

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für
psychosoziale Gesundheit
eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
www.fpi-publikationen.de/polyloge

Herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr.Dr.Dr. **Hilarion G. Petzold**, Freie Universität Amsterdam, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris

In Verbindung mit:

Dr.med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr.phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Ausgabe 01/2005

Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen

Hilarion G. Petzold (1980e/2005c)¹

¹ Die Arbeit erschien zuerst als: *Petzold, H.G., 1980e. Wohnkollektive - eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen, in: Petzold, H.G., Vormann, G. 1980 (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer. S. 423-462; repr. in: idem(1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer. S. 202-236.*

Diese Arbeit erschien 1980 zum ersten Mal. Sie berichtet über Erfahrungen des Autors mit Wohngemeinschaften – therapeutischen und agogischen – seit Mitte der sechziger Jahre. Sie entwickelt erstmals eine begriffliche und konzeptuelle Systematik für diese Lebens- und Arbeitsform. Dabei bildet die **Integrative Therapie**, die ja gerade in der Drogentherapie die ersten Therapeutischen Gemeinschaften im europäischen Raum inauguriert hat (Petzold 1969c, 1974b, Petzold, Vormann 1980, Petzold, Schay, Ebert 2004, Petzold, Schay, Scheiblich 2005), die immer wieder die Charakteristik des Menschen als ein in „sozialen Netzwerken“ und „social convois“ lebendes Wesen betont (Hass, Petzold 1999; Petzold 2000h), den theoretischen Bezug und Hintergrund. Menschen sind Gruppenwesen (Petzold 2003e), die in *POLYLOGEN* – Gesprächen nach vielen Seiten, Erzählungen/Narrationen, an denen viele teilnehmen (Petzold 2001b) – über die Menschheitsgeschichte zusammengelebt haben und in diesem Gemeinschaftsleben gemeinsamen „Sinn“ (*consensus*) finden und stiften konnten (Petzold, Orth 2004a, b). Die Quellen des Integrativen Ansatzes – u. a. das Psychodrama und die Gestalttherapie – hatten hier durch Formen des Gemeinschaftslebens, die ihre Begründer entwickelten, wichtige Anstöße gegeben: J.L. Moreno in den USA durch die erste „therapeutische Gemeinschaft“ in sozialpsychiatrischer Ausrichtung für delinquente junge Mädchen und Frauen am Hudson River Anfang der dreißiger Jahre, F.S. Perls durch die Gründung einer „gestaltischen Lebens- und Lerngemeinschaft“ am Lake Cowichan, Vancouver Canada, gegen Ende seines Lebens 1969.

Der Autor hat neben seinen frühen Initiativen im Bereich der Wohngemeinschaften für Drogenabhängige, die er begründete, initiierte und supervidierte sich besonders mit Wohnkollektiven als Lebensformen für alte Menschen als *intergenerationale Hausgemeinschaften, sozialtherapeutische Woh- und Lebensgemeinschaften* befasst, denn diese Formen des Zusammenlebens haben, gerade heute in den sich so gravierend verändernden Strukturen „gerontotropher Gesellschaften“ (Petzold 2004a, 2005a) eine hohe Bedeutung. Wenn Menschen in solchen Gemeinschaften zusammensitzen im Rund und sich im gemeinsamen Erzählen *lebendige Biographiarbeit ereignet* (Petzold, Müller 2004b), dann entsteht „Sinn“ und der Sinn erlebter Gemeinschaft ist gerade für alte Menschen, ihre die Rückschau auf ihr Leben der Katalysator für reichen Lebenssinn. Das hatte auch Perls am Lake Cowichan wohl empfunden, als er in dieser Gemeinschaft die Zeilen „Junk and chaos come to halt / 'stead of wild confusion / form a meaningful Gestalt / at my lifes conclusion“ in seine Autobiographie schrieb (Perls 1969).

In dem vorliegenden Text wird aus dieser Arbeit mit alten Menschen detailliert berichtet. Er wird hier wegen seiner immer noch hohen, ja erneuten Relevanz leicht überarbeitet, aktualisiert und ergänzt wiedergegeben, denn die Altenwohngemeinschaft könnte für so manche der alternden und alten Menschen eine Alternative zum Leben in einem Altersheim bieten.

1. Vorbemerkung zum Konzept des therapeutischen Kollektivs

Seitdem J. L. Moreno in den Jahren 1932-1934 ein erstes Projekt mit therapeutischen Wohnkollektiven für schwererziehbare Mädchen durchgeführt hat, ist fast ein halbes Jahrhundert vergangen.

Moreno hat in seinen früheren Arbeiten sich ausführlich mit der Struktur therapeutischer Gemeinschaften befaßt und Konzepte entwickelt, die die Arbeit späterer Autoren vorwegnahmen. Er setzt sich mit der Rolle des Therapeuten und Betreuers und seiner Beziehung zu den Klienten auseinander und vertritt das Prinzip einer unmittelbaren Kooperation zwischen Therapeut und Klient, durch die die Therapie ein »cooperative Effort« werden soll (1934). Ziel seines Ansatzes der »Interventionssoziometrie« (Dollase 1975) ist aber nicht nur die Umgestaltung bestehender Gemeinschaften in therapeutische Gemeinschaften, sondern die permanente Veränderung von Situationen mit dem Ziel der Verbesserung der Lebensbedingungen. Moreno sieht deshalb seinen Ansatz zum »*interaction research*« und zur »*therapeutic community and society*« als das Zusammenwirken revolutionärer Forschung und Praxis. Ich habe Morenos Aktionsforschungsansatz an anderer Stelle dargestellt (Petzold 1980j) und möchte für diese Arbeit nur sein Konzept der »Interaktionsforschung zur Veränderung einer Situation durch gemeinsame Anstrengung« herausstellen. Die von ihm entwickelten Instrumente der Interventionssoziometrie: soziometrische Erhebung, soziometrischer Test, psychologische Gruppenarbeit, Rollenspiel, Psychodrama und Soziodrama haben sich dabei als hocheffizient für die Einrichtung therapeutischer Gemeinschaften erwiesen (siehe Siroka 1967; 1971; Seabourne 1972). Der von Moreno für den therapeutischen Bereich inaugurierte Begegnungsgedanke (Moreno 1923; 1924), nach dem der »Arzt durch bloße Begegnung heilt« (1924, 71), sowie sein persönlichkeits-theoretisches Konzept des sozialen Atoms, nach dem der Mensch seine Identität durch die zu seiner sozialen Mikrostruktur gehörigen Mitmenschen gewinnt, können als weitere theoretische Grundkonzepte für den Wert, die Bedeutung, das Funktionieren und die »heilende Kraft« (Almond 1974) von therapeutischen Gemeinschaften gelten.

2. Zur begrifflichen und inhaltlichen Differenzierung von Kollektiven

Zunächst ist eine terminologische Differenzierung notwendig, da sich in der Literatur verschiedene Begriffe finden: Wohngemeinschaft, Wohngruppe, therapeutische Wohngruppe, therapeutische Gemeinschaft. Diese Begriffe sind oft nicht klar definiert oder voneinander geschieden, obgleich eine Abgrenzung durchaus sinnvoll wäre, ohne daß damit die Tatsache fließender Übergänge in Abrede gestellt werden soll. Als übergeordneten Begriff sehen wir den des (Wohn-)»Kollektivs« als nützlich an.

2.1 Wohngemeinschaft

Als Wohngemeinschaft kann der mittel- oder längerfristige Zusammenschluß mehrerer, in der Regel nicht verwandter Personen zu einer Form des Zusammenlebens angesehen werden, die mit einer gemeinsamen Wohnung als Basis den Charakter einer mehr oder weniger festen Lebensgemeinschaft angenommen hat. Die Wohngemeinschaft gründet in freier wechselseitiger Anziehung der in ihr Lebenden, gemeinsamer Interessenlage in wichtigen Bereichen des Lebens und geht zuweilen mit vollständigem oder teilweisem Zusammenlegen der ökonomischen Ressourcen einher. Wohngemeinschaften haben keine therapeutische oder pädagogische Zielsetzung, womit nicht in Abrede gestellt werden soll, daß sie zum Teil therapeutische Effekte haben können (*Schüle*in 1980; *Korczak* 1979). Sie entstanden bei religiösen Laiengemeinschaften, z. B. die *Focolarin*² auf katholischer Seite (*Heinz* 1975; *Diana* 1977) und die aus der Jesus-People-Bewegung entstandenen religiösen Hausgemeinschaften (*Kroll* 1971; *Meinhold* 1978), sowie im Rahmen der studentischen Bewegung, wobei die Berliner Kommunen nur die extreme Ausprägung eines breiteren Phänomens sind (*Schüle*in 1978).

2.1.1 Hausgemeinschaft alter Menschen

Mit dem *Wohngemeinschafts-Modell* eng verwandt ist der Begriff der „Hausgemeinschaft“, der unter 2.1 schon erwähnt wurde, und in den achtziger Jahren aufkommt. Er gewinnt mit einer Vielzahl von Projekten eine z.T. recht heterogene Charakteristik (*Kuratorium Deutsche Altershilfe* 1999a,b, 2000; *Herwig-Stenzel* 2000; *Heijden* 2000), so daß der Begriff unterschiedliche Bedeutungen hat und Überschneidungen mit den Konzepten Wohngemeinschaft und Wohngruppe gegeben sind. Ein Definitionsversuch:

„Hausgemeinschaften sind kleine, möglichst gemeindenahе Wohnformen für pflegebedürftige ältere Menschen (für ca. acht Personen). Sie stehen für eine Abkehr vom institutionalisierten, vordergründig auf Pflegequalität und Versorgung ausgerichteten „Anstaltsmodell“ und für eine Hinwendung zu einem an den individuellen Lebenswelten orientierten Normalisierungsprinzip. Zugunsten einer weitgehenden Autarkie in Einzelhaushalten und folglich einer dezentralisierten Hauswirtschaft sind hier die heimtypischen und den Alltag in konventionellen Heimen bestimmenden zentralen Versorgungseinrichtungen wie Zentralküche und Wäscherei abgeschafft. Ebenso werden hierarchische Strukturen dementsprechend - auch durch den konzeptionell gewollten stärkeren Einbezug von Angehörigen - weitgehend abgebaut. Hausgemeinschaften eignen sich wegen ihrer geringen Gruppengröße und der ständigen Anwesenheit einer Präsenzkraft auch gut für die Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, sind jedoch nicht von vorneherein ausschließlich auf diese Zielgruppe festgelegt“ (*Kuratorium Deutsche Altershilfe*).

Es geht um familienähnliche Lebensformen (*Eisenreich, Scholl* 1998; *Winter et al.* 1999) als Ergänzung oder auch als Alternative zum Heim (*Eckel* 2000; *Haß* 2002; *Scholl* 1999). Das *familiale* Klima soll dazu beitragen, daß positive „Affiliationen“ (*Müller, M., Petzold* 2003) entstehen können, Nahräume der Zuwendung und Annahme, die von wechselseitiger Empathie und Bindung gekennzeichnet sind, wie man sie in „familialen oder amikalen Netzwerken“ (*Hass, Petzold* 1999) findet, in denen die persönliche Würde und „Souveränität“ (*Petzold, Orth* 1998; *Petzold* 2004a, 361ff) des Einzelnen und des Kollektivs gewährleistet statt verletzt werden und die Lebensqualität eines „persönlichen Lebensraumes mit persönlichen Dingen und persönlichen Beziehungen und Bindungen“ von *intersubjektiver Qualität* erreicht wird. Hierzu ist es notwendig, das Bewohner möglichst viele wichtige „*belongings*“ (= close or intimate relationship, Britannica) - das sind Dinge, zu denen man Bezug hat, nach denen man sich ggf. sehnt (*to long for*) aus ihrem ursprünglichen Wohn- und Lebensraum in die Hausgemeinschaft mitbringen können – neben Gegenständen auch Pflanzen und Tiere.

² *focolare* = Herd, *focolarini* = die um den Herd Versammelten, die Herdgemeinschaft.

Eine bedeutsame Rolle können und sollten ohnehin in Wohngruppen *Haustiere* darstellen. In unseren ersten Projekten mit Wohngemeinschaften bzw. Wohngruppen alter Menschen Ende der sechziger Jahre in Frankreich haben wir Hunde, Katzen und Vögel in die „Hausgemeinschaft“ integriert. Sie waren wichtige beliebte und geliebte Hausgenossen (Petzold 1969b, c) und wurden schon damals gezielt *in der Therapie* und *als Therapie* eingesetzt – es handelte sich wohl um das erste Projekt mit „*pet therapy*“. Psychotherapeutische Behandlungen wurden durch Bezugstiere gestützt: Haustiere als milieutherapeutischer Faktor (idem 1996a, 481, 491), eine Möglichkeit, die heute glücklicher Weise mehr und mehr Verbreitung findet (de Smet 1998; Dierl 1989; Kuzstrich 1988; Olbriicht 1997). Tiere sind ein mikroökologisches Element in Hausgemeinschaften, die die Umwelt alter Menschen (Wahl et al. 1999) reicher machen und dazu beitragen, dass Wohngemeinschaften, Hausgemeinschaften, Wohngruppen, therapeutische Wohngemeinschaften wirkliche Lebensgemeinschaften mit einer guten Qualität von „Zwischenleiblichkeit“ und „caring“ werden können.

2.1.2 Mehrgenerationenhausgemeinschaften – Zusammenleben von Alt und Jung

Hausgemeinschaften bieten Möglichkeiten der Verbindung von Alt und Jung (Müller 1993), des Zusammenlebens von Kindern und alten Menschen bzw. Hochbetagten. In den von mir inaugurierten Wohngruppen mit alten Menschen in Paris und Düsseldorf habe ich stets darauf Wert gelegt, dass bei Angehörigenbesuchen Enkelkinder und deren kleine Freunde und Frundinnen mitgebracht wurden und auf diese Weise auch für die „Nicht-Enkel-Besitzer“ Möglichkeiten von Kontakt zu Kindern geschaffen wurde durch eine Art „Enkel-Sharing“. Das Ziel, spontane „Affiliationen“ zu fördern, wurde denn auch bestens erreicht. Kinder suchen sich gerne „Wahlverwandtschaften“, einen *Wahlgroßvater* oder eine *Wahlgroßmamma*. In solchen gelebten Beziehungen zwischen den Generationen wird „*intergenerationale Kompetenz*“ (Petzold, Müller 2004a) gefördert, die für das spätere Zusammenleben zwischen den Generationen so bedeutsam ist. In dem von uns wissenschaftlich betreuten Projekt der Niederösterreichischen Landesregierung „Miteinander leben im Pensionistenheim“ (Petzold, Stöckler 1989) haben wir schon in den achtziger Jahren Kindergarten- und Schulkinder zu regelmäßigen Besuchen über ihre Einrichtungen in Besuchsprojekten motivieren können. Die Resultate sind stets positiv für beide Seiten – die Kinder und die alten Menschen, die füreinander „protektive Faktoren“ werden: Kinder erhalten auf diese Weise noch zusätzliche „*significant caring adults*“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004b), alte Menschen gewinnen weitere „*significant caring others*“ – so wichtig für ihr seelisches Wohlbefinden (Müller, Petzold 2003). Heute findet man in den deutschsprachigen Ländern, aber auch in Frankreich vermehrt Projekte, wo Kindergärten nahe bei Altenheimen gebaut werden, Altenheime für Kinder offen sind. Hausgemeinschaften als Lebensgemeinschaften, in denen Alt und Jung zusammenwohnen nach dem Affiliations- bzw. Wahlverwandtschaftsprinzip bilden die natürliche *Mehrgenerationenfamilienstruktur*, in denen die Hominiden seit den Anfängen der Hominisation gelebt haben – über mehr als 82 000 Generationen – und für die sie auch von ihren sozialen Mustern ausgestattet sind. In Zeiten überalterter Gesellschaften mit progredierender *gerontotropher* Dynamik und damit geringem Anteil an Kindern und Jugendlichen (Petzold, Müller 2004b) werden Mehrgenerationenhausgemeinschaften von nicht-verwandten Menschen eine zunehmende Bedeutung gewinnen.

