müssen, irgendwie in Kontakt zu kommen und wir beziehungsaufbauende Maßnahmen setzen.“ (Peter, Interview G, S. 4) Schwierigkeiten im Kontaktaufbau werden von allen Therapeut*innen beschrieben, welche in den Einrichtungen vor Ort therapeutische Angebote setzen. Diese hängen direkt mit den *Einstellungen von Klient*innen der WLH zu Psychotherapie* zusammen.

- Termineinhaltung

Es wurde mehrmals erwähnt, dass es für Klient*innen schwierig sein kann, Termine einzuhalten. „Oder es ist zum ersten Termin gekommen oder zu drei, vier, fünf, und dann geht es dann doch nicht mehr, weil das Leben dann wieder chaotisch wird und die Termine wieder nicht eingehalten werden.“ (Lindstedt, Interview E, S. 3) Wie beschrieben, kann der Weg zum Erstkontakt länger und von mehreren vorangegangenen Absagen oder vom Nicht-Erscheinen geprägt sein. Ebenso kann es vorkommen, dass es nach einem Erstgespräch einen Kontaktabbruch gibt. Manchen Personen scheint es leichter, manchen schwerer zu fallen, Termine einzuhalten. Einen Termin zu finden, wird als leichter beschrieben, wenn der/die Therapeut*in in der Einrichtung vor Ort ist.

6.7.2.2 *Unterkategorie: Setting*

- Anwesenheit der Therapeut*innen in den Einrichtungen

In der Gruft der Caritas, dem Tätigkeitsort von Herrn Steurer und Frau Pröll, ist täglich ein(e) Therapeut*in anwesend, und jeder deckt einen Tag ab. In den anderen Einrichtungen und Angeboten im Rahmen des Praktikums gibt es einmal wöchentlich Gesprächsangebote. Das Angebot von FEM findet in den Praxisräumlichkeiten der jeweiligen Therapeut*innen und nicht vor Ort statt.

- Therapieräumlichkeit, in der die Gespräche stattfinden/stattgefunden haben

Auch wenn der Erstkontakt oft in den Aufenthaltsräumen stattfindet, werden die Therapiegespräche immer in eigenen Räumlichkeiten geführt. Wenn kein eigener Raum für die Therapie zur Verfügung steht (wie es in der Gruft der Fall ist), muss ein freier gesucht werden, in dem vertraulich Gespräche geführt werden können. Diese Flexibilität im Setting habe aber auch seine guten Seiten: „Das heißt, wenn schönes Wetter war, waren wir im Hof.“ (Peter, Interview G, S. 2)

- Bedeutung des Therapieraums

Die Bedeutung des Therapieraums kommt in den Interviews insofern zu tragen, als ein eigenes Zimmer, in dem vertraulich gesprochen werden kann, als wichtig empfunden wird. Es kann auch als Rückzugsort dienen, wenn es Klient*innen im Tageszentrum zu laut wird. Manche Klient*innen würden auch das Setting, mit einer therapierenden Person im Raum zu sitzen, als herausfordernd empfinden.

- Therapiefrequenz

Wenn die Hürden des Erstkontakts und der Termineinhaltung geschafft sind, finden die Gespräche bei allen Psychotherapeut*innen regelmäßig statt. Am häufigsten wurden wöchentliche Gespräche genannt, allerdings kann die Frequenz auch auf mehrmals wöchentlich erhöht oder z.B. alle zwei Wochen gesenkt werden. Die Therapiefrequenz wird an den Bedarf der Betroffenen angepasst.

- Gesprächsdauer

Als Gesprächsdauer wurden 40–60 Minuten angegeben. Allein die Gruppenanalyse von Frau Dokulil hat 90 Minuten gedauert. Je nach Bedarf oder Zustand des/der Klient*in können die Gespräche auch länger oder kürzer sein. „Ich muss einfach schauen, was für den Klienten sozusagen passend ist, wie lange der das Gespräch aufrechterhalten kann, das ist individuell, sehr unterschiedlich.“ (Steurer, Interview B, S. 2)

6.7.2.3 Unterkategorie: Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung wurde von fünf der sieben Befragten als wichtigster Faktor in der Arbeit mit wohnungslosen Klient*innen genannt. Frau Pröll beschreibt, dass viele Betroffene aufgrund ihrer Biografie und Problematiken Defizite im Bereich Beziehung hätten. „Und deswegen ist es auch eines der Hauptthemen, die Beziehungsgestaltung, also die therapeutische Beziehung“. (Pröll, Interview A, S. 4) Durch die *Schwierigkeiten im Kontaktaufbau* und der *Einstellung von Klient*innen der WLH zu Psychotherapie* ist auch der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung erschwert oder dauert länger. Dies wird auch oft im Vergleich zur Arbeit mit Patient*innen in freier Praxis genannt. „Also, eine tragfähige therapeutische Beziehung herzustellen, dauert im Regelfall hier meiner Erfahrung nach länger als mit wohnversorgten Klienten, die man so in einer psychotherapeutischen Praxis hat.“ (Steurer, Interview B, S. 5) Aufgrund der genannten Beziehungsdefizite ist das Aushalten und Erleben einer therapeutischen Beziehung eine Möglichkeit, korrigierende Erfahrungen zu machen. „Den Bereich, wo Klientinnen mit mir einfach üben und erleben, eine Beziehung auszuhalten und aufzubauen, Konflikte auszuleben auch.“ (Dergovics, Interview D, S. 9.) Das bedeutet auch, dass nach dem Vertrauensaufbau die Gespräche stärker in die Tiefe gehen können.

Die therapeutische Beziehung wird auch außerhalb des Kontextes der Wohnungslosigkeit als wichtigster Wirkfaktor in der Psychotherapie beschrieben. Daher ist es nicht verwunderlich, dass dieser einen

derart prominenten Platz in den Interviews einnimmt. Denn gerade bei Klient*innen mit schweren Störungsbildern, Beziehungsabbrüchen, Traumata und Verlusten kann eine konstante therapeutische Beziehung als besonders heilsam erlebt werden. In einem Fallbeispiel erzählt Frau Pröll von einem alkohol- und nikotinabhängigen Klienten, der Psychotherapie lange abgelehnt hat. Nachdem sie und Sozialarbeitskolleg*innen immer wieder auf das Angebot hingewiesen haben und er irgendwann einem Erstgesprächstermin zugestimmt hat, kam er wöchentlich in die Therapie. Anfangs waren die Gespräche oberflächlich und ziellos, was für die erste Phase des Beziehungsaufbaus typisch ist, da zunächst Vertrauen aufgebaut werden muss. „Und er hat dann begonnen mit der Zeit, Vertrauen zu fassen. Ich habe versucht, ihm eben keinen Druck zu machen, das langsam mit ihm zu erarbeiten, dass es im Grunde notwendig wäre, auch eine stationäre Therapie zu machen.“ (Pröll, Interview A, S. 8) Aufgrund einer immer tragfähigeren therapeutischen Beziehung gelang nach einem dreiviertel Jahr der stationäre Alkoholentzug. Die Beziehungsqualität bestätigt sich dadurch, dass er auch nach einer langen Therapieunterbrechung wieder in die Nachbetreuung zur selben Therapeutin geht. „Und er sagt, ja, zu mir hat er am meisten Vertrauen, weil, ich habe ihn nicht enttäuscht. Ich habe ihm immer geholfen.“ (Pröll, Interview A, S. 8) Dieses Beispiel zeigt auch einen weiteren Punkt, der von sechs der sieben Interviewten angesprochen wurde: Dass lange therapeutische Beziehungen und Prozesse auch mit schwer psychisch erkrankten wohnungslosen Personen möglich sind.

Eine tragfähige Beziehung wird von Frau Pröll und Herrn Steurer nicht nur als Basis zur Motivation für eine (oft benötigte) stationäre Therapie gesehen, sondern auch für die Medikamenteneinnahme. Diese ist relevant, da die am häufigsten genannten *Diagnosen* eine Psychopharmakotherapie benötigen. Im Vergleich zu der Unterkategorie *Psychotherapeutische Interventionen* wird die Beziehung als übergeordnet dargestellt. „Aber insgesamt ist einfach die therapeutische Beziehung das Allerwichtigste. Viel wichtiger als alle anderen Interventionen zusammen.“ (Pröll, Interview A, S. 7f.)

6.7.2.4 Unterkategorie: Der Therapieprozess

- Therapie als Begleitprozess

Wohnungslosigkeit ist eine langanhaltende Belastung für Klient*innen, welche auch dementsprechend lange therapeutische Begleitung benötigt. Da die Lebenssituation anhaltend instabil und krisenhaft sein kann, dürfen auch keine schnellen Behandlungserfolge erwartet werden. „Und dass es jetzt – also das war bei mir auch –, dass einige Klienten wirklich Jahre brauchen, um die Stabilität auch zu behalten.“ (Peter, Interview G, S. 8)

- Bewertung des Therapieprozesses

Positiv wurde bewertet, wenn aufgrund von Stabilisierung eine Frequenzreduktion und ein Therapieabschluss möglich waren und sich die Lebensumstände beruhigen.

Als herausfordernd wurde das Kontakthalten beschrieben. Außerdem sei es schwer auszuhalten, wenn alte Muster wiederkommen und selbst gesetzte Ziele von Klient*innen nicht eingehalten werden. „Und manchmal ist es auch nicht so einfach zu ertragen, wenn alte Muster wieder aufgenommen werden, die eine Selbstzerstörungstendenz in sich haben.“ (Dergovics, Interview D, S. 6) Ebenso schwierig sei es, wenn als Therapeut*in festgestellt werden muss, dass ambulante Betreuung zu wenig sei, da das eigene Angebot zu wenige Ressourcen biete.

Insgesamt wird der Verlauf positiv bewertet, allerdings gebe es ein Vor und Zurück.

6.7.2.5 Unterkategorie: Psychotherapeutische Interventionen

- Therapiemethoden und methodentypische Interventionen

Wie in der Vorstellung der Expert*innen beschrieben, sind unter den Befragten sechs Therapieschulen vertreten: Verhaltenstherapie, Systemische Familientherapie, Psychodrama, Hypnosetherapie, Gruppenanalyse und personenzentrierte Psychotherapie. Beide Verhaltenstherapeut*innen beschreiben die Anwendung ihrer Methoden von Diagnose, Symptomatik und Person abhängig. Methoden des Psychodramas, die in der Arbeit mit wohnungslosen Personen angewendet wurden, sind Aufstellungen auf der Tischbühne, Zeichnen, Gefühle darstellen und innerer Rollenwechsel. Die Hypnosetherapeutin verwendet unter anderem einfache Trancen wie die Lichtdusche oder den sicheren Ort. Frau Peter, welche systemische Therapeutin ist und eine Traumatherapie-Ausbildung absolviert hat, gab den Klient*innen Aufgaben oder motivierte sie dazu, Briefe zu schreiben. Frau Dokulil beschrieb ihre Methode der Gruppenanalyse als tendenziell ungeeignet für die Klient*innengruppe. Die Teilnehmenden seien zwar gut „mitgeschwungen“, allerdings war die Annahme des Angebots schwierig.