2.2 Wohngruppen

Als Wohngruppen können Gruppen in soziotherapeutischen, pädagogischen und rehabilitativen Einrichtungen angesehen werden, in denen gemeinsames Wohnen und Leben den äußeren Rahmen für weitere rehabilitative und pädagogische Maßnahmen abgeben. Die Wohngruppe ist mehr oder weniger zufällig zusammengestellt, wobei die einzelnen Bewohner mit unterschiedlicher Verweildauer in der Einrichtung bleiben. Sie ist nicht therapeutisch, sondern allenfalls pädagogisch ausgerichtet, wobei therapeutische Effekte möglich sind, aber nicht gezielt angestrebt werden. Das Personal in Wohngruppen hat eindeutig Leitungs- und Aufsichtsfunktionen.

2.3 Therapeutische Gemeinschaft

Die therapeutische Gemeinschaft hat das explizite Ziel, ein therapeutisches Setting bereitzustellen, das aber über den Charakter einer bloßen Wohngruppe hinausgeht. Morenos Hudson-Projekt war geradezu darauf ausgerichtet, Wohngruppen in therapeutische Gemeinschaften umzuwandeln. Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft, wie es in der heutigen Literatur sich durchgesetzt hat, ist als kurz- bis mittelfristige Organisationsform innerhalb von psychiatrischen Einrichtungen anzusehen, in der die Patienten in der unmittelbaren Interaktion mit dem Personal ein therapeutisches Feld finden, in dem ihre Störungen gemindert oder behoben werden können. Rollenunterschiede

zwischen Patient und Staff sowie der einzelnen Staffmitglieder untereinander sollen weitgehend abgebaut bzw. auf die funktionale Kompetenz reduziert werden. Die therapeutische Gemeinschaft schließt immer die Mitarbeit von Fachpersonal ein, das jedoch nicht voll in den Lebenszusammenhang der Patienten integriert wird, d. h. nicht mit ihnen wohnt und gleichsam eine »Familie« bildet. Die therapeutische Gemeinschaft ist keine Wohngemeinschaft. Der Aspekt der Lebensgemeinschaft fällt gänzlich fort, und das *therapeutische* Element der Interaktion steht im Vordergrund (Ploeger 1972).

2.4 Therapeutische Wohngemeinschaft

Das Konzept der therapeutischen Wohngemeinschaft ist eine Radikalisierung des Prinzips der therapeutischen Gemeinschaft. Patienten und Therapeuten stehen nicht nur in einer therapeutischen Beziehung, sondern in einer Wohn- und Lebensgemeinschaft. Die Therapeuten wohnen mit ihren Klienten zusammen, oft unter Verzicht auf einen eigenständigen Privatbereich. Therapeutische Wohngemeinschaften sind deshalb häufig im Bereich von Selbsthilfeprojekten, z. B. in der Drogenarbeit und vereinzelt in der Arbeit mit Psychotikern, zu finden (vgl. Fairweather 1968; Durand-Dassier 1970). Der Unterschied zwischen Patienten und Therapeuten - ganz gleich, ob es Laien oder professionelle Therapeuten sind - ist auf die funktionale Kompetenz reduziert. Die therapeutische Wohngemeinschaft hat mittelfristigen bis langfristigen Charakter. Sie stellt eine in sich relativ geschlossene Einheit dar. Dem gemeinsamen Wohnen, dem gemeinsamen Haus bzw. der gemeinsamen Wohnung kommt besondere Bedeutung zu. Therapeutische Wohngemeinschaften sind in der Regel nicht in Großinstitutionen (z. B. Kliniken, Anstalten) eingegliedert, sondern stehen für sich oder sind in übergeordnete Sozialsysteme (Therapieketten) eingebunden. Bei Projekten, die aus Selbsthilfegruppen hervorgegangen sind, findet sich zuweilen auch eine permanente Lebensgemeinschaft (z. B. bei Synanon, vgl. Yablonsky 1974).

2.5 Therapeutische Wohngruppen

In der therapeutischen Wohngruppe besteht im Unterschied zur therapeutischen Wohngemeinschaft eine klare Rollen- und Funktionstrennung zwischen Therapeuten und Klienten. Die Therapeuten wohnen und leben nicht zusammen mit den Klienten, die ihrerseits aber eine *Wohngemeinschaft* bilden. In der therapeutischen Wohngruppe wird von Zielsetzung und Struktur her psychotherapeutisches, soziotherapeutisches und agogisches Vorgehen verbunden. Sie ist weitgehend geschlossen und von der Verweildauer der Klienten her mittelfristig ausgerichtet. Auch therapeutische Wohngruppen sind in der Regel nicht Teil einer Großinstitution, sondern allenfalls einer solchen angegliedert. In jedem Fall stehen sie in einem übergeordneten Rahmen (Therapiekette) oder Verbundsystem mit anderen Sozialeinrichtungen des Vorfeldes und der Nachsorge. Der größte Teil der nicht-klinischen stationären Einrichtungen der Drogentherapie in der BRD ist dem Typus der therapeutischen Wohngruppe bzw. dem Typ der therapeutischen Wohngemeinschaft zuzuordnen. Die Unterscheidung zwischen therapeutischer Wohngruppe und Wohngemeinschaft ist fließend und nicht immer klar zu bestimmen, besonders wenn professionelle und Lientherapeuten bzw. Ex-User zusammenarbeiten, so daß ein Teil des Personals mit den Klienten in einer Wohn- und Lebensgemeinschaft steht, ein anderer Teil, nämlich die ausgebildeten Therapeuten, partikulär die therapeutische Interaktion im eingegrenzten Rahmen der Einzel- und Gruppentherapie in den Vordergrund stellt.

Die therapeutische Wohngruppe unter dem Typus der therapeutischen Wohngemeinschaft zu subsumieren und dafür verschiedene Wohngemeinschaftsarten zu unterscheiden, wie es Vormann und Heckmann (1980; 1981) tun, ist *ein* Weg, vergibt aber die Möglichkeit einer genaueren terminologischen Spezifizierung. Letztlich sind die Unterschiede in der Intensität und Dauer im Hinblick auf den Aspekt der Lebensgemeinschaft und des miteinander Wohnens zu sehen.

Für den Interventionsstil und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bietet die Unterscheidung Wohngruppe/Wohngemeinschaft wichtige Aspekte. In Wohngemeinschaften ist ein Arbeiten »aus der Abstinenz« nicht möglich. Die direkte unmittelbare Auseinandersetzung aller Beteiligten im »Lebenskontext«, der durch die gemeinsame Wohnsituation gegeben ist, erfordert *self disclosure* (Weiner 1978) und Einlassen auf Situationen. Selbst der von der klassischen Gestalttherapie vertretene Stil des »partiellen Engagements« läßt sich nicht durchhalten. Sind alle Beteiligten in einer Lebenssituation involviert, so führt ein gänzlich oder teilweises Sich-Entziehen einzelner nur zu Störungen. Anders in der therapeutischen Wohngruppe. In ihr sind die Betreuer und Mitarbeiter nur teilweise in das alltägliche Lebensgeschehen einbezogen. Das ermöglicht ihnen, aus einem partiel-

len Engagement heraus zu arbeiten, weil dieses ihrer faktischen Situation entspricht. Eine volle Involvierung wäre nicht angemessen. Sie richtet ein Maß an Nähe auf, das von den Betreuern nicht durchgehalten werden kann und auf seiten der Klienten zu Frustrationen führt. In Selbsthilfegruppen vom Synanon-Typus ist ein hohes Maß an Involvierung notwendig (vgl. *Yablonsky* 1974), die einen entsprechenden Interventions- und Therapiestil erfordert, wie z. B. *attaque therapy* (*Siroka/Siroka/Schloss*, 1972), bzw. einen direkten konfrontativen Gestaltstil mit einem hohen »Self-disclosure«-Anteil. Bei Wohngruppen mit einem mehr konsekutiven, permissiven Ansatz ist der Therapie- und Interaktionsstil durch eine Haltung des »partiellen Engagements« (*Maurer/Petzold*, 1978) gekennzeichnet.

Für den Interaktions- und Interventionsstil geht es immer darum, die Ebene zu finden, die den tatsächlichen Relationen entspricht.

3. Warum Arbeit mit alten Menschen in therapeutischen und nicht-therapeutischen Kollektiven?

Die Frage, warum Kollektive wie die therapeutische Gemeinschaft, Wohngruppe oder Wohngemeinschaft oder deren nicht-therapeutische Varianten für die Arbeit mit alten Menschen meines Erachtens wichtige Möglichkeiten bieten, läßt sich anhand der Ergebnisse moderner sozialgerontologischer Forschung beantworten. Schon 1947 hat *Moreno* die These vertreten, daß der Tod in erster Linie eine soziale Realität sei. Es ist seine Auffassung, daß der Mensch mit seiner sozialen Mikrostruktur lebt und stirbt, daß die Verarmung und Atrophie des »sozialen Atoms«, d. h. der sozialen Struktur, in der die wichtigsten Interaktionspartner für das soziale Rollenspiel eingeschlossen sind, zum »sozialen Tod«, (*social death*) führt.

»Es verändert sich die Konsistenz der sozialen Atome, wenn wir alt werden, besonders die Möglichkeit, verlorene Mitglieder zu ersetzen. Das soziale Atom verändert sich intermittierend, solange wir jung und voller Ressourcen sind. Wenn ein einzelnes Mitglied herausfällt, tritt ein anderes Individuum ein, das eine ähnliche Rolle spielen kann. Ein Freund tritt heraus, und der andere Freund ist schnell durch einen neuen ersetzt. Die soziale Restitution (*social repair*) scheint fast automatisch stattzufinden. . . Wenn wir älter werden, geschieht ein Ersatz von verlorenen Mitgliedern in wesentlichen Rollen mit größeren Schwierigkeiten, ähnlich wie Restitutionen unseres physischen Organismus mit fortschreitendem Alter sich schwieriger gestalten. Eben dies ist das Phänomen des »sozialen« Todes: nicht im Hinblick auf den Körper, nicht im individuellen Sinne der Psyche, nicht wie wir von innen her sterben, sondern wie wir *von außen her* sterben. . . Wenn wir nun diejenigen, die wir lieben oder hassen, überleben, so sterben wir doch ein Stück mit ihnen, wenn wir erleben, wie der Schatten des Todes in unserem sozialen Atom von einem zum anderen schreitet« (*Moreno* 1947; 1960, 63 f).

Inzwischen ist es eine gesicherte Kenntnis der modernen Sozialgerontologie, daß das Alter ein »soziales Schicksal« (*Thomae* 1976) ist. Wir konnten *Morenos* Konzept vom »*social death*« durch eine empirische Untersuchung (*Petzold* 1979c) stützen, und auch Überlegungen zur Rollentheorie des Alters und die Forschung zur Psychologie und Soziologie des Alters (*Tews* 1971; 1976; *Lehr* 1977) zeigen die vielfältigen sozialen Faktoren, insbesondere die Wichtigkeit vitaler sozialer Interaktion, für den Prozeß des Alterns. Der Entzug von sozialen Rollen, ohne daß ausreichend neue Rollenmöglichkeiten bereitgestellt wurden, die Festschreibung auf Rückzugsrollen führt zu einer Reduzierung der Identität. Die Auflösung der Großfamilie und damit die Ausgliederung der alten Menschen aus einem Familienverband bewirkt Ähnliches. Der Verlust an befriedigenden sozialen und emotionalen Beziehungen, an Möglichkeiten, im Rollenspiel zu interagieren, und die Entfremdung von der jüngeren Generation lassen sich vom alten Menschen aus eigener Kraft kaum kompensieren. Vereinsamung, Rückzug und Abbau von vorhandenen Potentialen sind die Konsequenzen. Diese Situation wird auch durch die Aufnahme in Altersheimen herkömmlicher Prägung, d. h. mit weitgehend custodialer oder versorgender Ausrichtung, nicht verändert. Im Gegenteil. Bei custodial geführten Heimen kommt es durch die motorische, sensorische, perzeptuelle und soziale Deprivation zu einer Reduzierung der kognitiven Fähigkeiten, der emotionalen Flexibilität und physischen Aktivität (*Oster* 1976; *Bower* 1967; *Weinstock/Bennet*, 1968; 1969; *Olechowski* 1976), die insgesamt mit einer Reduzierung der Identität gleichbedeutend ist. Es entsteht in solchen Heimen eine »induzierte Regression«, durch die es den Heimbewohnern trotz des faktischen Beieinanderlebens auf engem Raum nicht mehr möglich wird, ihr atrophiertes soziales Atom durch den Aufbau neuer Kernbeziehungen, d.h. Beziehungen von hohem sozio-emotionalen Stellenwert, zu regenerieren.

Aber es geht nicht nur um die Heimsituation. Rosow (1977) kommt aufgrund einer groß angelegten, empirischen Untersuchung über das soziale Milieu alter Menschen und ihrer Beziehungen in der Nachbarschaft zu folgendem deprimierenden Schluß:

»Es gibt keinen wirksamen Ersatz für den Verlust von irgendeiner wichtigeren sozialen Rolle als eine von gleicher Bedeutsamkeit und vergleichbarem Wert. Aus diesem Grunde sind alle die Strategien gegen grundsätzlichen Statusverlust im Alter durch Golden Age Clubs oder die Verherrlichung der Muße im Alter und ähnliche Maßnahmen zum totalen Bankrott verurteilt. Sie mögen vorübergehende Erleichterung bieten, aber sie können Witwenschaft, Pensionierung, schlechte Gesundheit, hohe Abhängigkeit, niederes Einkommen und die sozialen Demütigungen des Alters niemals wirklich kompensieren. Eine Verbesserung der Situation, ja, wirkliche Wiederherstellung, nein« (Rosow 1977,301).

Im Hinblick auf eine Gesellschaft, wie wir sie in den leistungsorientierten westlichen Industrienationen vorfinden, in denen das Alter exiliert wird, trifft diese Feststellung zu. Auch das andere Ergebnis seiner Untersuchung, daß nämlich alte Leute leichter und eher Freunde unter anderen alten Menschen als unter jungen Menschen finden und daß sie deshalb in Gegenden mit vielen alten Menschen eher Freundschaften haben werden, ist naheliegend und wiederum kennzeichnend für die gesellschaftliche Bewertung des Alters. Bedeutsame emotionale Beziehungen und damit sozial hochwertige Rollen können demnach wahrscheinlich am ehesten noch in Kollektiven von alten Menschen entwickelt werden. Eine Gefahr sehe ich allerdings, wenn das dazu führen sollte, daß durch die Bildung von Altenstädten oder Altenstadtteilen die Exilierung des Alters noch weiter zementiert würde. Wohnkollektive alter Menschen sollten in lebendige soziale Felder integriert sein, so daß auch ein Austausch mit anderen Generationen möglich wird - und ein solcher kann sehr fruchtbar und lebendig sein (Laschinsky/Petzold/Rinast, 1979). Kollektive bieten die Chance, den Rollen- und Statusverlust, den alte Menschen hinnehmen müssen, zumindest teilweise wirkungsvoll zu kompensieren. Sie entbinden nicht von der Aufgabe, das gesamtgesellschaftliche Bewußtsein gegenüber dem Alter anzugehen und zu verändern.

Zur Hospitalisierung im Heim und zur »Hospitalisierung im Alltagsleben« (Petzold/Bubolz, 1976) bieten meines Erachtens Kollektive, wie ich sie im voranstehenden Abschnitt beschrieben habe, eine sinnvolle und effektive Alternative. Sie vermögen dem alten Menschen neue Interaktionspartner zu vermitteln, geben ihm neue Möglichkeiten des sozialen Rollenspiels und der intensiven persönlichen Beziehung. Es wird ein bedeutungsvolles psychosoziales Netzwerk aufgebaut, das die persönliche Identität stützt und festigt. Wenn in derartigen Kollektiven überdies Verfahren psychologischer Gruppenarbeit, wie z. B. dramatischer Therapie, eingesetzt werden - und dies scheint uns für den Aufbau von Wohngruppen und Wohngemeinschaften sehr förderlich und von therapeutischen Wohnkollektiven geradezu unerlässlich -, so kann man sicher mit den Resultaten eines »social repair« (Moreno 1947) rechnen. Die Regeneration der individuellen sozialen Mikrostruktur, des »sozialen Atoms«, durch derartige Intervention konnte empirisch belegt werden (Petzold 1979c).

4. Zur Geschichte therapeutischer Wohnkollektive mit alten Menschen

Die Pflege und Betreuung alter Menschen, sofern sie nicht in ihren Familien versorgt wurden, geschah schon in vorchristlicher Zeit im Rahmen von Maßnahmen zur Kranken- und Armenpflege (Bolkerstein 1939), und auch in christlicher Zeit wurden in den Fremden- und Armenherbergen ξενοδοχείον alte Menschen mitversorgt (Liese 1922; Meffert 1927; Ratzinger 1884). Die Armenpflege war vielfach mit Altenpflege gleichbedeutend, da die Population der Armen zu einem großen Teil aus alten und siechen Menschen bestand, die für ihren Lebensunterhalt nicht mehr selbst sorgen konnten. Schon früh ging man daran, die Ärmsten der Armen in Kollektiven zusammenzufassen. Eine der bedeutendsten Einrichtungen dieser Art ist das von *Basilius dem Großen* um 370 in Caesarea gegründete Versorgungshaus, die »Basilius«, in dem Kranke, Arme, Fremde, Greise und Geisteskranke Aufnahme und Pflege fanden (Sozomenos, Hist. eccl. IV, 34). »Er bringt die vom Hunger Gequälten, Leute, die nur noch schwach atmen, Männer und Weiber, Kinder und Greise, Unglückliche jeden Alters an einem Ort zusammen« (Gregor von Nazianz, Or. 43, c. 35). *Basilius* hatte für die Ausgestoßenen, die vor den Toren der Stadt ein erbärmliches Dasein fristeten, ein großes Hospiz eingerichtet mit Wohnungen für Priester, Ärzte, Krankenwärter, Werkstätten, so daß *Gregor von Nazianz* in seiner Totenrede für ihn sagen konnte: »Geh ein klein wenig hinaus vor die Stadt und schau die neue Stadt. . . Es bietet sich uns nicht mehr der schreckliche und erbärmliche Anblick von Menschen kurz vor dem Sterben, die meisten Glieder des Leibes schon abgestorben, ausgeschlos-

sen aus den Städten, Häusern, von öffentlichen Plätzen und Brunnen, selbst von ihren besten Freunden ferngehalten . . . « *Basilios* »hat uns am besten von allen gesagt, daß wir Menschen sind und deshalb Menschen nicht verachten dürfen« (ibid. c. 63). Während *Basilios* den Metropolitansitz von Cäsarea innehatte, hatte er veranlaßt, daß auch auf dem Lande und in den kleineren Städten *Spitäler* für die Armen, Alten und Kranken eingerichtet wurden (Bas. ep. 142, 143, vgl. *Giet* 1941). In der Folgezeit findet man im gesamten Orient derartige Spitäler, die zumeist Klöstern angegliedert waren, sich bei den Zellen von Anachoreten oder den Mandren von Säulenstehern fanden (*Petzold* 1972; *Vööbus* 1947). In der Vita des *Rabbula* (+ 436), Bischof von Edessa, die um 450 abgefaßt wurde, finden wir ein solches Spital beschrieben: »Auch Verwöhnte hätten die Speisen nicht verschmäht, die den Siechen durch seine (des Rabbulas) fürsorgenden Befehle zubereitet wurden. Niemand käme auf den Gedanken, daß hier Versehrte und Sieche lägen, denn nichts war verwahrlost, sondern es herrschte auf seine Anordnung hin größte Sorgfalt und Reinlichkeit. Die Betten boten durch weiche, ausgebreitete Decken einen freundlichen Anblick und man konnte weder in ihnen noch sonst wo schmutziges oder verbrauchtes Bettzeug sehen« (in: *Overbeck* 1865). Auch gab es offenbar eigene Krankenpfleger, die »den Dienst versahen, die Kranken in der Nacht zu waschen« (*Land* 1862 11, 237). Die Alten-, Kranken- und Armenpflege, in der Regel in ein und derselben Einrichtung ausgeübt, wurde aber auch in einigen großen Hospitälern differenziert. So finden wir in dem vom Kaiser *Joannes II Comnenos* (1118-1143) gegründeten Pantokrator-Kloster in Konstantinopel bzw. in dem diesem angeschlossenen Hospital verschiedene Abteilungen. Eine für Frauen, ein Ambulatorium, einen Bereich für Epileptiker und Irre und ein *Greisenhaus*, sowie eine medizinische Schule (*Schreiber* 1948). Die Verhältnisse in dieser bedeutendsten sozialen Einrichtung der byzantinischen Zeit wurden durch ein Typikon des Kaisers genau geregelt (*Lampros* 1908).

Im Abendland wurden Häuser für Arme und Kranke in der Regel an den Bischofssitzen errichtet. Hier fanden auch alte Menschen Aufnahme. Eine Spezialisierung aber setzt erst mit dem 12. Jahrhundert ein. Wohl eines der ältesten Altenheime ist das 1180 gegründete Heiliggeist-Spital in Ulm. »Es ist die letzte Zufluchtstätte für Verarmte, zur Arbeit unfähige alte Bürger männlichen und weiblichen Geschlechtes« (*Vincentz* 1971). Das Heiliggeist-Hospital in Lübeck, um 1280 erbaut, diente fast 700 Jahre, bis 1970, als Altenheim. Auch dem seit 1204 in München bestehenden Heiliggeist-Hospital, das ein Waisenhaus, eine Gebäranstalt und eine Irrenanstalt umfaßte, war ein Greisenhaus angegliedert, und jeder verarmte alte Bürger von München hatte Anspruch auf Aufnahme. Die Heilig-Geist-Spitäler und die Stifte und Häuser der Hospitaliter, d. h. der Krankenpflege-Orden, hatten während des gesamten Mittelalters die Betreuung alter Menschen in Händen (*Reike* 1932). Weitere Einrichtungen für alte Menschen sind die Beginen-Häuser, die »Gottesbuden«, die 1594 in Ahrensburg, Holstein, für alte Menschen eingerichtet wurden und heute noch bestehen, ähnlich wie die um 1528 in Augsburg gegründete Fuggerei (*Vincentz* 1971). Die Spitäler waren rein custodial geführt und von der Einstellung und Haltung der Kranken- und Pflegeorden bestimmt. Die alten Menschen waren in großen Sälen untergebracht, die zum Teil in kleine Boxen unterteilt waren. Das gottesdienstliche Leben stellte vielfach einen gewissen Mittelpunkt dar, und zum Teil bildeten die Pfleglinge selbst eine Genossenschaft mit besonderer Regel (*Thomassin* 1679, c. 91, n. 1.23). Mit dem Übergang der Altenfürsorge von den kirchlichen Trägern auf die Gemeinde, mit dem Zurücktreten der geistlichen Ärzte und der aufkommenden Herrschaft der Mediziner (*Delaunay* 1948) veränderte sich die Situation in der Altenfürsorge. Die großen französischen Hospize, das *Hotel de Dieu* in Paris (3000 Betten) und die *Salpêtrière* (8000 Betten, davon 2000 alte Menschen), stellen hier nur eine sehr inhumane Zwischenphase dar. Ruhe und Ordnung wurden in diesen Großkrankenhäusern und Siechenheimen mit zum Teil brutalen Mitteln durchgesetzt (*Foucault* 1973; 1976). Die Wohlfahrtsverbände, die sich im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bildeten, sind zu weiteren Trägern von Altenheimen geworden. Ein Werk, das hier erwähnt werden soll, ist das von *Gustav Werner*, der den Versuch machte, verschiedene Anstalten mit Manufakturen zu kombinieren, damit die Bewohner der Heime zu ihrem eigenen Lebensunterhalt und zur Unterhaltung der Einrichtungen beitragen sollten. Sie sollten so lange wie möglich für das Haus oder im Hause arbeiten und auch die Pflege der Bettlägerigen mit übernehmen. Obgleich dieser Ansatz sicher nicht nur humanitären Überlegungen entsprang, wird hier das Prinzip der Aktivität konsequent vertreten (*Wurster* 1887; *Kraus* 1959).

Im 20. Jahrhundert finden wir eine wesentliche Verbesserung der Situation alter Menschen, indem besser ausgestattete Kollektive, z. B. Altersheime, Altenwohnheime, eingerichtet werden, aber erst seit Mitte der 50er Jahre wird auf breiter Basis an dem adäquaten Ausbau derartiger Einrichtungen gearbeitet, und wir sind noch weit entfernt davon - sowohl, was die räumliche Unterbringung als auch, was die personelle Besetzung anbelangt -, in diesem Sektor menschenwürdige Verhältnisse

zu haben. Die meisten Einrichtungen sind derzeit noch mäßig ausgestattete »Abstellhäuser«, einige von ihnen komfortable Stätten der Aussonderung aus dem gesellschaftlichen Leben.

In der beschriebenen historischen Entwicklung zeigte sich charakteristischerweise die Tendenz dazu, alte Menschen in Kollektiven zusammenzufassen. Dabei wurden diese Kollektive »von außen«, von »den Jüngeren« reglementiert. Der alte Mensch kam als Hilfloser, Kranker, Siecher und war der Gnade und Barmherzigkeit der geistlichen und weltlichen Stifter ausgeliefert - daran hat sich bis heute wenig geändert. Er hatte sich dem gegebenen Reglement zu beugen, seine persönlichen Bedürfnisse auf ein Minimum einzuschränken, aber er verhungerte nicht und hatte ein Minimum an Pflege. Dies war immer noch besser, als vor den Toren zu verenden oder ausgesetzt zu werden, wie es bei vielen Naturvölkern bis in die jüngste Zeit praktiziert wurde (*Koty 1934*).

Wenn sich an der Situation, daß der alte Mensch in den offiziellen Kollektiven zum Dahindämmern, zu Inaktivität, zur Reduktion in allen Bereichen verurteilt ist, noch nicht sehr viel geändert hat (vgl. *Petzold 1985a S. 553 ff*), so muß man daran denken, daß hier eine *jahrhundertalte* Tradition vorliegt, die sich festschreibt und die kaum zu durchbrechen ist, eine Tradition, die massiver und eingewurzelter ist als die der Irrenpflege. Seit der Zeit *Pinels* sind Veränderungen auch nur sehr langsam in Gang gekommen, und Impulse wie die von *Maxwell Jones (1973)* oder der antipsychiatrischen Bewegung (*Laing, Bassaglia, Cooper*) werden nur zögernd aufgenommen. Innovative Konzepte wie das der therapeutischen Gemeinschaft oder Wohngemeinschaft haben in die Arbeit mit alten Menschen bisher kaum Eingang gefunden. Erst im Rahmen einer angewandten, interventionorientierten Gerontologie (*Lehr 1979; Petzold 1979k*) beginnt sich die Situation etwas zu wandeln und fand das Konzept der therapeutischen Wohngemeinschaft seit der Mitte der sechziger Jahre Eingang in die Einrichtungen der Altenarbeit, und zwar häufig in Verbindung mit milieutherapeutischen Maßnahmen (*Gottesman 1973; Khahana 1973; Stotsky 1970*).

Einer der ersten Versuche wurde von *Kubie und Landau (1953)* am Hudson Center, New York City, gemacht. Sie nahmen damit das Design späterer »holistischer« Programme (*Berger/Berger, 1971*) vorweg. Das Zentrum, eine Altentagesstätte, war dadurch charakterisiert, daß die Klienten freiwillig kamen und den Tag mit Gruppenarbeit und verschiedensten Aktivitäten verbrachten. Dabei wurden therapeutische Probleme manifest: Gefühle der Angst, Hilflosigkeit und Unsicherheit. Die Gruppenarbeit führte zur Entwicklung einer *Selbstverwaltung* des Hudson Centers durch die alten Leute selbst. Die Idee des »Patient Government« ist für das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft im Sinne *M. Jones* zentral. Allerdings finden sich nur wenige Mitteilungen über derartige Projekte. *Williams (1972)* berichtet aus dem Jacksonville State Hospital, Illinois, in dem Zug um Zug in verschiedenen Stationen das Self-Government-Prinzip eingeführt wurde. Trotz anfänglicher Ängstlichkeit und Unsicherheit nahmen zum Teil langjährig hospitalisierte oder schwerst- bzw. mehrfachbehinderte geriatrische Patienten im siebten und achten Lebensjahrzehnt die Aufgaben der Stationsverwaltung wahr, bei denen sie zunächst vom Personal unterstützt wurden, dann aber immer selbständiger mit den anfallenden Aufgaben umgehen konnten. Dabei konnte festgestellt werden, daß eine erhebliche Aktivierung eintrat und besonders die als »ward officers« fungierenden Patienten zu einem großen Teil wieder entlassen werden konnten und somit einer Dauerhospitalisierung entgingen. Selbst auf den chronischen Stationen konnte die Selbstverwaltung eingeführt werden. *Goffman (1961, S. 96-97)* hat über verschiedene Self-Government-Initiativen in psychiatrischen Krankenhäusern berichtet, allerdings nicht spezifisch über den geriatrischen Bereich. Natürlich ist das »resident government« nur ein Schritt auf dem Wege zu einer therapeutischen Gemeinschaft, allerdings ein wichtiger, wie *Atlas und Morris (1971)* in ihrem Bericht über die Einrichtung eines Resident Council in einem regionalen Altenheim zeigen konnten. »Der Gruppenprozeß half, den regressiven Aspekten des Lebens in diesem Setting entgegenzuwirken. Veränderungen konnten auf drei Dimensionen erreicht werden: die Entwicklung effektiver Interaktionsfertigkeiten zwischen den Bewohnern, die Entwicklung effektiver Kommunikation mit dem Personal und der Verwaltung, und ein Erreichen des Ziels, daß die Institution und ihre Bewohner stärker ins öffentliche Bewußtsein rücken« (*Atlas/Morris, 1971,57*). Die Mitwirkung von Heimbewohnern an der Verwaltung und Gestaltung des Heimlebens ist auch in Deutschland seit längerer Zeit in Diskussion. Eine fundierte Übersicht mit programmatischen Modellen hat *G. Haag 1974* gegeben. Allerdings sieht es, obwohl 5 Jahre vergangen sind [1979], mit der Umsetzung in die Praxis auf breiter Basis betrüblich aus.

Grauer (1971) diskutiert den Ansatz der therapeutischen Gemeinschaft für Einrichtungen der Altenarbeit und berichtet über eigene Erfahrungen in einem Heim und auf einer geriatrischen Station. Wieder sind die Einführung der therapeutischen Gemeinschaft und die Durchführung gruppentherapeutischer Veranstaltungen eng aneinandergelockt. Er betont, daß die alten Menschen nicht

überfordert werden dürfen, was ihre Fähigkeit zur Aktivität, zur Partizipation anbelangt. Die Intensität therapeutischer Gemeinschaften wird gerade in der Arbeit mit alten Menschen variieren, weil zwischen der Klientel eines Altenwohnheimes, eines Siechenheimes, einer geriatrischen Station mit chronischen psychiatrischen Patienten oder einem Heim für Hochbetagte erhebliche Unterschiede in der persönlichen und sozialen Kompetenz und Leistungsfähigkeit bestehen. Dennoch darf man die Abhängigkeit von Milieu und Ich-Stärke nicht unterschätzen (*Cumming/Cumming*, 1962; *Nahe-mow/Lawton*, 1973; *Lehr* 1976; *Lehr/Olbrich*, 1976). Hospitalisierungseffekte durch die Einrichtung therapeutischer Gemeinschaften zu mindern oder zu beseitigen erfordert Zeit und Geduld, denn es läßt sich nicht, wie *Grauer* zeigen konnte, ein über Jahre aufgebautes negatives Selbstkonzept in kurzer Zeit ändern.

Aus der Bezirksnervenklinik Uchtsprunge (DDR) berichtet *Siegbert Oechel* (1977) über Bemühungen, unter dem Einsatz von gruppenpsychotherapeutischen Methoden das Prinzip der therapeutischen Gemeinschaft in die Geropsychiatrie einzuführen. Er hält sie besonders wichtig für »Stationsgemeinschaften von geriatrischen Langzeitpatienten, bei denen aufgrund des ungünstigen Krankheitsverlaufs eine Rückführung in extramurale Lebensbezüge nicht in Frage kommt, deren Erlebnisfähigkeit aber noch nicht gänzlich erloschen ist« (ibid. 32). Auch er mißt der Beseitigung von Hospitalisierungsartefakten große Bedeutung zu und kommt aufgrund der seit 1968 gesammelten Erfahrungen zu der Schlußfolgerung:

- 1) Der Kontaktarmut und Vereinsamung der Patienten ist mit somatischen Interventionen und passiver Unterhaltung nicht wirksam zu begegnen;
- 2) eine den Augenblick überdauernde psychische Einflußnahme ist selbst bei Alterspatienten möglich;
- 3) auffällige Verhaltensweisen signalisieren oft den Wunsch nach Kontakten;
- 4) emotionales Erleben und Verständnisfähigkeit werden oft wegen des stärker beeinträchtigten verbalen und affektiven Ausdrucksvermögens unterschätzt (ibid. S. 35).