- Anpassung von therapeutischen Interventionen für Klient*innen der WLH

Bis auf die Gruppenanalyse, welche als Methode an sich unflexibel ist, werden die angewandten Interventionen als von den Klient*innen, deren Zustand, Situation und Strukturniveau abhängig beschrieben. Wichtig sei es, als Therapeut*in ein Gespür zu entwickeln, welche Interventionen mit den Klient*innen möglich sind und welche nicht. „Und da passe ich einfach meine Arbeit so an, dass ich fördernd sein kann, aber nicht überfordernd bin.“ (Dergovics, Interview D, S. 7) Positive Betonung von Ressourcen, Fortschritten und Kontinuität in der Therapie wird mehrfach als hilfreich erachtet. „Und aber speziell jetzt bei obdachlosen Menschen ist es, glaube ich, sehr wichtig, die Menschen sehr viel zu loben, positiv zu verstärken, ihnen eine Struktur zu bieten.“ (Steurer, Interview B, S. 5) Dies und ein Fokus auf Symptomreduktion sind hilfreich erlebte Interventionen der Verhaltenstherapeut*innen. Außerdem sei es wichtig, die Psychosomatik mit zu behandeln, da diese aufrechterhaltend für die Wohnungslosigkeit sein kann. Als hilfreich beschrieben wurden auch leichte Übungen, die Klient*innen helfen können, zur Ruhe zu kommen. Sowohl Frau Peter als auch Frau Dokulil waren sich einig, dass Konfrontation eine eher zu vermeidende Intervention sei. „Was ich mich nie – oder was ich kaum –

gemacht habe, war Konfrontieren.“ (Dokulil, Interview F, S. 8) Einerseits, weil es zu einem Vertrauensbruch und damit zu einem Therapieabbruch kommen kann, andererseits weil es heikel wäre, Projektionen anzusprechen, da nicht oder nur schwer zwischen viktimisierender Lebensrealität und tendenziöser Apperzeption unterschieden werden kann.

- Stützend-beratend vs. tiefergehend-therapeutische Arbeit

Ob eher stützend-beratend oder tiefergehend-therapeutisch gearbeitet wird, hängt für sechs der sieben Befragten von den Klient*innen und der Situation ab. „Manche sind stützend-beratend, andere sind auch einfach nicht sehr tiefergehend, weil es nicht geht“. (Lindstedt, Interview E, S. 2) Beispiele für eher stützend-beratende Gespräche seien das Erstgespräch, Krisenintervention oder die Anbahnung eines stationären Aufenthalts. Am Anfang der Therapie gehe es oft um Situationsbewältigung und zillos-oberflächliches Arbeiten, bis eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut wird. In dieser Zeit sei es auch therapiegefährdend, den Widerstand zu analysieren, da es sonst zu einem Abbruch kommen kann. „Aber eben, wenn die Zeit verstreicht und die Frauen dabeibleiben, dann durchaus auch tiefergehend.“ (Lindstedt, Interview E, S. 2) Mit der Zeit können sich auch Reflexionsfähigkeit und Stabilität entwickeln, welche tiefergehendes therapeutisches Arbeiten ermöglicht. Allerdings ist dieser Vorgang je nach Person unterschiedlich, denn „manche stürzen sich auch sofort in die Tiefe, wo man eher ein bisschen abbremsen muss.“ (Lindstedt, Interview E, S. 2)

- Stabilisierung

Stabilisierung wird als wichtige Aufgabe in der Therapie beschrieben. Das Leben von Klient*innen der Wohnungslosenhilfe kann von vielen Unsicherheiten und Krisen geprägt sein. Jobverlust, Wohn- oder Beziehungskrisen können auch in einem bereits weiter fortgeschrittenen Therapieprozess immer wieder stabilisierendes Arbeiten erfordern. Gelingt es, die Betroffenen durch diese Krisen zu begleiten, können diese auf mehr Ressourcen zurückgreifen, als es vor Beginn der Therapie der Fall gewesen wäre. Wie das Beispiel im Kapitel Die therapeutische Beziehung zeigt, „ist“, wenn der Therapieprozess kontinuierlich verfolgt wird, „im Gesamtverlauf eine massive Stabilisierung zu sehen.“ (Eisenhut, Interview C, S. 6)

- Ressourcenorientierung

Frau Eisenhut meint, dass Klient*innen der Wohnungslosenhilfe oft sehr wenig Zugang zu ihren inneren Ressourcen haben. „Also, so Ressourcenstärkung ist sicher ein ganz großes Thema auch in der Wohnungslosenarbeit“. (Eisenhut, Interview C, S. 5) Das kann im Zusammenhang mit einer Selbstwertproblematik und möglichen Entwertung durch das Erleben von Wohnungslosigkeit gesehen werden. Die Orientierung an den inneren Ressourcen und Förderung derselben ist notwendig, um wieder ein Gefühl von Selbstwirksamkeit zu bekommen. „Die Ressourcenorientierung ist, finde ich, was ganz, ganz Wichtig[es] und einfach das, den Selbstwert wieder zu stärken, weil da durch die Wohnungslosigkeit halt manchmal so eine Entwertung erfolgt.“ (Dergovics, Interview D, S.9)

6.7.2.6 Unterkategorie: Therapieinhalte

- (Gesprächs-)themen in der Therapie

Frau Lindstedt sagt, dass vor allem die Themen, die mit aktuellen Krisen und belastenden Situationen zu tun haben, viel Platz in der Therapie einnehmen. Eigene Themen rücken durch die Wohnungslosigkeit manchmal in den Hintergrund. Konflikte, Verluste, Einsamkeit und Enttäuschungen werden häufig besprochen. Soziale Themen wie Familie, Kinder, Beziehungen und Beziehungsabbrüche oder existenzielle Themen wie Einkommen, Wohnung und Miete nehmen ebenso viel Raum ein. Themen, die laut den Therapeut*innen in der Wohnungslosenhilfe öfters als in der freien Praxis vorkommen, sind sexuelle Gewalt, Gewalt in der Familie, Heimerfahrungen, Traumata, schlechte Therapieerfahrungen (wobei hier selten zwischen Psychotherapie und Psychiatrie unterschieden wird), das Erleben von psychischen Erkrankungen und Sucht.

- Verarbeitung der eigenen Situation

Auch die Beschäftigung mit der eigenen Situation wird in der Therapie angesprochen. Dies dient der Verarbeitung einer krisenhaften Zeit und einer Auseinandersetzung damit, was es bedeutet, wohnungslos zu sein. „Manche haben davon gesprochen, dass sie mit der Vorstellung, ein normales Leben zu führen, abgeschlossen haben.“ (Dokulil, Interview F, S. 4) Je nachdem, wie lange eine Person wohnungslos ist, kann es zu einer Chronifizierung der Symptomatik und einem Festsitzen im System kommen. Es wurde auch angesprochen, dass Wohnungslosigkeit als persönliches Scheitern erlebt werden und dass die Thematisierung in der Therapie entlastend wirken kann.

6.7.3 Hauptkategorie: Diagnosen, Psychiatrie und Medikation

6.7.3.1 Unterkategorie: Psychiatrie: Stationäre Therapie und Psychopharmakotherapie

- Medikamente (Psychopharmaka)

Medikamente wurden immer im Zusammenhang mit psychotischen Störungen genannt. Herr Steurer und Frau Pröll, die in der Gruft tätig sind, betonen die Wichtigkeit von medikamentöser Einstellung psychotischer Klient*innen, da diese notwendig sei, um in einen Therapieprozess einsteigen zu können. „Da ist es auch manchmal schwierig, weil manche keine Medikamente nehmen oder viele auch nicht sehr offen dem gegenüberstehen.“ (Pröll, Interview A, S. 5) Durch negative Psychiatrie- oder Medikamentenerfahrungen gebe es wenig Compliance für Psychopharmakotherapie. Eine gute therapeutische Beziehung könne allerdings soweit stabilisieren, dass Krankheitseinsicht und Motivation zur Medikamenteneinnahme gesteigert werden können.

- Stationäre Therapie

Negative Erfahrungen mit stationärer Therapie waren in den Interviews wiederholt Thema. Da Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen oft nicht unterschieden werden würden, erleben Therapieernde in den Einrichtungen viel Misstrauen, wie in *Einstellung von Klient*innen der WLH zu Psychotherapie* beschrieben wird. „Viele haben ja auch schon stationäre Erfahrungen oder auch beispielsweise Erfahrungen aus Kinderheimen. Und da ist ja auch ganz viel passiert zum Teil früher.“ (Pröll, Interview A, S. 5) Allerdings sei bei schweren Störungsbildern, wie etwa Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder psychotischen Erkrankungen, ein stationärer Aufenthalt indiziert, welcher langsam und nur auf der Basis einer stabilen Therapiebeziehung erarbeitet werden kann. Während in der freien Praxis Psychotherapie nach dem stationären Entzug stattfindet, ist die Erarbeitung von diesem Teil der therapeutischen Arbeit in der WLH. Es wird auch erwähnt, dass schwer psychisch erkrankte Wohnungslose oft zwischen den Einrichtungen und psychiatrischen Aufenthalten hin und her pendeln.

6.7.3.2 Unterkategorie: Diagnosen

- Psychische Erkrankung

Herr Steurer erwähnt, dass zwei von drei Klient*innen eine psychische Erkrankung haben, was sich mit den verfügbaren Studien zu diesem Thema deckt. Bestätigt wird dies dadurch, dass alle befragten Therapeut*innen von psychischen Erkrankungen bei von ihnen behandelnden Klient*innen erzählen.

- Diagnosen

Folgende Diagnosen wurden in den Interviews genannt: Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Psychosen, Traumata und deren komorbide Diagnosen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Belastungsreaktionen, Persönlichkeitsstörungen (vor allem Borderline), Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, Depressionen und Ängste. Welche Rolle die Diagnosen in der Psychotherapie spielen, unterscheidet sich zwischen den befragten Therapeut*innen. Frau Lindstedt und Frau Dergovics betonen, dass Diagnosen kaum Einfluss auf die therapeutische Arbeit haben, da sie phänomenologisch mit dem Menschen arbeiten, der vor ihnen sitzt. „Ich meine, es ist eher die Frage, was heißen die Diagnosen für die Ressourcen? Was heißen die Diagnosen für die Kompetenzen?“ (Dergovics, Interview C, S. 10) Der Unterschied zwischen den Interviewten kann einerseits dadurch erklärt werden, dass die Therapeut*innen der Gruft zum Teil mit obdachlosen und nicht wohnungslosen Menschen arbeiten, was eine stärkere Instabilität und oft gravierendere Problemlagen bedeutet. Die Therapeut*innen von FEM, welche in eigener Praxis Therapie anbieten, bieten ein höherschwelliges Angebot für wohnungslose Menschen, die den Weg zu einem auswärtigen Termin schaffen können und längerfristig wohnversorgt sind. Zusammenfassend kann geschlussfolgert werden, dass die Ausprägung der psychischen Erkrankung deren Einfluss auf die Therapie ausmacht.

Manchmal wissen die Therapeut*innen auch nicht, ob und welche Diagnose die Betroffenen haben. Frau Peter erzählt, dass das Stellen einer Diagnose als „Stempel-Geben“ schlimm erlebt werden kann.

„Ich glaube, das Wichtigste ist einfach, den Menschen zu sehen und nicht Diagnosen.“ (Peter, Interview G, S. 4)

- Sucht

Sucht und Abhängigkeitserkrankungen werden als Hauptdiagnose von wohnungslosen Personen beschrieben. Alkohol, Drogen und Zigaretten sind die häufigsten Süchte. Diese werden auch als komorbide Diagnose und Selbstmedikation bei Trauma genannt. Im Unterschied zur freien Praxis findet in diesem Setting auch Psychotherapie mit aktiv konsumierenden Personen und bei schwerer Problematik statt, ohne dass ein Entzug Voraussetzung wäre. Als Schwierigkeit für den Therapieprozess wird beschrieben, nach einem Rückfall Kontakt mit den Betroffenen zu halten.

- Psychose

„Was natürlich dann auch noch oft vorkommt von der Diagnostik her, sind Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Psychosen.“ (Pröll, Interview A, S. 4f.) Psychotische Erkrankungen werden vor allem mit Medikation (Psychopharmakotherapie), stationärer Therapie und dem Vergleich zur Arbeit in freier Praxis in Verbindung gesetzt. Diese werden als die therapeutische Arbeit erschwerend erlebt, weil es in psychotischen Schüben sehr herausfordernd ist, den Kontakt zu halten:

„Also, sei es jetzt einerseits aufgrund der Struktur, sollte wieder ein Wohnungsverlust, zum Beispiel wieder erfolgt ist oder ein Rückfall im Drogenkonsum erfolgt ist oder ein Erkrankungsschub wie eine akute Psychose aufgetreten ist. Ganz einfach, wo es schwieriger dann halt ist, einfach Strukturen zu erhalten.“ (Dergovics, Interview D, S. 5)

Wie in dem Thema Medikamente (Psychopharmaka) beschrieben, kann die Therapie genutzt werden, um psychotischen Personen Psychopharmakotherapie näherzubringen. Frau Dergovics erklärt, dass diese Erkrankungsform in der freien Praxis deutlich seltener vorkommt als bei Klient*innen der WLH. Frau Dokulil beschreibt die Klient*innen, die sie früher in der Gruft betreut hat, folgendermaßen: „Die waren immer wieder am Rand der Psychose und –. Aber doch interessiert an Kontakt.“ (Dokulil, Interview F, S. 5)

- Trauma

Trauma ist einer der am häufigsten genannten Begriffe, die in allen Interviews vor anderen Diagnosen angeführt werden. Trauma wird oft mit Komorbiditäten und Sucht in Verbindung gebracht. Herr Steurer meint, dass traumatisierte Betroffene häufiger Drogen und Alkohol zur Selbstmedikation konsumieren. Frau Dokulil äußert sich dahingehend, dass wohnungslose Personen oft mitten in der Traumatisierung sind oder schlimmere überstanden hätten. Dies wird auch von anderen Befragten bestätigt. „Oft sind obdachlose Menschen auch traumatisiert, das heißt, es geht dann auch um verschiedene Traumata, also auch zum Beispiel auch Missbrauch, Heimerfahrungen.“ (Steurer, Interview B, S. 3) Es wird mehrfach betont, dass es wichtig ist, in der Arbeit mit traumatisierten Personen besonders

vorsichtig vorzugehen und die übliche Arbeitsweise abzuändern. „Natürlich stellt man sich auch bei Trauma eigens auf die Therapie ein. [...] Weil man natürlich vorsichtig sein muss bei Traumatisierten.“ (Eisenhut, Interview C, S. 2f.) Traumatisierungen werden erst in späteren Therapiephasen thematisiert, da erst eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden muss. „Wie zum Beispiel die traumatischen Erfahrungen. Das ist oft etwas, was dann später auch gerne angesprochen wird, weil erst einmal Vertrauen aufgebaut werden muss, bevor man so etwas Schwieriges anspricht.“ (Pröll, Interview A, S. 5)

6.7.4 Hauptkategorie: Therapeut*innen in der WLH

6.7.4.1 Unterkategorie: Therapeut*innen in der WLH

- Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision (i.A.u.S.)

Drei der sieben Interviewten haben im Rahmen ihres Fachspezifikums als Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision kostenlose Gespräche für wohnungslose Personen angeboten. Dies hat im Rahmen der Praxisstunden oder eines Praktikums stattgefunden. Besonders der finanzielle Aspekt gestaltet sich für die Befragten als schwierig, da die Therapeut*innen i.A.u.S. keine Bezahlung für ihr Angebot bekommen und daher auf Gehalt für die geleisteten Stunden verzichten. Sie erhalten auch keine Zuschüsse und können auch nicht mit der Krankenkasse abrechnen. Deswegen ist es nur beschränkt möglich, kostenfrei Therapiestunden für Betroffene oder Sozialtarife anzubieten.

- Multiprofessionalität

Sechs der sieben Befragten berichten von der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Genannt wurden Sozialarbeiter*innen, Betreuer*innen in den Einrichtungen oder Psychiater*innen. Diese unterstützten dabei, Termine einzutragen oder Kontakte herzustellen. „Die werden zum Beispiel zugewiesen durch Sozialarbeiter oder jetzt eben durch den Psychiater“. (Steurer, Interview B, S. 1) Bei FEM wird ebenfalls über die Betreuer*innen ein Erstkontakt hergestellt und dann weiter in die Psychotherapie vermittelt. Wenn im Team gearbeitet wird, gibt es auch Fallbesprechungen zu den jeweiligen Klient*innen: „Und bis es dann zu der Therapie kommt, gibt es halt schon auch Gespräche zwischen der Beraterin und mir zum Beispiel. Wir besprechen Fälle natürlich auch in der Supervision oder auch in Teams“ (Lindstedt, Interview E, S.5) Herr Steurer erzählt, dass für ihn persönlicher Kontakt mit Teamkolleg*innen den Austausch erleichtert. Sozialarbeiterische Ziele sind ebenfalls Therapiethema, da gemeinsam an einer allgemeinen Stabilisierung der Klient*innen gearbeitet werde.

6.7.4.2 Vergleich zur Arbeit in freier Praxis

Die Therapeut*innen geben an, dass sie in freier Praxis keine psychotischen Patient*innen behandeln. Sowohl in Bezug auf Psychosen als auch Suchterkrankungen wären ein stationärer Aufenthalt und

medikamentöse Einstellung Voraussetzung für die Psychotherapie. Die Arbeit mit wohnungslosen Klient*innen erfordert mehr Flexibilität der Therapeut*innen im Umgang mit diesen Erkrankungen, da diese zu den Hauptdiagnosen der Klient*innen der WLH gehören. Die Arbeit sei aufsuchender und nachgehender, als es bei Patient*innen in freier Praxis möglich oder notwendig wäre. Allgemein gesprochen würden die Therapieprozesse allerdings so wie mit nicht wohnungslosen Personen laufen, aber insgesamt wechselhafter sein. „Es läuft einfach – es läuft ganz normal. Also, das läuft so, wie die anderen Therapien auch.“ (Eisenhut, Interview C, S. 5) Absagen wären nur noch teilweise Thema bei Klient*innen der WLH. „Wobei ich auch in der freien Praxis immer wieder Klienten – also ich habe nur großteils Frauen, Klientinnen, die nicht sehr zuverlässig sind.“ (Dergovics, Interview D, S. 5) Das steht im Gegensatz zu der Aussage, dass das „Standardsetting“ der Psychotherapie mit wohnungslosen Personen nicht funktionieren würde. Allerdings ist zu bedenken, dass hier von zwei verschiedenen Situationen ausgegangen wird: teils schwer psychisch erkrankten obdachlosen Menschen, die nur für ein paar Nächte in einer Notschlafstelle wie der Gruft unterkommen und wohnungslosen Klient*innen, die auch langfristig in den Einrichtungen, welche teilweise kleine eigene Wohneinheiten zur Verfügung stellen, wohnen können. Die psychische Struktur und Schwere der Erkrankung setzen fest, ob nieder- oder höherschwellige Angebote angenommen werden können. Daher ist es wahrscheinlicher, dass Personen, die eine längerfristige Wohnform halten können, auch eine ambulante Psychotherapie wahrnehmen können. Bei den Methoden und im fortgeschrittenen Therapieprozess seien keine Unterschiede zu nicht wohnungslosen Klient*innen bemerkbar. Das Thema der existenziellen Unsicherheit würde die Therapien stärker begleiten. „Menschen, die sich Therapie in freier Praxis leisten können, haben meistens ein höheres Einkommen als Klient*innen der Wohnungslosenhilfe.“ (Dergovics, Interview D, S. 4) Allerdings sei die Problematik auch bei einkommensschwachen oder arbeitslosen Personen präsent. Neben den schweren Krankheitsbildern wurden als Unterschiede noch die verstärkte Ressourcenorientierung und der länger dauernde Beziehungsaufbau beschrieben.

6.7.4.3 Unterkategorie: Anforderungen an Therapeut*innen in der WLH

- Anforderungen an Therapeut*innen in der WLH

Es sei für Therapeut*innen, die in diesem Feld arbeiten wollen, wichtig, die Lebenssituation der Betroffenen nicht zu problematisieren und ihnen Akzeptanz ohne normierte Vorstellungen entgegenzubringen. Es sei außerdem nicht jede(r) Therapeut*in geeignet, um mit dieser Personengruppe zu arbeiten, da es nicht hilfreich wäre, wenn Therapierende Wohnungslosigkeit als Individualschuld sehen würden. Wissen und Arbeitserfahrung in der Wohnungslosenhilfe seien ebenfalls hilfreich und teils notwendig, um zu wissen, wie Einrichtungen der WLH funktionieren und wie die Lebensrealität der Klient*innen aussieht.

- Erfolgreiche Etablierungsversuche der WLH als Arbeitsfeld für die Psychotherapie.

Frau Dokulil und Frau Peter erzählen, dass sie, unabhängig voneinander, in den neunziger Jahren versucht hätten, die Wohnungslosenhilfe als Arbeitsfeld für Psychotherapeut*innen zu erschließen. Allerdings wurden beide von der Kollegenschaft mit der Begründung abgewiesen, dass mit Wohnungslosen keine Psychotherapie gemacht werden könne.

- Vorurteile von Therapeut*innen gegen Wohnungslose als Patient*innen von Psychotherapie

Daran anschließend ist die Begründung zu nennen, dass wohnungslose Personen nicht anpassungsfähig genug seien, um eine Therapie zu machen. Frau Dokulil habe sogar Folgendes gehört: „Wieso geben Sie sich mit solchen Patienten ab, bei denen kein Erfolg zu erwarten ist?“

6.7.5 Hauptkategorie: Wohnungslosigkeit und deren Themen

6.7.5.1 Unterkategorie: Wohnungslosigkeit

- Wohnungslosigkeit als Therapiethema

Die Wohnungslosigkeit an sich wird in den Therapien nur als Thema angesprochen, wenn sie gerade akut ist. Wenn die Betroffenen wohnversorgt sind, würde sie eher in den Hintergrund rücken. Allerdings kann es auch eine Aufgabe sein, die Zeit auf der Straße und in den Einrichtungen aufzuarbeiten oder die Wohnungslosigkeit in die eigene Biografie zu integrieren. Viele würden dieses Thema in den Gesprächen vermeiden, da sie sich nicht damit konfrontieren wollen. Es kann und sollte auch Therapiethema werden, herauszufinden „was die Faktoren [sind], die diese Obdachlosigkeit aufrechterhalten. Was macht den Klienten schwer, wieder in eine Wohnung wieder zurückzukehren?“ (Steurer, Interview B, S. 4)

- Leben in Einrichtungen der WLH

Das Leben in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe spiele eine zentrale Rolle im Alltag der Betroffenen. Dies könnten als Herausforderung erlebt werden:

„Wie ist es in der Einrichtung mit Mitbewohnerinnen, mit Grenzen, die dort gewahrt werden oder nicht gewahrt werden, mit Freiheiten oder Einschränkungen, die es gibt? Weil eben das Wohnen in einer Einrichtung nicht die gleichen Freiheiten, Abgrenzungen hat, die das Leben in einer eigenen Wohnung hat.“ (Lindstedt, Interview E, S. 3)

Daher könnte es ein Therapiethema sein, anzusprechen, was an der Situation belastet und stört. Für manche Menschen, die gerade erst in eine Einrichtung der WLH eingezogen sind, kann dies auch ein Schock sein. „Weil, so Thema Drogen war nicht in ihrer Familie bekannt. Einfach auch diese – auch Alkoholkonsum und was halt sonst noch Thema ist in den Häusern manchmal.“ (Dergovics, Interview D, S. 8) Daher käme der Psychotherapie auch die Aufgabe zu, in diesen Phasen zu begleiten.