Hier bietet die therapeutische Gemeinschaft und die in ihr praktizierte Gruppentherapie gute Interventionsmöglichkeiten, wenn das Gesamtsetting entsprechend strukturiert wird und durch Mitarbeiterfortbildung folgende Erfahrungen vermittelt werden:

- 1) Altersdemente sind ebenso wie Kleinkinder den Affekten ihrer Umgebung unmittelbar ausgesetzt, da sie nicht mehr fähig sind, eigene Fehlhaltung reflektierend zu erkennen;
- 2) da auch das bei vielen Langzeit-Hospitalisierten mögliche Lernen realitätsangepaßteren Verhaltens über Emotionen geschieht, widerspräche es dem Prinzip der Partnerschaft, Fehlverhalten in jedem Falle unter Verzicht auf Auseinandersetzung hinzunehmen.
- 3) Überprotektives Verhalten wirkt auf die Patienten einengend. Anzustreben ist, den Kranken bis an die Grenze seines Leistungsvermögens zu führen.
- 4) Alle Pflegekräfte müssen bewußt eine Haltung einnehmen, die von den meisten Patienten zunächst nicht erwünscht ist, da Partnerschaft mit Aufgabe regressiver Geborgenheitswünsche verbunden ist und die zurückgewonnenen Freiheitsgrade anfangs Verunsicherung und Angst erzeugen können (ibid.).

Hier werden Konzepte vertreten und praktiziert, die nicht den verbreiteten Stereotypen über die Alterspsychiatrie und -psychotherapie verhaftet sind, Negativklischees, die selbst von Vertretern der therapeutischen Gemeinschaft aufrechterhalten werden (*Veltin* 1968).

Über Kollektive von gesunden alten Menschen in Wohnheimen, Altensiedlungen, Appartementhäusern für alte Menschen liegt eine Reihe von Berichten vor (*Hochschild* 1973). Insbesondere das Dorf Neve Avot in Israel bietet interessante und vorbildliche Modelle (*Pilz* 1976) oder das »Heim am Kappelberg« in Stuttgart (*Hummel* 1979). Es soll dieser Bereich nicht weiter dargestellt werden. Ich hoffe aber, daß die bisher aufgezeigte Linie der Tradition und einiger markanter Projekte zeigt, wie »alt« das Konzept der Wohnkollektive von alten Menschen ist und wie sehr wir dennoch in diesem Bereich am Anfang stehen³.

³ Fußnote von 1985: Seit der Abfassung dieses Beitrags [geschrieben 1979, publ. 1980] ist über verschiedene Initiativen zu »alternativen Wohnformen« für alte Menschen berichtet worden und hat das Wohngemeinschaftskonzept eine gewisse Aufmerksamkeit erhalten - insgesamt leider noch zu wenig. Es sei auf einige Arbeiten hingewiesen: *Behrens* (1984), *Dietrich* (1984), *KDA-Institut* (1983), *Hummel* (1982; 1984), *Lotze* (1984), *Nieder* (1984), *Fengler et al.* (1984), *Runge* (1984), *Stolarz*, *Winter* (1984), *Curley* (1983), *Peace* (1983), *Schmidt* (1983), *Streib* (1982).

4.1 Quellen für meine Arbeit in Kollektiven mit alten Menschen

Neben der Auseinandersetzung mit dem Werk J. L. Morenos (1934; 1953) und seinen Konzepten zur therapeutischen Gemeinschaft und den Arbeiten von Maxwell Jones (1953; 1968) waren es vor allem praktische Erfahrungen, die mir den Zugang zur Arbeit in Wohngemeinschaften und Wohngruppen eröffneten und die ich in die Arbeit mit alten Menschen übertragen konnte.

Erste Eindrücke erhielt ich durch die Arbeit V. N. Iljines in einem russischen Altersheim bei Paris in den Jahren 1964-1969 sowie in einer Wohngemeinschaft alter Ukrainer in der Rue Vaugirad, die von Iljine betreut wurde (Petzold 1979).

Ein weiterer starker Eindruck war für mich ein mehrwöchiger Aufenthalt 1968 in Daytop Village, New York, einer Selbsthilfe-Organisation von Drogenabhängigen für Drogenabhängige, sowie der Besuch zahlreicher therapeutischer Gemeinschaften für Drogenabhängige und Alkoholiker in den Vereinigten Staaten in den Jahren 1968-1972 (vgl. Petzold 1974b). Die Erfahrungen bei Daytop führten mich dazu, selbst eine therapeutische Wohngemeinschaft für Drogenabhängige 1968 ins Leben zu rufen: »Les quatre pas« (Petzold 1969, 1974b). Dieses erste »Four-Steps-Haus« war eine therapeutische Wohngemeinschaft, in der das harte Daytop-Prinzip für die ersten beiden Stufen angewandt wurde und dann ein starkes emanzipatorisches Vorgehen ins Zentrum rückte, wie die damals von mir und der Gruppe in diesem Kollektiv erarbeitete „Four Steps Philosophy“ zum Ausdruck bringt, die noch ganz von der Emphase des Geistes des Jahres 1968 getragen war.

Der schlecht zugängliche Text dieser „philosophy“ sei als Dokument hier nochmals abgedruckt:

LES QUATRE PAS – Vier Schritte – Four Steps

»Vier Schritte sind notwendig, um Dich zu finden, um Menschen zu begegnen und die Welt in den Händen zu haben. Vier Schritte mußt Du tun auf einem neuen Weg mit neuen Zielen, auf unserem Weg. Vier Schritte mußt Du gehen – a l l e i n e aber nicht e i n s a m. Wir sind mit auf dem Weg.

1. Schritt: Aus Deinem alten Leben – ENTSCHIEDUNG

Du mußt heraustreten aus Deinem Leben der Selbsterstörung, der Gebundenheit, der Flucht, der falschen Träume. Es ist nicht leicht, alles zurückzulassen, aber es ist fast unerträglich zu erkennen, daß man gar nichts besitzt. Du kommst zu uns mit leeren Händen; und wenn wir Dir Deine letzte Maske wegnehmen, stehst Du nackt da, ein kleines, hilfloses Kind. Dann mußt Du Dich e n t s c h e i d e n, ob Du einen Schritt vorwärts wagst. Hinter Dir liegt ein Abgrund. Täusche Dich nicht!

2. Schritt: In die Gemeinschaft – BEGEGNUNG

Es ist ein Wagnis, sich auszuliefern. Wir stehen im Zentrum. Du bist ein Teil von uns. Wir wollen Dich ganz aufnehmen, aber auch Du mußt uns rückhaltlos annehmen. Du mußt jedem von uns b e g e g n e n, ohne Maske, ohne falsche Rolle. Erst dann kannst Du Dich finden. Wir sind Deine Spiegel. Schau uns an! Das bist Du.

3. Schritt: Zu Dir selbst - WACHSTUM

Du beginnst Dich zu entdecken. Vieles ist schmerzlich, aber es ist D e i n Schmerz, manches ist abstoßend, aber es ist D e i n e Häßlichkeit. Oft wirst Du fliehen wollen, aber Du wirst erfahren, daß es vor sich selbst kein Entkommen gibt. Erst wenn Du zu Dir stehst, so wie Du bist, hast Du festen Grund gefunden, auf dem Du w a c h s e n kannst.

4. Schritt: Auf die Welt zu – VERANTWORTUNG

Wir, Du und Ich, stehen in der Welt. Die Welt ist unser Haus, ein Haus aus Wind, Blumen, Maschinen und Menschen. Die Welt ist unsere Sache, die Menschen sind unsere Sache, die Maschinen sind unsere Sache, die Blumen sind unsere Sache. Die Welt braucht Deine Hände, Deine Gedanken, Deine Freude. Die Welt braucht uns alle, Dich und mich. Miteinander werden wir das Haus schmücken. Gegeneinander werden wir es zerstören. Nimm Deine V e r a n t w o r t u n g! Du kannst sie tragen.« (H. Petzold und die WG-Bewohner Frühjahr 1968 noch vor den Maiunruhen, an denen die WG teilnahm, 1969c, repr. 1974I, 524f):.

Der Text zeigt, wie zeitgebunden, zeitgeistbestimmt Leitlinien sein können, ja müssen, gehen sie doch aus dem Lebensgefühl von konkreten Menschen in konkreten „sozialen Welten“ mit ihren Möglichkeiten und Grenzen, Chancen, Konflikten, Belastungen, Ressourcen und Potentialen hervor

(Petzold 1989f, 2003b). Er verdeutlicht, wie wichtig es ist, solche Prinzipien in jedem Kontext mit allen Beteiligten in einer sinnstiftenden Weise zu reformulieren, bis sie „passen“.

Sowohl das Daytop-Modell als auch das Vierstufen-Modell brachte ich später [1971] nach Deutschland, wo ich den Aufbau des ersten Daytop-Hauses konzipierte und an der Einrichtung mehrerer Four-Steps-Häuser mitwirkte.

Zwei Jahre Arbeit in »Les quatre pas« mit einer Gruppe von durchschnittlich 12 Abhängigen haben mir die Dynamik und das therapeutische Potential der therapeutischen Gemeinschaft und der therapeutischen Wohngruppe unmittelbar erlebbar gemacht. Natürlich waren die in der Arbeit mit Suchtkranken gewonnenen Erfahrungen, bei denen es sich durchweg um Jugendliche zwischen 16 und 28 Jahren handelte, nicht ohne weiteres auf die Arbeit mit alten Menschen zu übertragen. Die Arbeit mit Süchtigen ist in erster Linie Arbeit mit *kranken* Menschen. Die Arbeit mit alten Menschen geht weit über das hinaus, was eine Therapie, die am medizinischen Krankheitsmodell orientiert ist, zu leisten vermag. Therapeutische Ansätze, die die Persönlichkeitsentwicklung ins Zentrum stellen und nicht nur reparative Ausrichtung haben, wie das therapeutische Theater *Iljines*, das Psychodrama *Morenos* oder die Gestalttherapie von *F. S. Perls*, vermochten hier wichtige Inspiration zu geben. Insbesondere das *Perlssche* Modell des »Gestalt Kibbuz«, das der Begründer der Gestalttherapie gegen Ende seines Lebens am Lake Cowichan verwirklichte, bot mir für die Arbeit mit »gesunden« alten Menschen wichtige Anregungen. 1969 konnte ich im *Perlsschen* »Kibbuz« mehrere Wochen in Cowichan verbringen (Petzold 1970). Der Gestalt-Kibbuz stellt eine Lebens-, Lern- und Therapiegemeinschaft dar. Er war ein Ort, der dazu bestimmt war, Menschen einen Freiraum zur Selbstverwirklichung zu geben, ihnen einen Kontext bereitzustellen, in dem sie »real people« werden konnten (Stevens 1970). *Barry Stevens* hat beschrieben, wie das Leben im Gestalt-Kibbuz auf sie mit ihren über 70 Jahren gewirkt hat. Die Gestalt-Community, die *mehr* als eine therapeutische Gemeinschaft ist und sein will, basiert auf den Prinzipien der direkten Kommunikation, der persönlichen Authentizität und Offenheit, der Selbstregulation (d. h. dem Auffinden und Folgen des eigenen Rhythmus), der natürlichen Lebensweise, in der zwischenmenschlicher Kontakt, manuelle Arbeit und geistiger Austausch integriert sind. Die Integration der Persönlichkeit steht im Zentrum des gestalttherapeutischen Ansatzes. Die Gestalt-Community intendiert nicht nur eine Integration »nach innen«, sondern Integration in und mit dem Umfeld. *Perls* (1969) beschließt seine Autobiographie mit dem Satz »*there is no end to integration*«. Ich habe das Klima im Gestalt-Kibbuz aber nicht nur integrativ, sondern auch produktiv erfahren, als zu kreativem Tun stimulierend, als aktivierend, eine Spiralbewegung in Gang setzend, die von innen nach außen und wieder nach innen führt und die mich das *Perlssche* Diktum ergänzen ließ; »*There is no end to integration and there is no end to creation*« (Petzold 1970).

Die Idee des Gestalt-Kibbuz, der Gestalt-Communities, die in den 70er Jahren als Wohngruppen, Wohngemeinschaften im Sinne von Lebensgemeinschaften, aber auch als therapeutische Wohngemeinschaften entstanden sind, hat auf die Entwicklung der Wohngemeinschaftsarbeit mit drogenabhängigen Jugendlichen in Deutschland erheblichen Einfluß gewonnen, allein durch den Umstand, daß ein großer Teil der in diesen therapeutischen Gemeinschaften arbeitenden Therapeuten bei mir und meinen MitarbeiterInnen eine Integrative Ausbildung durchlaufen hatten, die Gestalttherapie und psychodramatische Methoden umfaßte. Für die Wohngruppenarbeit mit alten Menschen hatte über die genannten Faktoren hinaus damals noch das Beispiel von *F. S. Perls* selbst und von *Barry Stevens* sowie einiger anderer älterer »Gestaltists« einen besonders nachhaltigen Eindruck auf mich gemacht. Ein faszinierender Aspekt der Gestalt-Community war auch darin zu sehen, daß alte Menschen, junge Menschen und Kinder in die Gemeinschaft integriert waren, eine Konstellation, die ich für die Wohngruppenarbeit mit alten Menschen als geradezu ideal ansehe, die aber nicht immer einfach zu realisieren ist. Die Gestalt-Idee als verbindendes Element hatte hierfür seinerzeit für mich eine große Bedeutung, da ich – anders als *Perls* – schon damals den Hier-und-Jetzt-Begriff als eine ideologische Verkürzung ansah und durch die zeittheoretischen Überlegungen *Augustins* (Conf. c. 11) und die Lebenslaufperspektive bei *Cicero*, *Musonius* und *Plutarch* in ihren Schriften (Petzold, Müller 2004b) über das Greisenalter das Leben als »Zeitgestalt« sah, das unter einer Perspektive der »Lebensspanne« betrachtet werden musste. Die »Gestalt Community« hatte durch ihren Anspruch, ein »Lebenskonzept« zu sein, das sich in dem Satz »*encounter of I and Thou in the Here and Now*« (*Perls* 1980) zusammenfassen läßt, vorübergehend zur Ausbildung einer Bewegung geführt, die eine weltanschauliche Entscheidung erfordert, nämlich nach den oben beschriebenen Prinzipien als »Gestaltist« zu leben. Nach dem Tode von *Perls* trug das Modell aber nicht durch – wohl auch durch den extremen Individualismus im *Perlsschen* Ansatz und das gänzliche Fehlen eines tragenden Sinnkonzeptes in der Gestalttherapie (vgl. jetzt *Mehrgardt* in: *Petzold, Orth* 2004a),

was immer wieder Rekurse auf New Age-Ideen oder „blendings“ mit christlichen oder buddhistischen Ideen unter Gestalttherapeuten zur Folge hatte (vgl. *Petzold* 1983a, *Petzold, Orth* 1999). In weniger weltanschaulicher Ausrichtung aber können Prinzipien aus der „Gestalt Community“, besonders, wenn sie durch die Integrative Zeittheorie (*Petzold* 1981e) und das über das dyadologische „I and Thou in the Here and Now“ hinausgehende POLYLOG-Konzept (*Petzold* 1971, 2001b) der Integrativen Therapie sowie ihr polyprismatisches Sinnkonzept als „Wegerfahrung“ (*Petzold, Orth* 2004b) angereichert wird, auch und gerade in der Arbeit mit alten Menschen Anwendung finden.

5. Erfahrungen

Natürlich lassen sich die Erfahrungen, die in so unterschiedlichen Kontexten wie in Wohngruppen in der Therapie mit alten Menschen oder in Kinderhäusern oder in Einrichtungen für Suchtkranke gemacht wurden, nicht vereinheitlichen, sondern müssen jeweils differentiell ausgewertet werden (vgl. *Petzold* 1974b, *Petzold, Vormann* 1980). Hier wird auf den sozialgerontologischen Bereich zentriert.