- Wohnungslosigkeit als Trauma

Es gibt unterschiedliche Meinungen darüber, ob Wohnungslosigkeit an sich ein Trauma sei. Sowohl Frau Dergovics als auch Frau Lindstedt betonen, dass es auf die Ressourcen und Resilienz der Betroffenen ankomme. Frau Peter und Frau Dokulil hingegen sind der Meinung, dass Wohnungslosigkeit ein Trauma sei. Erschwerend könne dazukommen, dass Wohnungslosigkeit schuldhaft verarbeitet werde. Das erste Ankommen in einer Einrichtung der Wohnungslosenhilfe könne auch als Schock erlebt werden. Sowohl die Gesellschaft als auch die Wohnungslosenhilfe hätten die Aufgabe, Wohnungslosigkeit für Betroffene weniger traumatisch zu gestalten.

- Angst vor der eigenen Wohnung

Wenn Personen lange obdach- oder wohnungslos sind, kann es zu einer Chronifizierung der Situation und Angst vor dem Leben in der eigenen Wohnung kommen. „Das erlebe ich sehr oft, nach dem Auszug aus dem Wohnhaus in die eigene Wohnung kommt manchmal so ein Tal der Einsamkeit und eine Krise wieder.“ (Dergovics, Interview D, S. 8)

- Gründe für Wohnungslosigkeit

Wohnungslosigkeit wird als mögliche Ursache und Folge von psychischen Erkrankungen beschrieben. Wichtig sei es, die erhaltenden Faktoren und Gründe in der Therapie zu arbeiten.

6.7.5.2 Unterkategorie: Biographische Vorbelastungen

Frau Lindstedt erzählt, dass die Klient*innen, die über FEM zu ihr kommen, häufig belastende Kindheiten erlebt haben:

„Also Familienkonstellationen in der Kindheit, die schwierig waren. Mütter, die nicht zur Verfügung gestanden sind, wo die Klientinnen bei den Großeltern aufgewachsen sind beispielsweise, oder Alkoholismus bei einem oder beiden Elternteilen, frühe Trennungen, ein Hin und Her, was die Betreuung der Eltern angeht oder stark konflikthafte Trennungen der Eltern. Also ganz unterschiedlich belastet, aber doch belastete Kindheiten sind eher die Regel.“ (Lindstedt, Interview E, S. 2)

Trennungserlebnisse in der Kindheit, psychische Erkrankung oder Sucht einer oder beider Elternteile sowie frühe Gewalterfahrungen werden von mehreren Befragten genannt.

6.7.5.3 Unterkategorie: Krisen

Krisen sind in den Interviews ein häufig genanntes Thema. Durch sie wird oft erst der Beginn des Therapieprozesses möglich. „Man beginnt mit einer Krise. Eine Krise und ein hoher Leidensdruck lösen dann das Bedürfnis aus, auch sich Hilfe zu holen oder Hilfe annehmen zu können.“ (Pröll, Interview A, S. 5) Die Therapeut*innen meinen, dass in Krisen stabilisierend gearbeitet wird und auch manchmal längere Sitzungen möglich sind. Krisenintervention kann allerdings nur geleistet werden, wenn genug Ressourcen vorhanden sind. Sowohl der Einzug als auch der Auszug, in beziehungsweise aus der

Wohnungslosenhilfe, kann krisenhaft erlebt werden und bedürfe besonderer Unterstützung. „Krisenintervention ist da schon auch ein Bestandteil der Arbeit mit wohnungslosen Menschen meines Erachtens nach.“ (Dergovics, Interview D, S. 10)

6.7.5.4 Unterkategorie: Diskriminierung und Stigmatisierung

- Diskriminierung und Vorurteile

Aufgrund von Diskriminierungserfahrungen sei es für Betroffene schwer, Psychotherapie anzunehmen. Wie traumatisierend Wohnungslosigkeit erlebt wird, hänge auch davon ab, wie die Gesellschaft mit Betroffenen umgeht. „Wie geht die Gesellschaft mit Wohnungslosen um? Wie sehr wird Wohnungslosigkeit als individuelle Schuld dargestellt?“ (Dergovics, Interview D, S. 10)

- Ausgestoßen sein, Isolation, „sozialer Tod“

Frau Dokulil spricht von Ausgrenzungsprozessen und dem „sozialen Tod“ wohnungsloser Personen. Wie schon im Kapitel über das Gemeinschaftsgefühl in der Individualpsychologie beschrieben, fallen Betroffene aus ihrem sozialen Netzwerk heraus und erleben oftmals Kontaktabbrüche.

6.7.5.5 Unterkategorie: Existenzielle Unsicherheit

- Finanzielle Belastung der Klient*innen

Die existenzielle Unsicherheit beeinflusse Therapien mit wohnungslosen Personen viel stärker als bei Patient*innen von Psychotherapie in freier Praxis, welche sich diese leisten können. Die sozialökonomische Thematik werde als zusätzliche Belastung erlebt. Oft liege das Gehalt von arbeitenden Klient*innen der WLH kaum über dem Mindestgehalt. Frau Dergovics erklärt allerdings, dass die Thematik der existenziellen Unsicherheit nicht nur wohnungslose Personen betrifft, sondern alle einkommensschwachen Klient*innen, die sie betreut.

6.7.5.6 Einstellung von Klient*innen der WLH zu Psychotherapie

- Einstellung der Klient*innen zur Psychotherapie

Aufgrund von Ängsten und negativen zwischenmenschlichen Erfahrungen sei es für Betroffene schwierig, Therapie anzunehmen. Da traumatische Psychiatrieerfahrungen verallgemeinert und auf Psychotherapie bezogen werden würden, würde Therapeut*innen Misstrauen entgegengebracht werden. „Aber sonst würden die nicht in eine Psychotherapie gehen. Das glaube ich nicht. Und dann eben, dass man damit einverstanden ist, dass es heute und jetzt stattfindet und dann vielleicht nie wieder.“ (Dokulil, Interview F, S. 6) Herr Steurer beschreibt die Vermeidung von Psychotherapie auch als Symptom und Folge von Diskriminierungserfahrungen. „Und zwar habe ich das dann nicht Psychotherapie

genannt, weil Klient*innen ein eher schlechtes, schlechte Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht haben.“ (Peter, Interview G, S. 1)

- Annahme der Psychotherapie

Wenn die Psychotherapie angenommen wird, würde sie geschätzt und genutzt werden.

6.7.6 Hauptkategorie: Aktuelle Psychotherapieangebote vs. gewünschte pth. Versorgung

6.7.6.1 Unterkategorie: Aktuelle psychotherapeutische Versorgung

- Kassenplatz

Jeder krankenversicherte Mensch in Österreich hat die Möglichkeit, einen Therapieplatz über die Krankenkassen anzufragen. Umso interessanter ist, dass dies scheinbar für die befragten Therapeut*innen kaum eine Option für von Wohnungslosigkeit Betroffene darstellt. Es sei sehr schwierig, Betroffene an einen Kassenplatz zu binden. „Es gibt wenig Kassenplätze, und das gestaltet sich eher schwierig.“ (Steurer, Interview B, S. 5) Es wurde gesagt, dass es mehr geben sollte, allerdings sei die Inanspruchnahme genauso unrealistisch wie die von Therapeut*innen in freier Praxis. Jedoch kann es bei stabileren Personen eine therapeutische Begleitung in oder durch die Wohnungsloseneinrichtungen bis zu einem Kassenplatz geben.

- Kostenfreie Therapie

Alle Interviewten betonten, dass es zu wenige kostenfreie Psychotherapieangebote gebe. „Es ist wichtig, dass die Psychotherapie, dass der Zugang für die Klienten niederschwellig ist, sehr unkompliziert ist, dass es nichts kostet, dass die Psychotherapeuten auch vor Ort sind, es ist nicht irgendwie zumutbar, dass Klienten auch auf einen Kassenplatz zum Beispiel warten.“ (Steurer, Interview B, S. 1) Es sei für die therapeutische Arbeit wichtig, dass es keinen finanziellen Druck gibt, der diese belastet. Zu den aktuell vorhandenen kostenfreien Therapieplätzen wurde gesagt, dass diese keine freie Therapeut*innenwahl ermöglichen würden. Dies sei allerdings ein wichtiges Qualitätsmerkmal in der therapeutischen Versorgung.

- Wissen über Psychotherapieangebote in der WLH

In den Interviews wurde angegeben, dass es kaum bis wenig Wissen über Psychotherapieangebote in der WLH gebe. Zudem wurde erwähnt, dass zu wenige Angebote vorhanden seien.

6.7.6.2 Unterkategorie: Finanzierung und psychotherapeutische Versorgung

- Wunsch nach Finanzierung und Förderung von Psychotherapie

Es wurde betont, dass das psychotherapeutische Angebot durch staatliche Fördermittel finanziert werden sollte. „Und, ja, also ich schätze, dass die Psychotherapie da ein enorm wichtiger Punkt ist, der einfach gefördert gehört. Und finanziert gehört. Ganz wichtig. Weil man die Leute wieder zurück ins Leben bringen will.“ (Eisenhut, Interview C, S. 6) Frau Peter ist ebenfalls der Meinung, „dass man Geld in die Hand nehmen müsste und das Angebot erweitern sollte.“ (Peter, Interview G, S. 9) Dies steht auch mit dem Punkt Psychotherapeut*innen in Ausbildung unter Supervision (iAuS) in Verbindung, die, zum eigenen finanziellen Nachteil, kostenlose Gespräche für Betroffene anbieten, da sie weder von den Einrichtungen noch von der Krankenkasse dafür bezahlt werden.

- Versorgungslücken

Jede befragte Person antwortet eindeutig zustimmend auf die Frage, ob es Versorgungslücken für psychisch kranke Wohnungslose gäbe. „Ja, massive. Also ich finde, das könnte viel mehr sein.“ (Dergovics, Interview D, S. 11) So auch Frau Eisenhut: „Ja, natürlich. Also, das ist offensichtlich.“ (Eisenhut, Interview C, S. 7)

6.7.6.3 Unterkategorie: Niederschwelligkeit

- Niederschwelligkeit

Mit zehn Nennungen ist Niederschwelligkeit einer der präsentesten Begriffe in den Befragungen. Dieser stammt aus der sozialen Arbeit und bedeutet, dass potentielle Nutzer*innen des sozialen Angebots geringe oder keine Voraussetzungen erfüllen müssen, um dieses in Anspruch nehmen zu können. Der Begriff ist vage gehalten und auch in der Fachliteratur nicht näher eingegrenzt. Die Expert*innen nennen folgende Angebotsstrukturen als niederschwellig: die Anwesenheit von Therapeut*innen im Aufenthaltsraum, ein Behandlungszimmer neben diesem, an dem nur geklopft werden müsse, oder direktes Eintragen von Terminen bei den Betreuer*innen, Sozialarbeiter*innen oder der Psychiater*in vor Ort. „Einen ganz niederschweligen Zugang, das finde ich beim Projekt von F.E.M. einfach sehr gut, dass die Psychologinnen meine Kollegen vor Ort sind, Kolleginnen vor Ort sind.“ (Dergovics, Interview D, S. 11) Frau Pröll erzählt, dass Wohnungslose oft nicht durch die aktuellen psychotherapeutischen Angebote angesprochen werden, da diese „nur niederschwellige Angebote annehmen können.“ (Pröll, Interview A, S. 11) Zur Niederschwelligkeit gehört auch, dass für Betroffene keine Kosten entstehen und keine Terminvereinbarung notwendig ist.