5.1 Einrichtung einer »therapeutischen Gemeinschaft« in der Heimsituation

Die Arbeit, die ich bei *Iljine* in Altersheimen mit russischen Emigranten kennengelernt habe, war nicht gezielt darauf gerichtet, das Heim in eine therapeutische Gemeinschaft zu transformieren, sondern darauf, für Heimbewohner mit Schwierigkeiten und psychischen Erkrankungen therapeutische Möglichkeiten durch Gruppentherapie mit dem »Therapeutischen Theater« bereitzustellen, sowie für die übrigen Heimbewohner Möglichkeiten der Selbsterfahrung, des kreativen Selbsterlebens, des Selbstaudrucks sowie eine Verbesserung der Kommunikation zu bieten (*Petzold* 1979k). Da die Gruppensitzungen für jedermann offenstanden und auch das Personal an ihnen teilnahm, ergab sich im Laufe der Jahre in dem 50 Plätze umfassenden Heim eine völlige Verwandlung des »Klimas«. Der zunächst sehr distanzierte und formale Interaktionsstil der alten Menschen untereinander, aber auch zwischen Pflegepersonal und Heimbewohnern verwandelte sich in eine herzliche offene Umgangsform, in der angstfrei über alle Schwierigkeiten gesprochen werden konnte und auch aggressive Auseinandersetzungen möglich wurden. Wesentlich zu dieser Entwicklung trug bei, daß die Mitarbeiter einen direkteren und unmittelbareren Bezug zum Lebensschicksal der Heimbewohner erhielten. Durch die szenische Darstellung von relevanten biografischen Ereignissen wurden die alten Menschen als Personen deutlich. Schwere Zeiten, belastende Ereignisse wurden nicht mehr auf der Ebene von »Klageliedern« und Nörgeleien an das Personal herangetragen, sondern auf einer Ebene existentieller Berührung. Das Mitspielen in den Szenen des Therapeutischen Theaters eröffnete für alle Beteiligten einen neuen Verständnishorizont. Dadurch, daß auch von seiten des Personals persönliche Konflikte und Schwierigkeiten eingebracht wurden, verminderte sich das Rollengefälle zwischen Heimbewohnern und Personal und damit auch die regressive Anspruchshaltung, die oftmals für die Mitarbeiter sehr belastend war. Die alten Menschen hatten die Tendenz, von den Mitarbeitern ein totales Engagement zu erwarten, und die Mitarbeiter ihrerseits wehrten sich gegen eine derartige, zumeist stillschweigend, durch vorwurfsvolle Blicke, aber auch durch Nörgeleien an sie herangetragene Haltung, weil sie sich damit überfordert fühlten. Den alten Menschen wurde einsichtig, und zwar nicht nur auf einer kognitiven, sondern einer existentiell erfahrbaren Ebene, daß die Mitarbeiter ihr eigenes Leben führen, daß sie nicht total für die Heimbewohner dasein wollen und können. In vielen Gruppensitzungen wurde dann auch deutlich, daß von den Heimbewohnern Frustrationen über die eigenen Kinder, die sich nicht genug um die Eltern kümmerten, auf das Personal übertragen wurden und auch der Anspruch: »Kümmert euch gefälligst um uns, wie anständige Kinder sich um ihre alten Eltern kümmern sollen!« Dieser oft sehr stark moralisch eingefärbte Anspruch, der durch Übellaunigkeit, aber auch durch übertriebene Versorgungsansprüche und unangemessene Hilflosigkeit an die Mitarbeiter herangetragen wurde, löste bei diesen Gegenreaktionen aus: Opposition gegen die eigenen autoritären Eltern, Abwehr, die eigenen Eltern hilflos und pflegebedürftig zu sehen, was letztlich mit der Angst, selbst groß zu sein und ohne Hilfe der Eltern alleine im Leben stehen zu müssen, gleichbedeutend ist. All diese Konstellationen artikulierten sich in den Interaktionen der Gruppensitzungen, zum Teil in banalen Alltagskonflikten, und konnten durch die Dramatisierung im Therapeutischen Theater aufgedeckt und einsichtig gemacht werden. Dadurch, daß im Anschluß an eine solche aufdeckende und einsichtsvermittelnde Sitzung die Ausgangsszene alternativ durchgespielt wurde, um einen neuen Interaktionsstil einzuüben und möglich zu machen, konnte ein wirkungsvoller Transfer in die Situation des Heimalltags

außerhalb der Gruppenstunden bewirkt werden. So kam es, daß gleichsam »en passant« sich die Veränderung der Interaktionsstrukturen im gesamten Haus »ergaben«, als Nebeneffekt der psychotherapeutischen Arbeit.

Die Bedeutung, die Verfahren psychologischer Gruppenarbeit, insbesondere Verfahren dramatischer Therapie (Petzold 1979), bei der Einrichtung von therapeutischen Gemeinschaften haben, können gar nicht hoch genug veranschlagt werden.

Altersheime sind in der Regel faktische Lebensgemeinschaften auf unfreiwilliger Basis. In sie werden Menschen eingewiesen, die »draußen« nicht mehr allein leben können, oder es kommen auch Leute »freiwillig« ins Heim, weil sie sehen, daß sie draußen nicht mehr allein fertig werden. So findet man in der Regel Menschen, die von Notwendigkeiten bestimmt und gezwungen werden, ihren früheren selbstbestimmten Rahmen aufzugeben, Einbußen an persönlicher Freiheit, Wohnraum, Intimität und Privatsphäre hinzunehmen, um weiter existieren zu können. Dieser Hintergrund führt häufig zu einer inneren Ablehnung des Heimes, des Heimpersonals und der Mitbewohner und zu einer Vergiftung des Klimas. Obwohl sich eine faktische *Wohngemeinschaft* findet, ist von einer vollzogenen harmonischen Lebensgemeinschaft in den meisten Altersheimen nichts zu spüren. Trotz massierten Beieinanderwohnens finden wir Isolierung, gespannte oder resignierte Stimmung oder ein Ausweichen in Regression und Senilität. Hinzu kommen sozialisierte Werte und Normen von Privatheit, Nichteinmischung, Respekt vor der Intimsphäre, eine Ideologie, »allein zurechtkommen zu müssen«, die einer offenen Interaktion nicht gerade dienlich sind. Es müssen deshalb, wenn man eine lebendige Gemeinschaft anstrebt, derartige Normen und Hintergründe aufgedeckt und beseitigt werden. Es müssen weiterhin die regressiven Fluchtmechanismen, die durch eine custodiale oder überprotektive Haltung des Personals und durch die restriktiven Heimstrukturen noch gefördert werden, blockiert werden. Dies ist nur möglich, wenn sich das Personal der zugeschriebenen Rolle von guten Kindern, die die Eltern versorgen, entziehen kann, ohne daß dabei eine routinierte verhärtete Interventionspraxis und auf der Seite der alten Menschen eine resignierte oder übellaunige und abweisende Haltung aufgebaut wird.

In den Sitzungen mit dem Therapeutischen Theater konnten wir auf seiten des Personals immer wieder Ängste finden, von den alten Menschen, ihrer Ansprüchlichkeit und ihrer faktischen Not »aufgefressen« zu werden, die zu einer verschärften Abgrenzungstendenz führten. Das Entwickeln von mehr partnerschaftlich ausgerichteten Interaktionen führt hier für die Heimbewohner wie für die Mitarbeiter zu einer erheblichen Entlastung.

Ein partnerschaftlicher Interaktionsstil, der die therapeutische Wohngruppe und die therapeutische Gemeinschaft charakterisiert, ist gerade in Altersheimen sehr schwierig zu erreichen. Die Generationskonflikte, die auf beiden Seiten, der der zumeist jüngeren Mitarbeiter und der der alten Menschen, in die Alltagssituationen hereingetragen werden und die in der Regel unbewußt bleiben, führen zu Spannungen, die nur aufgelöst werden können, wenn beide »Parteien« - und um solche handelt es sich oftmals im wahrsten Sinne des Wortes - die Hintergründe dieser Dynamik erkennen können. Gruppensitzungen über unterschiedliche Lebensstile und Lebensauffassungen, über die Themen »alt und jung, vital und schwach, wachsen und abnehmen, die gute alte Zeit und die ach so schlechte Gegenwart« können hier Wesentliches beitragen (vgl. Petzold 1979; Laschinsky/Petzold/Rinast, 1979).

Ein Problem, das sich speziell in der Wohngemeinschaftsarbeit mit alten Menschen stellt - und zwar nicht nur für die jüngeren Mitarbeiter -, ist die Konfrontation mit dem Verfall der Leiblichkeit. Die Verwandlung des Emigranten-Altersheimes in eine wirkliche Lebensgemeinschaft durch das »Therapeutische Theater« Iljines wurde meines Erachtens wesentlich durch das körperbezogene Improvisationstraining dieser Methode gefördert. In diesem wird mit Atem- und Bewegungsarbeit ein neues Körperleben erschlossen, wird den Teilnehmern der eigene alternde Leib vertraut gemacht, wird der »Groll gegen den Körper, der nichts mehr leistet, der nicht mehr so recht gehorcht«, ausgelebt, so daß eine Versöhnung mit dem Leib stattfinden kann. Dabei spielt die Thematisierung der gesellschaftlichen Normen eine große Rolle, die darauf gerichtet sind, den alten Körper zu exilieren, zu verstecken, nicht zur Kenntnis zu nehmen, Normen, die von den alten Menschen selbst übernommen und internalisiert worden sind (Kamperl Rittner, 1976; Petzold/Berger, 1979). Da Begegnung zwischen Menschen immer leibliche Begegnung (Marcel 1978) ist, spielt das Thema Leiblichkeit gerade in Settings, wo man auf engem Raum lebt und der Leiblichkeit des anderen nur durch massive Verdrängung oder massiven Rückzug ausweichen kann, eine entscheidende Rolle. In der Körper- und Bewegungsarbeit des Improvisationstrainings der Iljineschen Methode lernen die Teilnehmer nicht nur ihre eigenen Körper zu erfahren und anzunehmen, sondern sie können auch die Körperlichkeit des anderen alten Menschen annehmen. Es

kommt Kontakt und Berührung zustande, und es wird damit die Grundlage für die Intimität gelegt, die in einer Lebensgemeinschaft erforderlich ist. Für die jüngeren Mitarbeiter führt die Teilnahme an leib- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen dazu, ihren Leib als alternden anzunehmen. Es wird ihnen damit ein »nichtobjektivierender« Zugang zum Körper des alten Menschen eröffnet. In der Regel sind die Pflegepraktiken in Krankenhäusern und Heimen so ausgerichtet, daß sie den Körper des Patienten als Objekt behandeln, nicht als Leib, als *die Person, die Leib ist*, sondern als Körper, als Ding. Eine solche Haltung wurzelt letztlich in der Abwehr der eigenen Angst vor dem Verfall der eigenen Leiblichkeit, dem jeder Mensch unabänderlich entgegensieht. Die objektivierende Handhabung des anderen Körpers als Ding wird natürlich von der so gepflegten oder versorgten Person auch erfahren und führt zunächst zu Groll, dann zu Resignation und Depression und schließlich zu einer vermehrten Abspaltung der eigenen Leiblichkeit, d. h. aber zu einer Verminderung von Ich-Identität und persönlicher Stabilität, deren zentrale Basis ja der Leib ist. Die Arbeit mit dem Improvisationstraining des Therapeutischen Theaters, wie wir sie bei *Ijjine* kennengelernt haben und seitdem in all unseren Projekten mit alten Menschen praktizieren (*Petzold 1979; Petzold/Berger, 1979*), ist neben der kommunikations- und interaktionsfördernden psychologischen Gruppenarbeit ein zweites konstitutives Element für den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft mit alten Menschen.

Ein letztes Element, das zur Verwandlung des custodialen Settings in ein lebendiges Gemeinschaftsgefüge beigetragen hat, sei genannt: die Rollentausch- und Identifikationstechnik der Verfahren dramatischer Therapie. Es wurden Sitzungen durchgeführt, in denen das Personal die Rolle der Heimbewohner einnahm, die Heimbewohner ihrerseits die Rolle des Personals. Es fand also eine Art »Soziodrama« (*Petzold 1973*) statt, das ein enormes kreatives und konfliktlösendes Potential hatte und die Feststellung bestätigte, daß »das konstruktive Potential eines Konfliktes in der Tat so groß ist wie sein destruktives und daß es nur darauf ankommt, die Konfliktenenergie in richtiger Weise zu kanalisieren« (*ibid.*). Konfliktsituationen zwischen Heimbewohnern und Personal konnten auf diese Weise des öfteren effektiv gelöst werden. Im kollektiven Rollentausch war es jeder Partei möglich, die Position der anderen nicht nur von außen zu sehen, sondern selbst in der Rolle stehend zu erfahren. Dadurch eröffnete sich ein neuer vertiefter Verstehenshorizont. Das intensive Sich-Hineinversetzen in die Position des anderen, das Identifizieren mit der Rolle des anderen, ließ für alle Beteiligten die Hintergründe für Handlungen und Äußerungen deutlicher und besser verstehbar werden. Bei Rückkehr in die eigene Rolle ergab sich in der Nachbesprechung die Möglichkeit, Mißverständnisse zu klären, Kränkungen zu verzeihen, unabänderliche Situationen besser zu ertragen und gemeinsam nach Möglichkeit zur Veränderung von konfliktauslösenden Situationen zu suchen. Aus der konfrontativen Konstellation widerstreitender Parteien erwuchs Kooperation, Partnerschaft. Jeder Rollentausch erfordert die Identifikation mit der Rolle, ja mit der Person des anderen und eröffnet deshalb einen sehr tiefen und unmittelbaren Zugang zum anderen. Es wird deshalb diese Technik immer wieder sowohl in konfliktzentrierten als auch in erlebniszentrierten Gruppensitzungen mit Verfahren dramatischer Therapie eingesetzt, um Kommunikationsstörungen zu beseitigen oder ein besseres Verstehen und eine größere Nähe zu schaffen.

Nach unseren Erfahrungen, die wir in späteren Projekten in Altersheimen machen konnten, insbesondere bei Arbeiten unserer Studenten, die im Rahmen des Projektstudiums in Altersheimen tätig wurden (*Duwe/Braun, 1975*), ist die Möglichkeit, ein Altenheim in eine therapeutische Wohngruppe oder therapeutische Gemeinschaft umzuwandeln, durchaus gegeben (*Hummel 1979*). Viele alte Menschen werden mit dem Altern, dem Verlust der leiblichen Integrität und der Heimsituation nicht gut fertig und könnten eine therapeutische Hilfestellung gebrauchen. Auch das Personal ist oft überlastet - häufig zusätzlich durch Unterbesetzung. Die in einer therapeutischen Gemeinschaft freigesetzten Valenzen an Aktivität und Mitarbeit der Klienten könnten auch hier Entlastung bringen. Das Modell der therapeutischen Gemeinschaft bietet überdies gegenüber der Wohngemeinschaft und Wohngruppe für das Personal noch ausreichende Differenzierungsmöglichkeiten. Bei der Mehrzahl der Heime müßten mehrere Subsegmente geschaffen werden, da die Gesamtzahl der Bewohner in eine therapeutische Gemeinschaft nicht einbezogen werden könnte. Das psychiatrische Modell der therapeutischen Gemeinschaft (*Ploeger 1972*) greift für die Mehrzahl der Altenheime zu kurz, weil die alten Menschen ja nur zu einem Teil Patienten sind oder erst durch die Heimsituation in den Patientenstatus gelangen, wie es ansonsten aber mit *gesunden* alten Leuten zu tun haben. Es wird damit ein Ansatz erforderlich, der über das psychiatrische, am medizinischen Krankheitsbegriff orientierte Modell hinausgeht. Ziel einer therapeutischen Gemeinschaft in der Heimsituation mit alten Menschen sollte sein, das »therapeutische Element« zunehmend zu redu-

zieren und eine Lebensgemeinschaft zu fördern, in die das Personal, seinem tatsächlichen Engagement entsprechend, teilintegriert ist.