- Aufsuchendes Arbeiten

Zur Niederschwelligkeit zählt ebenso das aufsuchende Arbeiten. Dies bedeutet, dass Betroffene immer wieder auf das Angebot hingewiesen werden und aktiv der Kontakt mit ihnen gesucht wird. Dies ist für Psychotherapeut*innen ungewohnt, da es in freier Praxis nicht üblich ist. „Das unterscheidet eben die Tätigkeit auch von zum Beispiel meiner therapeutischen Praxis oder Tätigkeiten in anderen Einrichtungen, dass wir aktiv auf die Klienten zugehen.“ (Dergovics, Interview D, S. 2) Auch Frau Dokulil betont:

„Also man muss selber die Leute anreden. Die kommen nicht von selbst.“ (Dokulil, Interview F, S. 6)
Teilweise brauche es auch lange Überzeugungsarbeit, bis Klient*innen Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen.

- Nachgehendes Arbeiten

Während das aufsuchende Arbeiten zum Ziel hat, Kontakt aufzubauen, will das nachgehende Arbeiten diesen Kontakt erhalten. Dies wird als herausfordernd und als Besonderheit in der Arbeit mit der Klient*innengruppe beschrieben. Dies kann unter anderem durch Anrufe bei Nicht-Erscheinen oder vermehrten Absagen geschehen oder durch die direkte Ansprache der Personen in den Einrichtungen.

6.7.6.4 Unterkategorie: Wie ein ideales psychotherapeutisches Angebot für wohnungslose Personen sein sollte

- Konkrete Ideen für Angebote für Wohnungslose

Das Angebot in der Gruft wurde von drei Therapeut*innen als Referenzpunkt genannt, wie die ideale Versorgung aussehen könnte. Die Anwesenheit von Psychotherapie in allen Wohnungsloseneinrichtungen als Ergänzung zur Sozialarbeit sei wichtig, um die Umsetzung von sozialarbeiterischen Zielsetzungen oder Anbindung an Psychiatrie und medizinische Versorgung erst möglich zu machen. Allerdings sollten die Gespräche ohne konkrete Zielsetzung oder Zweckgebundenheit geführt werden. Der Raum sollte gemütlich und einladend sein.

Eine andere Idee von Frau Eisenhut ist, einen geförderten Verein mit Gleichgesinnten zu gründen und dadurch Therapie in den Einrichtungen anbieten zu können. Frau Dokulil würde ein offenes Gesprächscafé eröffnen, wo jede und jeder hinkommen und unbürokratisch Gespräche führen kann. Idealerweise gäbe es dort auch Selbsthilfegruppen, in denen sich die Betroffenen untereinander austauschen könnten. Frau Dergovics fände besonders ein Angebot für junge Frauen wichtig. Frau Lindstedt würde ein Therapiezentrum errichten, welches auf nieder- und hochschwelligem Niveau Therapie anbietet. Die Methoden sollten breit gefächert sein und auch Körper- und Bewegungsangebote miteinbezogen werden.

- Weiterbetreuung nach Wohnungslosigkeit

Da der Übergang von der Wohnungslosigkeit zur Wohnversorgung als kritisch eingeschätzt wird, sollte die therapeutische Betreuung auch nach dem Auszug aus der Einrichtung weitergeführt werden können. Dies sei wichtig für die Stabilisierung, Aufarbeitung der Erlebnisse in der Wohnungslosigkeit und präventiv für einen Rückfall. Die Angst vor der eigenen Wohnung ist vor allem auch die Angst vor der Einsamkeit, was zur Folge haben könnte, dass diese wieder aufgegeben wird. Die Betreuung sollte langsam und individuell und nicht zu einem festgelegten Zeitpunkt auslaufen. „Aber das ist mir ganz, ganz wichtig, das darf nicht enden mit dem Auszug. Und nicht nach einem halben Jahr nach dem

Auszug. Das ist zu früh, weil da werden erst die Krisen richtig sichtbar.“ (Dergovics, Interview D, S. 13)
Eine Aufgabe der Nachbetreuung könnte auch sein, beim Andocken an einen Kassenplatz zu unterstützen.

- Wie sollte das ideale Angebot für psychisch kranke Wohnungslose sein?

Das ideale psychotherapeutische Angebot für wohnungslose Personen sollte laut den Expert*innen niederschwellig, kostenlos, unkompliziert in Anspruch zu nehmen und ohne zeitliche Begrenzung sein. Es sollte mehrere Andockstellen geben, welche zu den Therapien führen können. Und es sollte deutlich mehr dieser Angebote geben.

- Wunsch nach freier Wahl der Behandelnden

Ein wichtiges Gütekriterium für ein gutes therapeutisches Angebot sei auch die freie Wahl der Behandelnden. Das betrifft Psychotherapeut*innen ebenso wie Ärzt*innen oder Fachärzt*innen. Dies sei besonders für Krisenintervention relevant, da dies die Angebotsannahme erhöhen würde. Sollten sich die Betroffenen nicht wohlfühlen, sollten die Behandelnden gewechselt werden können. Dies ist für Patient*innen in freier Praxis selbstverständlich, während Nutzer*innen von kostenlosen Angeboten wenig bis keine Wahl haben.

- Offen reden können

Es gibt wenig Grundlegenderes in der Psychotherapie, als einen Ort zu bieten, an dem Hilfe suchende Personen offen sprechen können. Dies bestätigen auch die Therapeut*innen, wenn sie erzählen, dass die Betroffenen oft einfach darüber froh seien, ein Gegenüber zu haben, von dem sie nicht verurteilt werden und mit dem sie ihre Sorgen teilen können. Dafür sei es notwendig, die Betroffenen dort abzuholen, wo sie sind. Das bedeutet auch, dass sie nichts „Vernünftiges“ sagen müssen und einfach erzählen können, was sie beschäftigt.

6.8 Diskussion der Ergebnisse

Der erste Teil der Forschungsfrage, „*Welche psychotherapeutischen Angebote gibt es für wohnungslose Menschen in Wien [...]?*“, wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit und in den Interviews bearbeitet und beantwortet. Die nun anschließende Diskussion der Ergebnisse beschäftigt sich mit dem zweiten Teil der Fragestellung, „[...] und wie beschreiben Psychotherapeut*innen ihre Arbeit mit Betroffenen?“

Die Interviews wurden mit vier Therapeut*innen, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe tätig sind und waren, zwei Therapeut*innen in freier Praxis und einer Therapeutin, die sowohl vor Ort als auch in der eigenen Praxis Gespräche anbietet, geführt. Daher unterscheiden sich die Klient*innen und deren Bedarfe in der Wahrnehmung der Psychotherapeut*innen stark. In den Einrichtungen wurde besonders das erste Kontaktknüpfen als schwierig erlebt, da wohnungslose Menschen aufgrund

von negativen Vorerfahrungen mit Psychiatrie und Psychotherapie (wobei die Frage ist, ob das unterschieden wurde), Traumatisierungen und Diskriminierungs- und Stigmatisierungserfahrungen häufig vermeidend gegenüber dem therapeutischen Angebot eingestellt sind. Außerdem machen schwere Erkrankungen, wie eine akute Alkohol- oder Drogenabhängigkeit sowie psychotische Erkrankungen, es schwer, ins Gespräch zu kommen. Die Therapeut*innen in freier Praxis haben diese Probleme nicht, da sie nur mit den Klient*innen arbeiten, die freiwillig zu ihnen kommen. Dies bedeutet allerdings, Personen aus dem Angebot auszuschließen, denen die „Kommstruktur“ (siehe 4.3.2 *Beschränkungen der Psychotherapie mit „Hard-to-reach“-Klient*innen*) zu hochschwellig ist.

„Derartige internalisierte kognitive wie emotionale Barrieren treffen hierbei auf externe Barrieren des Versorgungssystems und Alltagslebens und werden erschwert durch individuelle Risikofaktoren wie frühkindliche Traumatisierungen, Verlust des sozialen Netzes oder Vulnerabilität für eine psychische Erkrankung und beeinflussen die Inanspruchnahme von Hilfen des Versorgungssystems negativ.“ (Schreiter et al. 2020, S. 1028)

Die Frage ist, ob Psychotherapie den Anspruch hat oder haben will, Klient*innen zu behandeln, deren Therapiemotivation erst erarbeitet werden muss, vor allem da kein Zwangskontext wie etwa im Strafvollzug besteht.

Die Therapeut*innen meinen, dass, wenn der Erstkontakt geglückt ist und nach den ersten Sitzungen nicht abgebrochen wurde, die Sitzungen regelmäßig und im Durchschnitt einmal die Woche stattfinden. Das sei die höchstempfindliche Phase des Beziehungsaufbaus. Diese würde aus denselben Gründen länger dauern, wegen denen sich der Kontaktaufbau schwieriger gestaltet. Vertrauen zu fassen, kann aufgrund der sozialen Deprivationserlebnisse und Enttäuschungen als sehr schwierig empfunden werden, weshalb die Idee, jemandem eine Stunde lang persönliche Belastungen zu erzählen, zunächst abschreckend wirken kann.

„Doppelt verdächtig, als Helferin und als Psychotherapeutin, stehe ich vor der paradoxen Aufgabe, hilfreich zu sein, ohne Hilfe anzubieten. In dieser Situation bleibt nur, ohne konkrete Absicht auf die Menschen zuzugehen und offen für das zu sein, was sie mir erzählen wollen.“ (Trinkl 2015, S. 134)

Damit sich Betroffene auf die Therapiebeziehung einlassen können, sei es wichtig, regelmäßig, verbindlich und ohne persönliche Zielvorstellungen als Gesprächspartner*in zur Verfügung zu stehen. „Und er sagt, ja, zu mir hat er am meisten Vertrauen, weil, ich habe ihn nicht enttäuscht. Ich habe ihm immer geholfen.“ (Pröll, Interview A, S. 8) Wenn sich die therapeutische Beziehung etabliert hat, sind auch langjährige Prozesse möglich. Dann gebe es in der Therapie auch kaum oder keine nennenswerten Unterschiede mehr zu anderen Klient*innen in der freien Praxis. Unterbrechungen oder Abbrüche können jedoch durch Unstetigkeiten und krisenhafte Situationen im Leben der Klient*innen ausgelöst werden. Dann sei es sinnvoll, als Therapeut*in nachgehend zu arbeiten und wieder zu versuchen, Kontakt aufzubauen. Die therapeutische Arbeit gestaltet sich teils beratend, teils klassisch therapeutisch. Ressourcenorientierung und Stabilisierung waren in den Interviews zwei präzise Begriffe. Die

Therapiemethoden waren unterschiedlich verteilt und scheinen weniger relevant als die bisher beschriebenen Aspekte. In den Beschreibungen der therapeutischen Arbeit wurde besonders betont, dass die Orientierung an den Bedürfnissen Betroffener wichtig sei. Ein zu starres Arbeitsmodell bezüglich Kommstruktur, Gesprächsdauer, Therapieraum, Methodenanwendung, Zielsetzung etc. wäre kontraindiziert und würde den Beziehungsaufbau verhindern oder erschweren. Die Therapie sollte für Betroffene nicht überfordernd sein. Das bedeutet, nicht zu schnell in die Tiefe zu gehen, Medikation oder stationären Aufenthalt anzusprechen oder konfrontativ zu arbeiten. Einfache entspannende Interventionen würden gut angesprochen werden.

Welche Rolle die Wohnungslosigkeit in den Therapiethemen spielt, wurde unterschiedlich bewertet. In akuten Phasen würde diese präsenter sein, in anderen teils gar nicht. Beziehungs- und existenzielle Themen, Krisen und frühere traumatische Erfahrungen würden den meisten Raum einnehmen. Traumatisierungen der Betroffenen sind für die Therapeut*innen in der Arbeit sehr präsent. Diagnostisch decken sich die Erzählungen in den Interviews mit der aktuellen Forschung zu psychischen Erkrankungen wohnungsloser Personen (siehe 3.2 *Aktuelle Forschung*): Abhängigkeitserkrankungen, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis, Traumata und deren Komorbiditäten. Dass stationärer Aufenthalt und Medikation Therapiethema sein können, wird als Unterschied zur freien Praxis gesehen.

„Eine weitere Schwäche ist, dass die stationäre Psychiatrie fast ausschließlich medikamentöse Behandlung anbietet. [...] Aber aktuell gibt es zu wenige PsychotherapeutInnen, die mit Menschen mit Psychosen arbeiten wollen. Hinzu kommen die oft geringen finanziellen Möglichkeiten der KlientInnen und ein sehr schwieriger Zugang zu finanzierten Plätzen durch die Krankenkasse.“ (Eder et al. 2018, S. 24f.)

Somit schließt die aufsuchende Psychotherapie in den Einrichtungen eine in der Wohnungslosenhilfe sehr präsente Lücke. Biographische Vorbelastungen, Krisen und Diskriminierung sowie Stigmatisierung sind von den Therapeut*innen angesprochene Problemstellungen, die sich auch in der Literatur finden lassen.

Wie sollte nun ein Psychotherapieangebot für wohnungslose Personen gestaltet sein? Die Antwort ist einstimmig: niederschwellig.

„Obwohl bereits der Bedarf an niedrigschwelliger Psychotherapie bei Wohnungslosen anhand diverser Studien ermittelt wurde, sind entsprechende Einrichtungen nur zu geringen Zahlen aufzufinden. Der Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten in der Regelversorgung war für die Untersuchungsgruppe nur bedingt möglich, da es u.a. an Niedrigschwelligkeit mangelte, d.h. die Hürden zu hoch waren. (Franka 2020, S. 47)

So wird in einer Bachelorarbeit zur Bedarfsermittlung niederschwelliger Psychotherapie für Menschen in prekären Lebensverhältnissen resümiert. Das bedeutet, dass dementsprechende Angebote an den Bedürfnissen von Menschen in psychosozialen Krisen orientiert sein müssen und eine Denkmkehr in

der psychotherapeutischen Versorgung stattfinden muss. Es kann nicht darum gehen, Nutzer*innen von Psychotherapie an ihrer Verlässlichkeit, Reflexionsfähigkeit und ihrem Einkommen zu messen. Es scheint absurd, dass gerade Personen mit derartig komplexen Problemlagen bei Psychotherapeut*innen, welche sich in Ausbildung unter Supervision oder im fachspezifischen Praktikum befinden, unterkommen, die dafür kein Gehalt bekommen oder bewusst davon absehen, ein solches zu verlangen. Eine psychotherapeutische Versorgung, die darauf basiert, dass Therapierende zugunsten der zu Behandelnden auf Einkommen verzichten (müssen), kann nicht als solche bezeichnet werden. Damit wird die Wohnungslosenhilfe als Interessensgebiet für sozial denkende Therapeut*innen abgestempelt, aber nicht in ihrer Unterversorgung ernst genommen.

„Psychotherapie können sich häufig nur jene Bevölkerungsschichten leisten, die über ein überdurchschnittliches Einkommen verfügen, also eher abgesichert im (Arbeits-)Leben stehen und in vielen Fällen nicht zu den schwer und schwerst Erkrankten gehören, die diese Versorgungsleistung dringend benötigen würden.“ (Riess & Löffler-Stastka 2022, S.137)

Daher würden sich die befragten Therapeut*innen wünschen, dass ein potentielles Psychotherapieangebot für wohnungslose Personen kostenlos und staatlich finanziert ist. Die Betreuung nach dem Erleben von Wohnungslosigkeit war ebenso ein großes Anliegen. Wie auch immer das reale Angebot in der Umsetzung aussehen mag, sollte es besonders in der Phase nach dem Auszug in die eigene Wohnung weiter zur Verfügung stehen, da es im ersten Jahr besonders häufig zu Krisen kommen kann. Eine konstante Begleitung könne diese abfedern.

Aus den Erzählungen der Therapeut*innen im Vergleich zur Literatur wird deutlich, dass es keine klare Abgrenzung zwischen den Zuständigkeiten von Gesundheits- und Sozialberufen gibt. Beratende und stützende Gespräche können im Rahmen von sozialarbeiterischer Betreuung, psychologischen und psychiatrischen Liaisondiensten, von Betreuer*innen in den Einrichtungen und von Psychotherapeut*innen, die diesen Bereich für sich auswählen, geführt werden. Auch wenn die Klinische Sozialarbeit diese Schnittstelle zumindest in der Theorie für sich beansprucht, ist die reale Versorgungssituation eine andere. Braucht es mehr Psychotherapie in der Wohnungshilfe? Die befragten Therapeut*innen beantworten dies – mit gewissen Einschränkungen – mit einem klaren „Ja“. Das Grundgerüst psychotherapeutischer Methoden, welches ihr Menschenbild und Wissen über Gesprächsführung, psychische Störungen und Psychodynamik darstellt, wird aus einem multiprofessionellen Blickwinkel eindeutig als hilfreich erachtet. Wie Psychotherapie in der multidisziplinären Zusammenarbeit im Fall der Wohnungslosenhilfe funktionieren kann und soll, beschreiben Frau Pröll und Herr Steurer am Beispiel der Betreuungseinrichtung Gruft. Bösel et al. (2020) kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass Psychotherapie und Soziale Arbeit kooperativ intervenieren sollten. „Diese psychologischen und psychotherapeutischen Maßnahmen müssen dann zunächst begleitend zu sozialen Interventionsmaßnahmen durchgeführt werden.“ (Bösel et al. 2020, S. 41)

6.9 Kritische Betrachtung und Eingrenzung der Gültigkeit

Es wäre im Sinne der Selbstbestimmung der Betroffenen wünschenswerter, den Bedarf an psychotherapeutischen Angeboten und wie diese sein sollten, bei ihnen selbst zu erfragen. Allerdings wäre es nicht nur schwierig, einen Zugang zu wohnungslosen Menschen in Psychotherapie zu finden, sondern auch schlichtweg unethisch. Um einen Überblick über das Phänomen „Psychotherapie in der Wohnungslosenhilfe in Wien“ zu bekommen, war es daher notwendig und auch aufgrund der Zugänglichkeit naheliegender, Expert*innen zu befragen. Da nur sieben Personen aus unterschiedlichen Einrichtungen, welche zum Teil schon länger nicht mehr in diesem Bereich praktizieren, befragt werden konnten, ist die Aussagekraft eher gering. Die Forschungsarbeit soll daher einen kurzen, aktuellen Überblick über ein noch nicht ausreichend in der Literatur erfasstes Themengebiet geben, das weder vollständig, hinreichend noch allgemein gültig erfasst ist.

7 *Ausblick*

Psychotherapie mit wohnungslosen Menschen ist ein unerschlossenes, hoch komplexes Themengebiet. Sie findet in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, ambulanten Beratungszentren, stationären Einrichtungen und in privaten Praxen statt. Ob die Wohnungslosenhilfe ein Arbeitsfeld der Psychotherapie sein kann oder soll, hängt von mehreren Faktoren ab. Zum einen müssten Betroffene direkt befragt werden, welchen Bedarf sie haben und ob dieser explizit durch Psychotherapie gedeckt werden können. Weiterführend wäre die Frage, wie sich die psychotherapeutischen Angebote tatsächlich gestalten und finanzieren lassen. Außerdem müssten die Abgrenzung und Kooperation mit Sozialer Arbeit erschlossen und auch in der Praxis beforscht werden.

Es wäre wünschenswert, wenn es innerhalb der Psychotherapie mehr Bemühungen gäbe, Menschen in psychosozialen Notsituationen nicht durch ihren starren Rahmen auszuschließen. Ob sich hier eine Grenze in der Zuständigkeit und Wirkung zeigt, bleibt weiterhin offen. Allerdings ändert dies nichts daran, dass höchst engagierte und erfahrene Psychotherapeut*innen tagtäglich über die Grenzen ihrer Profession hinausgehen und Betroffene in schwierigsten Lebenslagen empathisch unterstützen.

8 *Literaturverzeichnis*

8.1 *Wissenschaftliche Literatur*

Adler, Alfred (1898/1987): Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe. Berlin: Carl Heymanns Verlag.

Adler, Alfred (1902a/2009): Das Eindringen sozialer Triebkräfte in die Medizin. In: Gesellschaft und Kultur (1897–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 7 (S. 39–43). Hrsg. Von Bruder-Bezzel, Almuth. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1902b/2009): Eine Lehrkanzel für soziale Medizin. In: Gesellschaft und Kultur (1897–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 7 (S. 44–46). Hrsg. Von Bruder-Bezzel, Almuth. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1912a/2008): Über den nervösen Charakter (1912). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 2. 2. Aufl. Hrsg. von Bruder-Bezzel, Almuth; Kühn, Rolf; Witte, Karl Heinz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1926m/2010): Individualpsychologie. In: Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3. (S.271–278). Hrsg. von Eife, Gisela. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1927a/2008): Menschenkenntnis. München: Anaconda Verlag.

Adler, Alfred (1928f/2010): Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. In: Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3. (S. 314–320). Hrsg. Von Eife, Gisela. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1929f/2010): Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre. In: Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3. (S. 346–355). Hrsg. Von Eife, Gisela. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1932i/2010): Der Aufbau der Neurose. In: Persönlichkeitstheorie, Psychopathologie, Psychotherapie (1913–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 3. (S. 533–540). Hrsg. Von Eife, Gisela. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Adler, Alfred (1937b/2009): Psychiatric aspects regarding individual and social disorganization (Psychiatrische Gesichtspunkte individueller und sozialer Störungen). In: Gesellschaft und Kultur (1897–1937). Alfred Adler Studienausgabe, Bd. 7 (S. 200–208). Hrsg. Von Bruder-Bezzel, Almuth. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anhorn, Roland; Balzereit, Marcus (Hrsg.) (2016): Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit. Springer Fachmedien Wiesbaden. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Ansen, Harald (2007): Ein Leben auf Sparflamme. In: Blätter der Wohlfahrtspflege (BdW) (3), S. 92–96. Online verfügbar unter <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/0340-8574-2007-3-92/ein-leben-auf-sparflamme-jahrgang-154-2007-heft-3?page=0>, zuletzt geprüft am 21.05.2023.

- Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Klein, Charlotte, Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian (2022): Epidemiologiebericht Sucht 2022 Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Hg. Gesundheit Österreich GmbH. Wien. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:c52fda42-7f8c-4c55-9636-b14303d85203/Epidemiologiebericht%20Sucht_2022_BF.pdf, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- Arolt, Volker; Reimer, Christian; Dilling, Horst (2011): Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. 7. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).
- Ayaß, Wolfgang (2013): „Vagabunden, Wanderer, Obdachlose und Nichtsesshafte“. Eine kleine Begriffsgeschichte der Hilfe für Wohnungslose. In: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. S. 90-102.
- Bäumel, Josef; Baur, Barbara; Brönnner, Monika; Pitschel-Walz, Gabriele; Jahn, Thomas (2017): Die SEEWOLF-Studie: Seelische und körperliche Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Zur Psychiatrie, Neuropsychologie und Allgemeinmedizin einer prekären Lebenslage. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Lebenslagen Wohnungslosigkeit). Online verfügbar unter <https://content-select.com/index.php?id=bib&ean=9783784129112>, zuletzt geprüft am 29.05.2023. BAWO (2009): Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich Wohnungslosenerhebung 2006-2007-2008. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe BAWO. Online verfügbar unter https://www.armutskonferenz.at/media/bawo_studie_wohnungslosigkeit-2009.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2023.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hrsg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Opladen: Leske + Budrich.
- Bogner, Alexander; Menz, Wolfgang (2005): Das theoriegenerierende Experteninterview. Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Hrsg. Von Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (S. 33–71). 2. Aufl. Opladen: Leske + Budrich.
- Bösel, Maren; Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.) (2020): Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bösel, Maren; Gahleitner, Silke Birgitta; Pauls, Helmut (2020): Soziale Arbeit und Psychotherapie- ein schwieriges, jedoch auch fruchtbares Verhältnis. In: Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln. Hrsg. Von Bösel, Maren; Gahleitner, Silke Birgitta (S. 46–53). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Bruder-Bezzel, Almuth (1999): Geschichte der Individualpsychologie. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2014): Richtlinie zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen, religiösen und weltanschaulichen Angeboten sowie Hinweise für PatientInnen bzw. KlientInnen. Online verfügbar unter https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:14f29365-606a-41d5-84eb-a5f7a6e142ed/Abgrenzung_der_Psychotherapie_von_esotereischen,_spirituellen,_religi%C3%B6se

n_und_weltanschaulichen_Angeboten_sowie_Hinweise_f%C3%BCr_PatientInnen_bzw._Klientl.pdf, zuletzt geprüft am 23.05.2023.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) (2020): Patientinnen/Patienten-Information über die in Österreich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien. Online verfügbar unter [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb9cef836/Patienteninformation_\(BMSGPK\),_Stand_29.04.2020.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:067ed3c8-aaea-4c84-84c2-a3afb9cef836/Patienteninformation_(BMSGPK),_Stand_29.04.2020.pdf), zuletzt aktualisiert am 29.05.2023.

Cochior, Gabriela (2021): Einsamkeit und soziale Isolation von Klient*innen. Masterarbeit. FH Campus Wien, Wien. Online verfügbar unter <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/download/pdf/6215875?originalFilename=true>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Deloie, Dario (2011): Soziale Psychotherapie als klinische Sozialarbeit. Traditionslinien – theoretische Grundlagen – Methoden. Gießen: Psychosozial-Verlag (Therapie & Beratung).

Dizdar, Aida (2019): Soziale Integration und Inklusion von Menschen mit einer psychischen Langzeiterkrankung. Am Beispiel der Schizophrenie. Bachelorarbeit. Hochschule für Soziale Arbeit HSA, Olten. Online verfügbar unter https://irf.fhnw.ch/bitstream/handle/11654/28041/Dizdar_Aida_2019_BA_FHNW.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Eder, Flora; Floh, Simone; Lederer, Lorenz; Loibl, Elvira; Lorenz, Johannes (2018): Geht's noch? Psychisch krank und wohnungslos. Hg. Verband Wiener Wohnungslosenhilfe. Wien. Online verfügbar unter <https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/ueber-uns/publikationen/verband-wiener-wohnungslosenhilfe-situationsbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 25.05.2023.

Eife, Gisela (2016): Analytische Individualpsychologie in der therapeutischen Praxis. Das Konzept Alfred Adlers aus existentieller Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Enders-Dragässer, Uta; Huber, Helga; Sellach, Brigitte (2004): Frauen in Wohnungsnot: Hilfen, Bedarfslagen und neue Wege in NRW ; Untersuchungsbericht der Gesellschaft für Sozialwissenschaftliche Frauenforschung e.V., Online verfügbar unter https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/12572/ssoar-2004-enders-dragasser_et_al-frauen_in_wohnungsnot.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-2004-enders-dragasser_et_al-frauen_in_wohnungsnot.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

FEANTSA (2005): ETHOS – Europäische Typologie für Obdachlosigkeit, Wohnungslosigkeit und prekäre Wohnversorgung. Hg. FEANTSA European Commission. Brüssel. Online verfügbar unter https://bawo.at/101/wp-content/uploads/2019/11/Ethos_NEU_d.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Fonds Soziales Wien (2020): Betreute Wohnangebote der Wiener Wohnungslosenhilfe. KundInnen- und MitarbeiterInnenbefragung Frühjahr 2020. Online verfügbar unter https://www.fsw.at/downloads/kundinnenbefragung/kund_innenbefragung-wwh-2020-ergebnisse.pdf, zuletzt geprüft am 21.05.2023.

- Fonds Soziales Wien (2020b): Wiener Wohnungslosenhilfe 2022. Strategie. Ziele. Massnahmen. Wien. Online verfügbar unter <https://www.fsw.at/downloads/informationen-fuer-organisationen/Wiener-Wohnungslosenhilfe-Strategie-2022.1625056362.pdf>, zuletzt geprüft am 21.05.2023.
- Franka, Franz (2020): Eine Bedarfsermittlung zu niedrigschwelliger psychotherapeutischer Therapie und Beratung für Menschen in prekären Lebensverhältnissen. Bachelorarbeit. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg. Department Gesundheitswissenschaften. Online verfügbar unter https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/12595/1/FranzFrankaBA_geschw%c3%a4rzt.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Frauengesundheitszentrum FEM (2009): GWF – Gesundheit für wohnungslose Frauen in Wien. Ein Handbuch. Online verfügbar unter <https://fem.at/wp-content/uploads/2020/04/GWF-Handbuch.pdf>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.
- Freudenberg, Sophie (1926): Individualpsychologie und Jugendwohlfahrtspflege. In: Handbuch der Individualpsychologie. Hrsg. Von Wexberg, Erwin (S. 367–381). Heidelberg: Springer Berlin.
- Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien: Facultas.
- Gebrande, Julia; Lebküchner, Janine (2020): Mehrdimensionale Bewältigung von traumatischen Erfahrungen – Die Bedeutung sozialer Interventionen für traumatisierte Menschen. In: Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln. Hrsg. Von Bösel, Maren; Gahleitner, Silke Birgitta (S. 214–233). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Giertz, Karsten (2021): Wohnungslosigkeit, psychische Erkrankungen und Trauma. In: Gewalt und ihre Folgen. Bewältigungsstrategien. Hrsg. von Bojack, Barbara (S. 25–42). Höchberg: Verlag für psychosoziale Medien.
- Glaser, Thomas; Till, Matthias (2019): Eingliederungsindikatoren 2018. Kennzahlen für soziale Inklusion in Österreich. Hrsg. Vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Online verfügbar unter: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:1f4e3ef3-2ab5-493f-92f0-cf323f258c40/Eingliederungsindikatoren_2018.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2023
- Gouzoulis-Mayfrank, Euphrosyne (2003): Komorbidität, Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis; mit Manual für psychoedukatives Training. Darmstadt: Steinkopff.
- Gutwinski, Stefan; Schreiter, Stefanie (2020): Wohnungslosigkeit betrifft häufig Menschen mit seelischen Erkrankungen. In: Psychiatrische Praxis 47 (3), S. 115–117.
- Hannich, Hans-Joachim (2018): Individualpsychologie nach Alfred Adler. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Herriger, Norbert (2020): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Jahn, Thomas; Bröner, Monika (2014): Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung. Technische Universität München. München. Online verfügbar unter https://www.mri.tum.de/sites/default/files/pressemitteilungen/seewolf-studie_-_eine_zusammenfassung_0.pdf, zuletzt geprüft am 21.05.2023.

- Jungnitsch, Georg (1999): *Klinische Psychologie*. Bd. 2. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer Verlag.
- Kargl, Martina (2008): *Wohnungslosigkeit. Probleme & Lösungen*. Workingpaper der Grundlagenabteilung der Caritas ED Wien. Caritas Erzdiözese Wien. Wien. Online verfügbar unter https://www.armutskonferenz.at/media/kargl_wohnungslosigkeit_loesungen-2008.pdf, zuletzt aktualisiert am 17.04.2023.
- Krausz, Michael; Strehlau, Verena; Schütz, Christian; Torchalla, Iris (2013): Frühe Traumatisierung bei Menschen in Wohnungslosigkeit und Armut. Ergebnisse aus einer kanadischen Studie. In: *Trauma & Gewalt* 7 (4), S.290–300.
- Krebs, Marcel (2021): *Soziale Arbeit und Sucht. Eine Bestandesaufnahme Aus der Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Kreis, Bernd; Dauer, Steffen (1999): Konzeption einer qualitativen Analyse zur Arbeitslosigkeit und Krankheitsverarbeitung. In: *Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Beiträge zur Medizinischen Psychologie und zu Grenzgebieten*. Hrsg. Von: Dauer, Steffen; Hennig, Heinz (S. 217–225). Bd 1. Halle (Saale): Mitteldeutscher Verlag.
- Kuckartz, Udo (2010): *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. 3. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Landesstelle Sucht NRW (2019): *Wohnungslosigkeit und Abhängigkeitserkrankungen*. Infobrief der Geschäftsstelle. Hg. Geschäftsstelle der Landesstelle Sucht NRW. Online verfügbar unter https://suchtkooperation.nrw/fileadmin/user_upload/Wohnungslosigkeit_und_Sucht_Final_ErgaenzungMaerz2020.pdf, zuletzt geprüft am 24.05.2023.
- Löhlein, Oliver (2008): *Zwischen Klüften und Fugen. Klientenkarrieren in der Wiener Wohnungslosenhilfe*. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien. Online verfügbar unter <https://services.phaidra.univie.ac.at/api/object/o:1250623/get>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Lutz, Ronald (2014): *Soziale Erschöpfung. Kulturelle Kontexte sozialer Ungleichheit*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Edition Soziologie).
- Lutz, Ronald (2017): *Wohnungslosigkeit als extreme Form sozialer Erschöpfung*. In: *Soziale Psychiatrie* (1/17), S. 4–7.
- Lutz, Ronald; Simon, Titus; Sartorius, Wolfgang (2017): *Lehrbuch der Wohnungslosenhilfe. Eine Einführung in Praxis, Positionen und Perspektiven*. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studienmodule Soziale Arbeit). Online verfügbar unter <https://content-select.com/index.php?id=bib&ean=9783779946052>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Mackenthun, Gerald (2012): *Gemeinschaftsgefühl. Wertpsychologie und Lebensphilosophie seit Alfred Adler*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Pap, Gabriela (2017): *Das Gemeinschaftsgefühl aus der Sicht der Intersubjektivität*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Paulitsch, Klaus; Karwautz, Andreas (2008): *Grundlagen der Psychiatrie*. Wien: Facultas Univ.-Verl.