Die Hindernisse, die sich bei der Umwandlung von Altenheimen in therapeutische und Haus- bzw. Lebensgemeinschaften in den Weg stellen, sind vielfältiger Art. Das Personal ist häufig für diese Aufgabe nicht vorbereitet, zum großen Teil sogar überhaupt nicht geeignet, da über Jahrzehnte auf einen wohlwollend autoritären, custodialen Pflege- und Versorgungsstil eintrainiert. Weiterhin sind die Heime von ihrer räumlichen Aufgliederung oft mehr auf Vereinzelung als auf Verbindung der Bewohner gerichtet. Sie bieten überdies viel zuwenig Möglichkeiten für gemeinsame Aktivitäten (Freizeiträume, Gymnastikraum, Hausgarten o. ä.). Psychotherapeutisches, soziotherapeutisches bzw. sozialpädagogisches Fachpersonal ist in Altersheimen eine Rarität. Es ist aber die Voraussetzung für eine Umstrukturierung. Nicht zuletzt sind die alten Menschen selbst aufgrund der schon im voranstehenden näher dargestellten Einstellungen, Werthaltungen und Rollenklischees nicht ohne Schwierigkeiten zu einer Veränderung und Umgestaltung ihrer Situation zu bewegen. All diese Argumente jedoch greifen nicht, weil bei entsprechendem Einsatz die genannten Hindernisse beseitigt werden könnten und der Gewinn eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität der alten Menschen wäre. Alte Menschen haben aufgrund ihrer Lebenserfahrung ein besonderes Potential, ein respektvolles Miteinander zu realisieren. Sie wissen, was „Respekt“ (Sennett 2002), und wie wichtig er in einem guten Miteinander, einem guten Zusammenleben ist. Wir haben eine solche Qualität als „*Konvivialität*“ (Petzold 1971) bezeichnet:

» **Konvivialität** ist die Qualität eines freundlichen, ja heiteren *Miteinanders*, Gemeinschaftlichkeit, die aufkommt, wenn Menschen bei einem Gastmahl oder in einem Gespräch oder einer Erzählrunde zusammensitzen, wenn sie miteinander spielen, singen, wenn Lachen und Scherzen den Raum erfüllt oder sie gemeinsam Musik hören oder einer Erzählung lauschen. Die Qualität der *Konvivialität* umfaßt Verbundenheit in einer Leichtigkeit des Miteinanderseins, wo jeder so sein kann und akzeptiert wird, wie er ist, und so eine '*Konvivialität der Verschiedenheit*' möglich wird, wo ein Raum der Sicherheit und Vertrautheit gegeben ist, eine gewisse Intimität integerer *Zwischenleiblichkeit*, in der man ohne Furcht vor Bedrohung, Beschämung, Beschädigung, ohne Intimidierung zusammen sitzen, beieinander sein kann, weil die Andersheit unter dem Schutz der von allen gewünschten, gewollten und gewährten *Gerechtigkeit* steht und jeder in Freiheit (parrhesiastisch) sagen kann, was er für wahr und richtig hält.“ – „**Konvivialität als kordiales Miteinander** macht 'gutes Leben' möglich. Der '*eubios*' aber ist für Menschen der Boden des *Sinnerlebens*. Er wird von dem integrativen „*Koexistenzaxiom*“: „*Sein ist Mitsein, Mensch ist man als Mitmensch*“ unterfangen« (Petzold 1988t).

Supervision in Wohnkollektiven mit alten Menschen muß es als eine ihrer vornehmsten Aufgaben ansehen, *Konvivialität* zu fördern, die die „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1983; Petzold 1996k) ernst nimmt, respektiert, wertschätzt. Sie hat damit neben allen fachgerontologischen Aufgaben und konfliktlösenden Zielsetzungen ein zentrales ethisches Anliegen und mit diesem kann sie sowohl in klinisch orientierten Kollektiven als auch in Haus- und Lebensgemeinschaften fördernd wirken im Sinne der „Grundregel“, die wir für die Arbeit mit alten Menschen formuliert haben (Petzold 2004q).

5.2 Die therapeutische Wohngruppe

Eine weitere Erfahrung konnten wir mit einer therapeutischen Wohngruppe machen. Das Wohngruppenmodell hat gegenüber der therapeutischen Gemeinschaft, die zumeist in größeren Institutionen eingerichtet wird, den Vorteil, daß die Wohngruppe leichter zu einer Haus- und Lebensgemeinschaft wird und familiären Charakter gewinnen kann.

Ein erstes Wohngruppenmodell mit alten Menschen lernten wir in der Rue Vaugirard in Paris kennen.

Auf einer Etage in zwei gegenüberliegenden Großwohnungen wurden 9 alte Ukrainer aufgrund einer kirchlichen Initiative untergebracht, um eine bessere Versorgung zu gewährleisten. Eine Heimunterbringung war für diese ethnische Minorität schwierig; außerdem legte der kirchliche Träger Wert darauf, die alten Menschen an ihrem Lebensabend in eine Gemeinschaft zu bringen, in der sie sich »zu Hause« fühlen könnten. Die Bewohner waren zwischen 68 und 86 Jahre alt. Der Gesundheitszustand war unterschiedlich. Einige litten unter Altersdepression, gelegentlichen Verwirrheitszuständen und körperlichen Behinderungen. Alle waren noch rüstig genug, um mit einiger Betreuung zurechtzukommen. Die Wohngruppe hatte zunächst nur versorgende Ausrichtung ohne therapeutische Intention. Schon kurz nach der Zusammenstellung traten aber derart massive Spannungen zwischen den Bewohnern auf, daß an die Auflösung des Projektes gedacht war. Die Verteilung der Räume, die Benutzung der Küchen und der sanitären Einrichtungen konnte von den Teilnehmern nicht geregelt werden. Der betreuende Pfarrer, die Haushaltshilfe und zwei Schwestern sahen

sich vor unlösbaren Problemen, zumal von ihnen niemand mit in der Einrichtung lebte und mühsam erreichte Schlichtungen unmittelbar nach Verlassen der Betreuungsperson zerbrachen. Schließlich wurden wir (*I. Schmidt* und *H. Petzold*) als Therapeuten hinzugezogen. Es kam damit eine neue Entwicklung in Gang. Schon die erste Zusammenkunft mit allen Bewohnern führte an wesentliche Ursachen der Spannungen. Die Mehrzahl der alten Menschen war nicht freiwillig in die Wohngruppe gezogen, sondern mehr oder weniger überzeugt oder genötigt worden. Der kirchliche Träger konnte die Betreuung in den freien Wohnungen aufgrund von Personalknappheit nicht mehr gewährleisten und war zur Einrichtung der Wohngruppe gezwungen gewesen. Die den alten Menschen zuvor ausgemalte Situation deckte sich nicht mit der Wirklichkeit, die sie in den bei den Etagenwohnungen vorfanden. So hatte sich eine Menge Groll angestaut, der nicht konkret gegen Personen entladen werden konnte, die man hätte verantwortlich machen können; denn für alle war ja »einsichtig«, daß die alte Lösung, das Leben in Einzelwohnungen, nicht mehr fortgeführt werden konnte. Groll und Spannungen fanden kein angemessenes Ziel. Sie entluden sich deshalb zwischen den Heimbewohnern und gegenüber den Betreuern. Weiterhin wurde als Schwierigkeit formuliert, daß es ungeheuer schwer sei, wenn man so lange alleine in eigener Wohnung gelebt habe, sich auf so viele neue Menschen einzustellen. Die erste Gesprächsrunde verlief recht konstruktiv, weil wir von außen kamen, mit den Konflikten noch nicht so viel zu tun hatten, durch den sozialen Status (Doktor) als Autoritätspersonen galten und weiterhin, weil wir durch eine direktive, strukturierende Interventionsstrategie die wesentlichsten Schwierigkeiten herausarbeiten konnten. Die Sitzung hatte für alle Beteiligten deshalb einen sehr entlastenden Charakter. Wir kamen überein, in weiteren Sitzungen zu klären, wie man die Situation verbessern könnte. Für die nächste Zusammenkunft hatten wir uns überlegt, die Kommunikation zwischen den alten Menschen und dem Personal, das jetzt regelmäßig teilnehmen sollte, zu verbessern. Die Sitzung erwies sich als sehr schwierig. Die Teilnehmer waren verschlossen und nicht kontaktbereit. Schließlich wurde verbalisiert, daß man erst einmal ohne den Pfarrer und die Betreuerinnen miteinander sprechen und sie erst zu einem späteren Zeitpunkt hinzuziehen wolle. Wir sahen ein, daß dies der sinnvollere Weg war. Die Betreuer verließen daraufhin die Gruppe. Aber auch danach war ein direkter Kontakt schwierig, obgleich das Gespräch leichter floß. Wir wurden uns darüber klar, daß die alten Menschen letztlich nicht bereit waren, sich auf die Situation einzulassen und miteinander in Kontakt zu treten. Wir fanden die charakteristischen vier Stufen: Entscheidung (1), Begegnung (2), Wachstum (3), Verantwortung (4) und das für das Four-Steps-Konzept der WG (*Petzold 1969c*), wie es oben wiedergegeben wurde, kennzeichnende Phänomen, daß *Begegnung* erst möglich ist aufgrund der *Entscheidung*, sich auf eine Situation voll einzulassen. Mit oberflächlichen Kontakten, »small talk«, selbst mit »ernsthaftem Gespräch«, ist es in einer Wohn- und Lebensgemeinschaft nicht getan, sie verlangt ein totaleres Sich-Einlassen. Die Entscheidung hierzu muß aus freien Stücken geschehen. Bei den vielen, sich spontan bildenden Wohngemeinschaften in der studentischen Bewegung ist die freie Entscheidung aus dem Augenblick in der Regel das grundlegende Movens. Wo dieses nicht vorhanden ist, muß Motivationsarbeit geleistet werden. Diese setzt voraus, daß alle Beteiligten zunächst einmal ihren Standort in »*Kontext und Kontinuum*« klären, ihn deutlich sehen und in seiner momentanen Faktizität akzeptieren, um von dieser Grundlage aus in neue Richtungen vorzustoßen.

In den folgenden Sitzungen haben wir uns deshalb darauf konzentriert, daß jeder für sich und die Gruppe miteinander eine Analyse zur Situation erstellen. Wir haben hierzu strukturierende Themenvorschläge gemacht. Folgende Fragen wurden vorgegeben: Wie sieht mein augenblicklicher *Lebenskontext* aus? Was sind meine materiellen Möglichkeiten? Welche Bezugspersonen habe ich, von denen ich Hilfe und Unterstützung erwarten kann? Mit welchen Bezugspersonen habe ich intensive zwischenmenschliche Kommunikation? Wie sehe ich meine eigene gesundheitliche Situation? Eine weitere Gruppe von Fragen war auf das *Lebenskontinuum* gerichtet, d. h. die Lebenssituation in der Zeitdimension. Folgende Fragen wurden vorgegeben:

Wie war meine Lebenssituation in den letzten 3 Wochen, 3 Monaten, 3 Jahren? Wie habe ich vor 30 Jahren gelebt (d. h. in den besten Erwachsenenjahren) ? Wie habe ich in der Kindheit gelebt? Schließlich: Wie wünsche ich meine letzten Jahre zu verbringen?

Die Fragen nach dem *Kontext* ermöglichen eine realistische Einschätzung der faktisch vorfindlichen Situation. Die Frage nach dem *Kontinuum* bringt mit unabgeschlossenen Situationen, Wünschen, Sehnsüchten, regressiven Haltungen oder ähnlichem in Kontakt. Die Bearbeitung dieser Themen nahm vier oder fünf Sitzungen in Anspruch. Wir trafen uns zweimal wöchentlich für 1 1/2 Stunden. Die intensive Thematisierung persönlicher Situationen und persönlichen Lebensschicksals förderte das kommunikative Klima in der Gruppe und führte zu einer Vertiefung des Kontakts. Es stellte sich gleichzeitig für jeden einzelnen die Frage immer schärfer: »Wie soll es weitergehen?«

Sobald diese Frage ausgesprochen wurde, haben wir sie umformuliert in: »Wie will ich und wie kann ich weitergehen?« In dieser Umformulierung sind Wunschvorstellung und tatsächliche Möglichkeiten enthalten und für die meisten Gruppenteilnehmer auch in ihrer Konflikthaftigkeit deutlich geworden. Die Frage, wie sich das Gewünschte und das Mögliche vielleicht versöhnen lasse und ob es noch weitere Perspektiven gäbe, bestimmte die folgenden Sitzungen, in denen sich damit die Entscheidung vorbereitete, ob ein weiteres Zusammenleben in der Wohngruppe möglich würde oder ob das Projekt aufgelöst werden müsse. Allen Beteiligten war inzwischen klargeworden, daß ohne eine engagierte Entscheidung für die Wohngruppe eine Weiterführung nicht möglich sein würde.

Es war weiterhin klargeworden, daß dies gleichbedeutend mit einer Entscheidung für eine *Lebensgemeinschaft* sein müsse. Damit waren wir an dem Punkt angelangt, wo das faktische Miteinander-leben-Müssen in ein bewußt bejahtes Miteinander-leben-Wollen umgewandelt werden konnte. Was notwendig war, war die *Entscheidung* eines jeden einzelnen. Wir haben hier im Sinne eines »*facilitating*« entlastend interveniert, indem wir deutlich machten, daß Entscheidung zu einem solchen Unterfangen immer ein Prozeß sei; daß ein »ja« zu der Situation immer nur Ausgangspunkt sein könne und ständig neue Bejahung erfordere; daß mit der willensmäßigen Entscheidung und ihrer sprachlichen Formulierung die in der Situation vorfindlichen Probleme noch nicht gelöst seien. Diese kognitive Hilfestellung wirkte insoweit entlastend, als die Gruppenteilnehmer aus der Anspruchshaltung genommen wurden, es müsse mit der Entscheidung nun alles »ganz anders und besser« werden.

Die Entscheidungsfrage, ob man in Zukunft miteinander leben und die Situation in den bei den Wohnungen positiv im Sinne einer Haus- und Lebensgemeinschaft gestalten wolle, wurde von uns nicht vorgegeben, sondern wuchs spontan aus der Gruppe und wurde von einem 78jährigen Gruppenteilnehmer formuliert und mit der Forderung verbunden, jeder müsse klar und eindeutig Stellung nehmen. Diese Forderung wurde allgemein angenommen. 7 der 9 Teilnehmer sprachen sich eindeutig für das Projekt aus, 1 Teilnehmerin sagte, sie könne sich jetzt unmöglich entscheiden, und 1 Teilnehmer sprach sich kategorisch gegen die Wohngruppe aus und erklärte, er wolle auch die Konsequenzen tragen und sich um einen Heimplatz kümmern oder wieder in eine eigene Wohnung ziehen.

Eine weitere Hilfestellung, die wir eingaben, war das Konzept der Haus- und Lebensgemeinschaft. Wenn man auf so engem Raum zusammenlebt, müsse so etwas wie eine Familienatmosphäre aufkommen und als tragende Grundlage wirksam werden, sonst könne man die unvermeidliche Nähe nicht ertragen. Dieses Konzept war für alle Beteiligten unmittelbar einleuchtend und auch die sich daraus ergebenden Konsequenzen, nämlich daß Nähe ein besseres einander Kennenlernen und einander Verstehenlernen erforderlich mache. Wir wiesen darauf hin, daß dieser Prozeß ja in der Gruppenarbeit bisher schon stattgefunden habe. Auch diese Intervention hatte einen entlastenden und positiv verstärkten Effekt. Sie wurde von vielen Gruppenteilnehmern spontan aufgegriffen und bejaht. Im Verlauf der 3monatigen Arbeit mit der Wohngruppe waren wir zur *Entscheidung* gekommen, die als Grundlage für die zweite Stufe im Four-Steps-Konzept erforderlich ist, die Stufe der *Begegnung*. Es ist wichtig, noch einmal herauszustellen: Entscheidung darf nur als Ausgangspunkt betrachtet werden. Das Moment der Entscheidung schreibt sich durch alle Stufen eines Wohngemeinschaftsprozesses fort. Entscheidung zur *Begegnung*, Entscheidung zum persönlichen und gemeinschaftlichen *Wachstum*, Entscheidung zur *Verantwortung* muß beständig erfolgen. Aber sie wird leichter möglich, wenn einmal ein grundsätzliches »ja« zur Situation gegeben wurde. Die Gruppenarbeit, in der Elemente des Therapeutischen Theaters, insbesondere einfache Rollenspiele, als Hilfsmittel verwendet wurden, führte zu einer erheblichen Reduktion der Spannungen im Alltagsleben und insbesondere zu einer Konsolidierung mit den Betreuern, die in dieser Phase als »nicht mehr so wichtig« angesehen wurden. Die Gruppe hatte verstanden, daß es zunächst einmal darum ging, miteinander »klarzukommen«, damit das alltägliche Zusammenleben derjenigen, die auch tatsächlich in der Wohngruppe wohnten, sich harmonischer und reibungsloser vollziehen konnte. Der Effekt dieses Einsichts- und Erfahrungsprozesses war eine größere Selbständigkeit und selbstversorgende Haltung der Bewohner, die mit einer allgemeinen körperlichen und kommunikativen Aktivierung verbunden war. Es wurde an viele Dinge selbst Hand angelegt, die zuvor der Haushaltshilfe und den Betreuerinnen überlassen worden waren. Zwei gehbehinderte Bewohner wurden von den übrigen aktiver und umfassender versorgt, und es entwickelte sich eine gute Kooperation und *wechselseitige Hilfeleistung* (exchange helping; *Laschinsky/ Petzold/ Rinast*, 1979). Ein schwieriges Thema in diesem Prozeß wechselseitiger Sorge umeinander wurden die Fragen nach Kontakt und Rückzug, Nähe und Distanz, Hilfeleistung, Ausbeutung und Überforderung. Es kam im Hinblick

auf diese Themen immer wieder zu Rückschlägen, aber auch zu weiterführenden Erfahrungen. Ein Phänomen trat häufig auf: bei schwierigen Situationen wurde auf die Außenbetreuer und auf die Therapeuten rekurriert. Es war für uns wesentlich, dieser Tendenz nicht nachzugeben und auch die Betreuer darin zu bestärken, diesen Ansprüchen nicht nachzukommen. Auf besondere Schwierigkeiten stießen wir hier bei dem Seelsorger, der sich ohnehin durch uns etwas »ausgebootet« fühlte und nun versuchte, in die auftretenden Lücken zu springen. Dies wurde von ihm noch mit seinem »Auftrag« motiviert, in schwierigen Situationen Hilfe zu geben. Es kam hierüber zu heftigen Auseinandersetzungen, weil verschiedentlich Situationen durch sein vorzeitiges oder ungeschicktes Eingreifen geradezu sabotiert wurden und erhebliche Rückschläge in der Entwicklung der Wohngruppe eintraten. Wir sahen uns oftmals in der Versuchung, durch ein aufdeckendes Vorgehen die Gruppenteilnehmer zu aktivieren.

Dies hätte unweigerlich zu einem nachhaltigen Konflikt zwischen Gruppenteilnehmern, Therapeuten und Trägerinstitution geführt, der uns nicht dienlich schien. Wo Hilfsansprüche auftraten, die von den Bewohnern selbst bewältigt werden konnten, haben wir versucht, sie an die Gruppe zurückzugeben, zuweilen durch bloßen verbalen Hinweis, das könne doch selbst erledigt werden, ein anderes Mal durch Ratschläge und dadurch, daß die Konfliktsituation im Therapeutischen Theater durchgespielt und auf mögliche und gewünschte Lösungen hin untersucht wurde. Es wurde von uns immer darauf hingewiesen, daß jede Situation, die selbst gelöst würde, besser sei als eine, die mit Hilfe gelöst werde. So konnte die Gruppe immer wieder aktiviert werden. Eine Belastungssituation besonderer Art ergab sich dadurch, daß der Bewohner, der sich gegen die Wohngruppe entschieden hatte, nicht bereit war, seine Ankündigung wahrzumachen, in eine andere Einrichtung zu gehen, sich eine eigene Wohnung zu suchen oder sich dabei helfen zu lassen, eine andere Lösung für sich zu finden. Er erhielt in seiner Weigerung durch den Seelsorger Verstärkung, der argumentierte, man könne doch »einen alten Mann nicht auf die Straße setzen«. Die Situation spitzte sich zu einer Kontroverse zwischen den Bewohnern und dem Träger zu, insbesondere da auch noch die Ausstattung der beiden Großwohnungen im Hinblick auf Freizeitmöglichkeiten und auf sanitäre Anlagen sehr mangelhaft war und zu Unzufriedenheit Anlaß gab.

Auch in diesem Konflikt versuchten wir, die Aktivität in den Händen der Bewohner zu belassen, und ermutigten sie, nach pragmatischen machbaren Lösungen zu suchen. Die Forderungen wurden schriftlich bei der entsprechenden Stelle vorgetragen, die auf Intervention des Geistlichen recht autoritär reagierte, indem erneut mit der Auflösung des Projektes gedroht wurde. Diese Bedrohung führte bei den Bewohnern zu einer »Solidarisierung gegen den Aggressor von außen« und vertiefte das Gemeinschaftsleben. Zwei Deligierte der Wohngruppe wurden beim Träger persönlich vorstellig. Wir wurden zu dem Gespräch hinzugezogen und hatten uns zuvor dafür entschieden, eine für alle Beteiligten entlastende Interventionsstrategie zu verfolgen. So wiesen wir schon relativ bald darauf hin, daß die Einrichtung einer solchen Wohngruppe für alle Beteiligten, die Betreuer, die Bewohner und den Träger, eine neue und deswegen nicht immer einfache Situation sei und daß es sich um ein Experiment handele, in dem ganz natürlich mit Schwierigkeiten gerechnet werden müsse. Es wurde sowohl von seiten des Trägers als von seiten der Bewohner festgestellt, daß das Projekt ohne unsere Hilfe schon längst »aufgeflogen wäre«, und auch der Geistliche stimmte hier zu. Die Frage der mangelhaften Einrichtung konnte geklärt werden, indem von seiten des Trägers verbindliche Zusagen gemacht wurden. Das Thema des querulatorischen Mitbewohners wurde vertagt, allerdings mit dem Hinweis, daß man sich von seiten des Trägers um eine baldige Lösung bemühen werde. Kurz nach diesem Gespräch kam es noch einmal zu einer heftigen Auseinandersetzung zwischen uns und dem Geistlichen, in der wir ihm mitteilten, daß wir die Betreuung und Begleitung der Wohngruppe niederlegen würden, wenn er weiterhin die Situation torpediere. Dieser Eklat führte dazu, daß er sich über einige Wochen völlig zurückzog. Er begann dann, sporadisch an den Betreuerbesprechungen teilzunehmen, und verhielt sich in der Folge recht kooperativ. In dieser Zeit konnte auch die Verlegung des Problemklienten erfolgen. Ich habe diesen Zusammenhang deshalb so ausführlich erwähnt, weil in der Wohngruppenarbeit Probleme mit Trägern, Personen in leitenden Positionen und Behörden des öfteren zu Schwierigkeiten führen, die das innere Leben einer solchen Gemeinschaft erheblich stören können. Gerade bei alten Menschen aber bestehen Abhängigkeiten stärker als bei anderen Populationen, weil ihre Aktions- und Durchsetzungsmöglichkeiten meistens doch beträchtlich eingeschränkt sind.

Mit der Konsolidierung des äußeren Rahmens und dem stärkeren Zusammenwachsen der Gruppe in der Phase der Begegnung wurden Valenzen bei den einzelnen Teilnehmern und in der Gruppe frei, Erfahrungen miteinander zu machen, die sich für jeden unterschiedlich auswirkten, insgesamt aber als Wachstumserfahrungen bezeichnet werden können, d. h. Erfahrungen von neuen

Möglichkeiten des Erlebens, des Handelns, der Interaktion. Dies äußerte sich zum Teil in Bastelarbeiten, die von mehreren Bewohnern gemeinsam durchgeführt wurden, oder darin, daß eine Bewohnerin einem Mitbewohner, der schon lange nicht mehr gut sehen konnte, ein Buch vorlas und sich darüber Gespräche entwickelten und ein Austausch zustande kam, wie ihn der Betreffende seit mehr als zwei Jahrzehnten nicht mehr gekannt hatte. Die *Stufe des Wachstums* zeigte sich in der Gruppenarbeit durch vermehrtes Aufgreifen von biographischem Material im szenischen Spiel und einer bilanzierenden Überschau einzelner Teilnehmer über ihr Leben. Eine derartige »*life review*« (Butler 1963; dieses Buch S. 467 ff) gab die Möglichkeit zur emotionalen Partizipation am Lebensschicksal des anderen und führte auch außerhalb der Gruppensitzungen zu Gesprächen über den Sinn des Lebens, die Art und Weise, wie die einzelnen ihr Leben gesehen, gestaltet und durchlebt hatten. Nach 1 1/2 Jahren Arbeit in der Wohngruppe mußten wir unser Engagement an dem Projekt drastisch reduzieren. Wir hatten, nachdem die *Stufe der Entscheidung* durchlaufen war, schon auf eine Zusammenkunft pro Woche eingeschränkt und waren im letzten halben Jahr nicht mehr gemeinsam, sondern abwechselnd in die Wohngruppe gegangen. Jetzt konnten wir nur noch einmal im Monat zu einem Nachmittag und Abend kommen. Weiterhin boten wir an, für Krisensituationen zur Verfügung zu stehen. Für uns selbst stellte sich die Frage, ob es so etwas wie eine »*Stufe der Verantwortung*« geben könne, da es ja in dieser Wohngruppe, anders als etwa in der therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige, nicht darum ging, wieder in irgendwelche Außenbereiche zu gehen, in denen man dann eigenverantwortlich leben sollte, sondern darum, in der Gemeinschaft und als Gemeinschaft weiterzuleben, ohne daß Resignation und Apathie eintreten und der gewonnene Elan verlorengehe.

Kurz nach unserer letzten Sitzung kam es in der Tat in der Wohngruppe zu einer heftigen Krise, einem »Eifersuchtsdrama«. Zwei der Wohngruppenmitglieder rivalisierten um eine Mitbewohnerin, was zu erheblichen Spannungen führte. Die Gruppe weigerte sich, sich mit diesem Problem auseinanderzusetzen, was einerseits als Groll gegen uns gewertet werden kann, denn bislang waren wir ja dazu da, solche Probleme, wenn nicht zu handhaben, so zumindest doch zu begleiten, was andererseits aber auch als Appell an uns verstanden werden muß, wieder in die Situation einzusteigen. In dieser Lage reagierte eine der bei den Betreuerinnen recht umsichtig, indem sie die Gruppe mit ihrer Weigerung konfrontierte und den Appellcharakter, den sie dahinter vermutete, ansprach. Dies führte dazu, daß der Versuch unternommen wurde, das Problem in der Gruppe zu besprechen und auszutragen. Eine Lösung konnte allerdings nicht gefunden werden. Auch in der von uns geleiteten Sitzung ließ sich keine Perspektive finden. Der Konflikt schwelte weiter und »dünnte allmählich aus«, als sich die Bewohnerin von den beiden Streithähnen und aus der Rolle, »hofiert und umstritten zu werden«, zurückzog. Der Alltag in der Wohngruppe konnte ansonsten gut und eigenverantwortlich geregelt werden, ohne daß die Betreuerinnen nachhaltiger intervenieren mußten, was ihnen offenbar nicht ungelegen kam, da sie noch andere Projekte und Aufgaben in der Gemeindearbeit zu versehen hatten. So wurde zum Beispiel von den Bewohnern selbst, als die Haushilfe aus familiären Gründen ihre Kündigung mitteilte, nach einem Ersatz gesucht. Es wurden gemeinsame Aktivitäten, Kirchenbesuche, Sonntagsausflüge und ähnliches organisiert. In eine schwere Krise kam die Wohngruppe gegen Ende des zweiten Jahres ihres Bestehens, als ein Bewohner unerwartet verstarb. Es kamen heftige Trauerreaktionen auf. Für die Gruppenmitglieder war es, »als wenn ein Familienmitglied gestorben wäre«. Über die Trauerreaktion hinaus wurde die Krise vertieft durch die Konfrontation eines jeden einzelnen mit seiner eigenen Endlichkeit und mit der Frage nach der »Zukunft« der Wohngruppe, die inzwischen tatsächlich so etwas wie eine Familie für alle geworden war. Die Frage nach dem Weiterbestehen war in der Tat schwierig und bedrückend, weil die Tatsache, daß es sich um eine ethnische Minderheitsgruppe handelte, die Möglichkeiten einschränkte, ohne Schwierigkeiten andere alte Menschen als Mitbewohner zu bekommen. Zum anderen waren die Intentionen des Trägers nicht durchschaubar, insbesondere die Frage, ob er ein derartiges Projekt perpetuieren wolle. Schließlich wurde von den alten Menschen selbst die Frage aufgeworfen, ob sie es sich zumuten wollten, immer wieder neue Mitbewohner aufzunehmen, sich immer wieder auf neue Menschen einstellen zu wollen oder zu müssen und das unabänderliche Sterben von Menschen, mit denen man eine so enge Bindung eingegangen war, ertragen zu müssen. Die Meinungen waren hierüber sehr geteilt. Aus der Situation heraus tendierte die Mehrzahl dazu, keine neuen Gruppenmitglieder aufzunehmen. Einige Wochen später, mit etwas Abstand und nachdem ein Teil der Trauerarbeit geleistet worden war, sprach sich die Mehrzahl doch dafür aus, nach einem neuen Mitbewohner Ausschau zu halten, der auch gefunden werden konnte. Seine Integration warf keine großen Schwierigkeiten auf, zumal es sich um eine flexible, gut anpassungsfähige Persönlichkeit handelte. Ein zweiter Todesfall 4 Monate später führte allerdings zu einem radikalen

Umschwung, und die Gruppe derer, die gegen eine Neubesetzung war, konnte sich durchsetzen. Von seiten des Trägers wurde in dieser Richtung auch kein Druck ausgeübt. Im Verlaufe von 4 Jahren »starb die Wohngruppe aus«, d. h., daß 4 verbliebene Bewohner in ein Altersheim verlegt wurden, wo sie in enger Bindung weiterlebten.

Die Frage nach dem Fortbestehen von Wohngemeinschaften oder Wohngruppen alter Menschen ist in der Tat eine sehr komplizierte und schwerwiegende. Im Unterschied zum Altersheim, das vielfach ohnehin als »Endstation«, als »Wartehalle auf den Tod« erlebt wird und in dem durch den größeren Rahmen sich die Bindungen in der Regel weniger eng gestalten, geht der alte Mensch in der Wohngruppe oder Wohngemeinschaft noch einmal intensiv emotionale Beziehungen ein. Er beginnt eine neue Lebensgemeinschaft, investiert sich darin und erhält dadurch emotionale Befriedigung, das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, aber auch Aktivierung und Anregung. Verluste durch den Tod wiegen in einer solchen Gemeinschaft weitaus schwerer als in Settings, in denen nur oberflächliche Bindungen zustande kommen. Die Entscheidung der Bewohner der Wohngruppe in der Rue Vaugirad ist unter diesem Gesichtspunkt nicht nur verständlich, sondern vielleicht auch richtig. Man muß also davon ausgehen, daß Wohngemeinschaften oder Wohngruppen im Unterschied zu therapeutischen Gemeinschaften, die auf geriatrischen Stationen oder in Altenheimen eingerichtet werden, eine wohl nur befristete Lebensdauer haben und sich nicht ohne weiteres perpetuieren lassen.