- Pauls, Helmut (2013): *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. 3. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Soziale Berufe). Online verfügbar unter http://www.content-select.com/index.php?id=bib_view&ean=9783779951582, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Pauls, Helmut (2020): *Das biopsychosoziale Modell im Kontext sozialer Mitbehandlung*. In: *Soziale Interventionen in der Psychotherapie. Interdisziplinär und interprofessionell denken und handeln*. Hrsg. Von Bösel, Maren; Gahleitner, Silke Birgitta (S. 30–45). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Psychotherapiegesetz (04.07.2021): Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) BGBl. Nr. 361/1990.
- Rauchfleisch, Udo (1996): *Menschen in psychosozialer Not: Beratung, Betreuung, Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reinhoffer, Bernd (2008): *Lehrkräfte geben Auskunft über ihren Unterricht. Ein systematisierender Vorschlag zur deduktiven und induktiven Kategorienbildung in der Unterrichtsforschung*. In: *Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse*. Hrsg. Von Mayring, Philipp; Gläser-Zikuda, Michaela (S. 123–141). 2. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Rieken, Bernd; Sindelar, Brigitte; Stephenson, Thomas (2011): *Psychoanalytische Individualpsychologie in Theorie und Praxis. Psychotherapie, Pädagogik, Gesellschaft*. Wien: Springer.
- Rieken, Bernd (2014): *Das „Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe“ und andere Beiträge zur Sozialmedizin*. Adlers Frühschriften Teil 1. In: *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie*. Jahrgang 1 (1). (S.1-15). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.15136/2014.1.1.1-15>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.
- Rieken, Bernd (2015): *„Zerstreute“ Sexualität und Aggressionstrieb*. Alfred Adlers Frühschriften, Teil 2. In: *Zeitschrift für freie psychoanalytische Forschung und Individualpsychologie*. Jahrgang 2 (2). (S.24-53). Online verfügbar unter <https://doi.org/10.15136/2015.2.2.24-53>, zuletzt geprüft am 11.06.2023.
- Riess, Gabriele; Löffler-Stastka, Henriette (2022): *VersorgungsNOT – Psychotherapie als zentrale, aber marginalisierte Versorgungsleistung im Gesundheitssystem*. In: *Psychotherapie Forum* 26, S.136–143. Online verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00729-022-00210-y>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.
- Rohrman, Eckhart (2016): *Zur Pathologisierung von Armut und Wohnungsnot in Geschichte und Gegenwart*. In: *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit*. Hrsg. Von Anhorn, Roland; Balzereit, Marcus (S. 803–833). 1. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Rüsch, Peter; Neuenschwander, Martin (2004): *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. In: *Psychiatrische Rehabilitation*. Hrsg. Von Rössler, Wulf (S. 7–21). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin / Heidelberg
- Salize, H. J.; Dillmann-Lange, C.; Kentner-Figura, B.; Reinhard, I. (2006): *Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung. Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen*. In: *Der Nervenarzt* 77 (11), S. 1345–1354.
- Schlösinger, Petra (2010): *Wohnungslos. Eine Untersuchung der Ursachen und Hintergründe aus der Sicht wohnungsloser Personen in Wien*. Diplomarbeit. Fachhochschule Campus Wien, Wien. Online

verfügbar unter
https://bawo.at/fileadmin/user_upload/public/Dokumente/Publikationen/Berichte_Studien/DA_20_10_SCHLOESINGER_PETRA.pdf, zuletzt geprüft am 20.05.2023.

Schnaidt, Tilman (2011): Wohnungslose und ihr Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem in Hamburg. Master-Thesis. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg. Online verfügbar unter <https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/5512/2/WS.Soz.MA.AB11.40-1.pdf>, zuletzt geprüft am 22.05.2023.

Schoenaker, Theo (2007): Mut tut gut. Das Encouraging-Training. 15. Aufl. Bocholt: RDI-Verlag

Schoibl, Heinz (2011): Armut und Wohnungslosigkeit. In: Festschrift 20 Jahre BAWO. Wohnungslosenhilfe von A bis Z. Hrsg. Von Schoibl, Heinz. Wien: Eigenverl. BAWO - Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe ([BAWO-Edition, 2]), S. 19–33.

Schreiter, Stefanie.; Gutwinski, Stefan, Rössler, Wulf (2020): Wohnungslosigkeit und seelische Erkrankungen. In: Der Nervenarzt 91 (11), S. 1025–1031.

Schroers, Artur (2021): Einleitung zum Thema „Suchtkrank, arm, wohnungslos“ In: rausch 10 (4), S. 4–11.

Statistik Austria (2022): Armut und soziale Eingliederung – FAQs. EU-SILC 2021. Statistik Austria. Wien. Online verfügbar unter https://www.statistik.at/fileadmin/pages/338/FAQs_Armut_April2022.pdf, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Strübing, Jörg (2018): Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin: De Gruyter Oldenbourg ([Soziologie kompakt]).

Trinkl, Lika (2015): “It’s a jungle out there ...”. Über die Besonderheit psychotherapeutischer Arbeit mit obdachlosen Menschen. In: Diagnose: Besonderheit. Systemische Psychotherapie an den Rändern der Norm. Hrsg. Von Klar, Sabine; Trinkl, Lika (S. 126–142). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ullrich, Peter (2006): Das explorative ExpertInneninterview. Unter Mitarbeit von Technische Universität Berlin: Technische Universität Berlin. Online verfügbar unter <https://core.ac.uk/download/pdf/57709417.pdf>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Wexberg, Erwin (1928): Individualpsychologie. Eine systematische Darstellung. Leipzig: Hirzel.

8.2 Online Quellen

Anton-Proksch-Institut (2023): Ambulante Standorte. Online verfügbar unter <https://www.api.or.at/standorte/ambulant/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

COURAGE (2023): Beratungsangebote. Online verfügbar unter <https://www.courage-beratung.at/beratung>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

Dialog (2023): Beratung-Betreuung-Behandlung. Online verfügbar unter <https://www.dialog-on.at/beratung-betreuung-behandlung>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

ESRA (2023): Angebote für Erwachsene. Online verfügbar unter <https://esra.at/angebote/angebote-fur-erwachsene/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

Gruft (2021): Angebote. Online verfügbar unter: <https://www.gruft.at/unsere-hilfe/angebote>, zuletzt geprüft am 29.05.2023.

Grüner Kreis (2023): Therapieangebote. Online verfügbar unter <https://www.gruenerkreis.at/de/behandlung>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

HEMAYAT (2020): Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende. Online verfügbar unter https://www.osgs.at/organisationen/hemayat-betreuungszentrum-fuer-folter-und-kriegsueberlebende/?psafe_param=1&gclid=CjwKCAjwscGjBhAXEiwAswQqNPBAaR7PPd-e9UPKAIK3_u93WRsGGxHwD4CC67RuOwR_OgkW-CVCohoCPrwQAvD_BwE, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

intakt (2023): Was wir bieten. Online verfügbar unter <https://www.intakt.at/unsere-zentrum/was-wir-bieten/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

MEN Männergesundheitszentrum (2019): Gesundheitsförderung für wohnungslose Männer in Wien. Online verfügbar unter <https://men-center.at/arbeitsbereiche/gesundheitsfoerderung-fuer-wohnungslose-maenner-in-wien/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

ninil (2023): Angebote. Online verfügbar unter https://www.ninil.at/kraftwerk/ninil_angebote.html, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

Österreichische Krebshilfe Wien (2023): Beratungszentrum Krebshilfe Wien. Online verfügbar unter <https://www.krebshilfe-wien.at/beratung-hilfe/beratungszentrum-1/unsere-beratungszentrum>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

P.A.S.S. (2023): Suchtbehandlung. Online verfügbar unter <https://www.pass.at/angebote/suchtbehandlung/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

Psychosoziale Dienste Wien (2023a): Institut für Psychotherapie mit Tageszentrum für Borderlinestörung. Online verfügbar unter <https://psd-wien.at/einrichtung/institut-fuer-psychotherapie-mit-tageszentrum-fuer-borderlinestoerung>, zuletzt geprüft am 26.06.2023.

Psychosoziale Dienste Wien (2023b): Psychiatrische Liasionsdienste. Online verfügbar unter <https://psd-wien.at/information/psychiatrische-liasiondienste>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

Psychosoziale Dienste Wien (2023c): Regionale psychiatrische Behandlung Betreuung. Online verfügbar unter <https://psd-wien.at/information/regionale-psychiatrische-behandlung-und-betreuung>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

sowhat. (2023): Behandlung. Online verfügbar unter <http://www.sowhat.at/de/angebot/behandlung/>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

WLP Wiener Landesverband für Psychotherapie (2023a): Finanzierung. Online verfügbar unter <https://www.psychotherapie-wlp.at/informationen/psychotherapie/finanzierung>, zuletzt geprüft am 26.05.2023.

9 *Abbildungsverzeichnis*

Abbildung 1: Gründe für Wohnungslosigkeit.....	11
Abbildung 2: Vergleich von Lebenszeit- und 1-Monats-Prävalenzen der ICD-10 Diagnosekategorien	16
Abbildung 3: Die Pole des Kontinuums der Gesprächsführung	42
Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse	49
Abbildung 5: Haupt- und Unterkategorien der induktiven Kategorienbildung	50

10 Anhang: Leitfaden des Expert*inneninterviews

Leitfaden

- Würden Sie sich, ihren beruflichen Hintergrund und ihre aktuellen Tätigkeiten bitte vorstellen?

Setting

- Ich würde Ihnen jetzt gerne ein paar Fragen zum Setting Ihres psychotherapeutischen Angebots für Wohnungslose stellen:

In welchem Rahmen haben Sie Kontakt zu wohnungslosen Personen?

- Wie kommen diese Gespräche zu Stande?
- Wo findet der Kontakt statt? Steht ein eigener Raum zur Verfügung? Wie vertraulich ist der Gesprächsrahmen?
- Wie oft findet der Kontakt statt?
- Sind das regelmäßige Gespräche oder eher spontane Konsultationen?

Diagnose

- Welche Diagnosen kommen in der therapeutischen Arbeit mit Wohnungslosen vermehrt vor?
- Haben diese Einfluss auf die Therapie? Und wenn ja, welchen?

Das therapeutische Gespräch

- Wie gestalten sich die psychotherapeutischen Gespräche mit Betroffenen?
 - Wie lang dauern die Gespräche?
 - Welche Themen kommen vermehrt vor?
 - Welche Bedeutung hat die Wohnungslosigkeit für das Therapiegespräch?
 - Wie tiefgehend sind die Gespräche? Sind diese eher stützend und beratend oder auch tiefgehend therapeutisch?

Herausforderungen

- Welche besonderen Herausforderungen stellen sich in der Psychotherapie mit wohnungslosen Personen? In Bezug auf
 - Setting (Raum, Termine ...)

- Themen / Diagnosen
 - Beziehung zwischen Therapeut*in und Wohnungslosem
 - Methoden: Interventionen, die sie als besonders hilfreich empfinden? Und welche, die weniger hilfreich wirken? Passen Sie ihre Methode der Zielgruppe an?
-
- Was läuft in Ihrer derzeitigen Arbeit mit Wohnungslosen gut, was weniger gut?
 - Welche Methode verwenden Sie? Gibt es Interventionen, die sie als besonders hilfreich empfinden? Und welche, die weniger hilfreich wirken? Passen Sie ihre Methode der Zielgruppe an?
 - Können Sie mir ein anonymisiertes Fallbeispiel erzählen?

Chancen

- Welche Chancen sehen Sie in der Psychotherapie mit Wohnungslosen?
- Inwiefern können Wohnungslose von Psychotherapie profitieren?
- Was denken Sie zu den aktuellen Psychotherapieangeboten für Wohnungslose?
- Sehen Sie Versorgungslücken für psychisch kranke wohnungslose Personen?
- Was könnte und sollte verbessert werden?

Wenn Sie selbst ein Psychotherapieangebot für von Wohnungslosigkeit Betroffene schaffen könnten – wie würde dieses aussehen?