5.3. Wohngemeinschaft

Über ein letztes Projekt soll kurz berichtet werden: eine Wohngemeinschaft, die ich im Jahre 1970 in Düsseldorf initiieren konnte. Durch die Supervision einer Einzelfallhilfe kam ich mit folgenden Situationen in Kontakt: Ein Sozialarbeiter sollte für eine 78jährige Frau, die allein lebte und nach und nach verwehrte, eine Lösung finden, wobei eine Aufnahme in ein Heim von ihr heftig abgelehnt wurde. In dem Bemühen, nachbarschaftliche Hilfe zu mobilisieren, wurde mit den übrigen Hausbewohnern Kontakt aufgenommen, wobei sich herausstellte, daß in dem Altbau 7 Personen zwischen 61 und 84 Jahren wohnten, davon 2 Ehepaare, also 2 Männer und 5 Frauen. Wir haben dann die Bewohner, die zueinander das freundlich distanzierte Nachbarschaftsverhältnis hatten, das so viele bürgerliche Mittelstandshäuser kennzeichnet, zu einem Gespräch gebeten, dem alle, wenn auch zum Teil zögernd, nachkamen. Schon beim ersten Gespräch kam, ausgelöst durch die Situation unserer Klientin, die Frage nach wechselseitiger Hilfe auf und wurden typische Barrieren deutlich. Die verschiedenen »Parteien« des Hauses wollten einander nicht »zu nahe treten« und sich nicht in die »Privatsachen« anderer Leute mischen. Aus dem Gespräch ergab sich der Wunsch nach einer zweiten Gesprächsrunde und schließlich nach fortlaufenden Zusammenkünften, die 14tägig stattfanden. Wir konnten Hilfestellung dabei leisten, einen Essensdienst zu organisieren, Schüler für Einkaufsdienste zu motivieren und eine Putzhilfe für das gesamte Haus zu finden, deren Kosten unter den Bewohnern anteilmäßig aufgeteilt wurden. Das eine Ehepaar nahm an den Gruppensitzungen nur sporadisch teil. Nachdem zunächst Themen praktischer Lebenshilfe im Vordergrund standen, wurde im Verlauf der Gruppenarbeit immer deutlicher, wie viele der alten Menschen mit der Situation des Alters, dem Nachlassen der Kräfte, dem zum Teil spärlichen Kontakt zu den Kindern nicht gut fertig wurden. Die massierten psychosomatischen Beschwerden, die sich bei den meisten fanden, dürften in der beständigen Verdrängung dieser Situation eine gewichtige Ursache haben. So erhielt die Gruppenarbeit bald auch einen therapeutischen Akzent. Es wurden dabei Gestalttherapie und Verfahren dramatischer Therapie, insbesondere Psychodrama und Rollenspiel, eingesetzt. Im Verlauf einer halbjährigen Gruppenarbeit ließen sich die psychosomatischen Beschwerden, Schlafstörungen, Schmerzzustände, Verdauungsstörungen bei den Betroffenen erheblich reduzieren. Die Entlastung in der Gruppe dürfte hierfür ausschlaggebend gewesen sein. Das intensive Kennenlernen in der Gruppe führte dazu, daß auch im Alltagsleben sich die Kontakte intensivierten. Die drei Frauen zogen auf eine Etage, um sich besser helfen und austauschen zu können. Nach und nach wurde ein immer stärkerer Wunsch nach größerer Gemeinsamkeit deutlich. Er fand seinen Ausdruck darin, daß von allen Hausbewohnern eine Mahlzeit, nämlich das Frühstück, gemeinsam eingenommen wurde.

So wurde das zufällige Wohnen in einem Haus zu einer Hausgemeinschaft von Menschen, die sich entschieden hatten, *miteinander* ihr Alter zu verbringen. Das zunehmende wechselseitige Aufeinanderzugehen und untereinander Helfen warf oft Probleme auf. So wurden Fragen der Abgrenzung, des persönlichen Einsatzes und des sich Ausgenutztfühlers sowie Streitigkeiten um Geld relevant. Auf die Isolation und auf eine Phase »Überhitzten« Aufeinanderzugehens folgte eine Phase der bewußten Austarierung der Beziehungen. Dabei kristallisierte sich eine gewisse Frontstellung

zwischen den drei Frauen und den beiden Paaren heraus, die aber in den Gruppensitzungen aufgearbeitet werden konnte. In diesem Prozeß der Intensivierung der Beziehungen kam es auch immer wieder zu Schwierigkeiten, die ohne »Hilfe von außen« nur mit Mühen oder vielleicht auch gar nicht hätten gelöst werden können. Themen wie Eifersucht, Arbeitsteilung (wer macht was und wieviel?) und Geld führten oft zu heftigen Spannungen, die zum Teil dadurch gemildert werden konnten, daß in der Gruppe immer wieder zum Vergleich zwischen der Situation vor und nach der Umwandlung der Hausgemeinschaft angeregt wurde. Auf der anderen Seite wurde die Hausgemeinschaft durch die Arbeit mit Gestaltprinzipien (*Rahm* 1979), d. h. der direkten und offenen Interaktion, der freien Äußerung von Emotionen, dem Zulassen aggressiver Gefühle und dem Ausdrücken direkter spontaner Zuneigung, immer stärker fähig, ihre Probleme selber zu klären und in die Hand zu nehmen. Die Prinzipien gestalttherapeutischer Interaktion wurden von den Teilnehmern verstanden, aufgenommen, internalisiert und in die Alltagsinteraktion übertragen. Es erwies sich dieser Lernprozeß als außerordentlich förderlich für die Regulierung der tagtäglichen Lebensaufgaben. Die »therapeutischen« Aufgaben wurden mehr und mehr von den Bewohnern übernommen. Wenn ein einzelner Schwierigkeiten hatte, sich bedrückt oder depressiv fühlte, konnte er zu den anderen Hausbewohnern gehen und mit ihnen seine Situation besprechen, so daß sich im Verlauf von 2 Jahren mehr eine Lebensgemeinschaft als eine *therapeutische* Wohngemeinschaft herausbildete.

Eine besondere Situation war ohnehin dadurch gegeben, daß es sich bei der Wohngruppe um eine Hausgemeinschaft handelte, bei der allerdings das eine Ehepaar und zwei der Frauen noch nicht lange in dem Haus ansässig waren und sich nur drei Bewohner längere Zeit kannten. Das Beibehalten der eigenen Wohnung, des eigenen privaten Lebensraumes, wirkte sich für alle Beteiligten positiv aus. Auch das Problem des Sterbens erhielt in diesem Projekt nicht den Stellenwert, den es in der Rue Vaugirad gehabt hatte. Als die Klientin, durch die die gesamte Initiative überhaupt ins Rollen kam, plötzlich an einem Schlaganfall verstarb, war zwar die Trauer und Betroffenheit der Hausgemeinschaft groß, jedoch stellte sie ihre gesamte Existenz nicht in Frage, weil sie von Anfang an sich nicht auf eine Perpetuierung ausgerichtet hatte und sie aus einer gewachsenen Struktur hervorgegangen war. Bei der Trauerarbeit konnten wiederum die gemeinsame Gruppensitzung und die Verwendung gestalttherapeutischer Methoden des Durcharbeitens (saying good-bye, *Tobin* 1980; *Petzold* 1985a, 500 ff) wichtige Hilfestellungen geben. Am wichtigsten war indes der wechselseitige Trost, den sich die Bewohner und die Betreuer spenden konnten. Damals wurde mir deutlich, daß **Trostarbeit** mindestens so wichtig, wenn nicht wichtiger ist als Trauerarbeit (*Petzold* 2004l, 2005d).

6. Supervision in Wohnkollektiven für alte Menschen

In Therapeutischen Gemeinschaften und in Lebens- und Hausgemeinschaften entstehen sehr intensive Beziehungen und Bezogenheiten – für die BewohnerInnen wie für die MitarbeiterInnen. Daß das nicht ohne Spannungen und Konflikte abgeht, ist natürlich und in der Regel gelingt es den Kollektiven, sich selbst zu regulieren. Dennoch kann „Pflegestreß“ entstehen, können Altersverwirrtheiten und psychische Veränderungen durch dementielle oder alterspsychotische Prozesse oder ganz einfach durch interpersonale Unverträglichkeiten zu einer Akkumulation von Schwierigkeiten kommen, die belastend werden und auch Mitarbeiter in und Betreuer von solchen Einrichtungen in große Probleme bringen können. Sofern keine intergenerationale Arbeit möglich ist, können Alter, Siechtum, Leiden, Sterben, Tod sehr dominierende Themen werden, die einen sinngeliteten Umgang (*Petzold, Orth* 2004a) einerseits und eine fachgerontologische Bearbeitung andererseits erfordern. Hierzu bietet sich externe Supervision an. Sie bewährt sich auch – so unsere Erfahrungen – im Bereich der Selbsthilfebewegung (*Petzold, Schobert, Schulz* 1991). Supervision im gerontologischen Bereich ist unverzichtbar auf *Feldkompetenz* angewiesen. Das gilt für die Arbeit in geriatrischen Einrichtungen, ambulanten Diensten, Heimen und natürlich auch Wohnkollektiven mit alten Menschen. Die spezifischen Probleme und Dynamiken in solchen Einrichtungen müssen aus fundiertem Insiderwissen verstanden. Die Themen Leiden, Sterben Tod können nicht nur abstrakt-akademisch „gewusst“ werden. Es muß Erfahrungswissen da sein. Spezialwissen über Pflege, Pflegedokumentation, rechtliche Gegebenheiten sind genauso unabdingbar wie solide gerontologisches Kenntnisse und Information über die aktuelle Forschungslage und den Stand der Diskussion. Ansonsten werden Altersstereotype und Fehlkonzertualisierungen sogar noch durch Supervision forgeschrieben. Als ein Beispiel mag ein Text des populären Psychoanalytikers und „Supervisoren“

Schmidbauer(2000) dienen. In seinem Beitrag „Das Ringen mit dem Alter- Der Supervisor und das Pflegeheim“ lesen wir Folgendes:

„...man durfte die „Alte“ nicht festhalten, man durfte ihr den Mund nicht verbieten, man durfte sie nicht schlagen, man durfte sie nicht vernachlässigen, man konnte mit ihr nicht reden, man konnte sie nicht ertragen und konnte sie nicht loswerden. Warum konnte man sie nicht ertragen? Weil sie nicht glücklich war, niemanden anerkannte, und am liebsten sterben wollte. Was da in dem Zimmer im dritten Stock lag und alle störte, war der **Dämon des Alters**. (...) Diesen Dämon wollte keiner sehen und ertragen. Nicht er war wahnsinnig; die Pflegenden wurden es, sobald sie ihn wahrnehmen mussten, und hätten ihn gerne in die Psychiatrie entsorgt“ (Schmidbauer, 2000, S. 106-107).

Das klingt zwar beeindruckend, ist aber aus gerontologischer Sicht doch mehr als bedenklich. Da hat der Psychoanalytiker wieder einmal eine Verdrängung und Verleugnung zu entlarven, was ihn – wie immer - in eine Top-Dog-Position bringt und alle anderen „alt aussehen lässt“ In der für ihn charakteristischen, psychoanalytisch-negativierenden Weise, die schon seine Arbeiten zu den angeblich „hilflosen Helfern“ kennzeichnete, zeichnet Schmidbauer wieder einmal ein Schwarz-Weiß-Bild der Situation der Helfer, hier der Mitarbeiter im Altenbereich. Als ob Menschen, die tagtäglich mit Leiden und Sterben umgehen müssen, sich keine Gedanken um das Thema Endlichkeit und Gebrechlichkeit der menschlichen Existenz machen würden. Mancher Supervisor, der feldfremd in diesen Bereichen arbeitet, könnte hier von den MitarbeiterInnen manches Lernen. Das Leben im Altenheim hat neben Belastendem auch viele heitere und liebevolle Seiten. Schmidbauers Dämonisierungsgerede ist wohl mehr Ausdruck seiner eigenen Problematik, die negative Altersstereotype reproduziert – ein Supervisor, der offenbar die einschlägige gerontologische Fachliteratur nicht kennt (Filipp, Mayer 1999) - denn eine sachangemessene Darstellung der Lage ist das nicht. Ein wenig Cicero-Lektüre (*de senectute*) könnte hier überdies nicht schaden (vgl. Petzold, Müller 2004b). Supervisoren im gerontologischen müssen genau solchen Haltungen und Vorurteilsstrukturen entgegentreten und sich für wechselseitigen Respekt einsetzen. Respekt ist die Grundqualität, die für die Arbeit mit alten Menschen zählt (Sennett 2002) und die sich alle Mitarbeiter und natürlich auch der Supervisor zu eigen machen muß. Jedes Überlegenheitsgehabe ist hier nicht am Platze. Respekt ist auch die Qualität, die in Wohnkollektiven alter Menschen ein tragendes Moment ist, ohne das ein solches Zusammenleben nicht gelingen kann.

7. **Schlußbemerkung**

In der Arbeit mit alten Menschen lassen sich verschiedene Modelle nicht-therapeutischer, therapeutischer bzw. therapeutisch ausgerichteter Kollektive einrichten.

1) Im Rahmen von geriatrischen Stationen, Altenheimen und Altenwohnheimen bietet sich das Modell der »*therapeutischen Gemeinschaft*« an (Jones 1953; Ploeger et al., 1972). Diese Form trägt dem institutionellen Rahmen größerer Einrichtungen und der voll professionellen Pflege und Betreuung noch am besten Rechnung. Sie ermöglicht eine gute Eigenaktivierung, ohne diese jedoch voll ausschöpfen zu können. Sie wird der Würde des alten Menschen als Subjekt, das partnerschaftlich angesprochen und nicht custodial »zu Tode gepflegt« werden soll, besser gerecht als allein versorgend ausgerichtete und autoritär strukturierte Einrichtungen.

2) Eine weitere Möglichkeit bietet die »*therapeutische Wohngruppe*«, die von professionellem Personal betreut wird und in der Regel nicht in einer größeren Einrichtung angesiedelt ist. Die Gruppengröße könnte zwischen 6 und 16 Personen betragen, so daß ein familiärer Charakter möglich ist. Die Übergänge zur *therapeutischen Wohngemeinschaft* sind fließend. Die Wohngruppe hat jedoch stärker soziotherapeutische und agogische Ausrichtung.

3) Die »*therapeutische Wohngemeinschaft*«, die von professionellem Personal betreut werden kann und das gemeinschaftliche Leben, die gemeinsame Lebensbewältigung als zentrales Ziel hat, ist ein weiteres Modell. Je rüstiger die Bewohner einer solchen Gemeinschaft sind oder je mehr sich ihr Zustand bessert, desto größer ist die Möglichkeit, daß das therapeutische Element in den Hintergrund tritt.

4) Die generationshomogenen oder intergenerationalen »*Hausgemeinschaften*« sind *natürliche* Formen des Zusammenlebens. Im Unterschied zur »*therapeutischen Gemeinschaft*« mit Alterspatienten in einem institutionellen Setting zielen die therapeutische Wohngruppe und Wohngemeinschaft immer darauf ab, den *therapeutischen Aspekt zu reduzieren* und zu Lebens- und Hausgemeinschaften von gesunden Menschen zu führen. Es ist wichtig, im Auge zu behalten, daß das Alter nichts Pathologisches und der alte Mensch nicht *per se* ein kranker Mensch ist. Die Zielsetzung der therapeutischen Gemeinschaft mit alten Menschen muß deshalb sein, eine rein reparative oder stützende Therapie zu überwinden und Therapie allenfalls noch als Medium zur Selbstverwirkli-

chung und Selbstentfaltung zu verwenden, wie es die gesundheitsorientierte und persönlichkeitsentwickelnde Ausrichtung der Integrativen Therapie vertritt (Petzold 2003a, 2004a). Therapeutischen und nicht-therapeutischen Kollektiven in der Arbeit mit alten Menschen wird in Zukunft meiner Auffassung nach enorme Bedeutung zukommen, denn sie bieten die Möglichkeit, sozialer Deprivation entgegenzuwirken, Isolation und Einsamkeit zu beseitigen, eine Aktivierung der Gesamtpersönlichkeit zu bewirken und einen sozialen Kontext bereitzustellen, in dem nicht nur ein menschenwürdiges Altern, sondern auch ein reiches und erfülltes Alter möglich wird.

Moreno schrieb 1947 in einer der ersten Arbeiten zur »angewandten Gerontologie« :

»Alte Menschen sollten lernen, diesen Fluch [des Alters] nicht hinzunehmen. Sie sollten Freunde finden, wieder jemanden, den sie lieben können. Sie sollten vor allem versuchen, die Jugend ihres sozialen Atoms wiederherzustellen. Es ist wahrscheinlich einfacher, Störungen ihres sozialen Atoms durch soziatrische Maßnahmen anzugehen, als ihre physischen und psychischen Beschwerden zu behandeln. Die Vorstellung, daß Liebe und Spontaneität nur etwas für junge Leute ist und daß alte Leute sich auf den Tod vorbereiten sollten, ist eine antiquierte Grausamkeit. Es muß ein neuer Wind in die Geriatrie als Wissenschaft vom Alter kommen durch die Erkenntnis, daß wir nicht nur innen in uns leben, sondern daß es auch ein >außen< des Selbst gibt, das hoch strukturiert und empfänglich für Wachstum und Verfall ist. Der Tod ist eine Funktion des Lebens. Er hat eine soziale Realität« (Moreno 1947).

Zusammenfassung: Wohnkollektive und therapeutische Wohngemeinschaften – zur konzeptuellen Systematisierung dieser Lebens- und Arbeitsformen und ihrer Bedeutung für die Arbeit mit alten Menschen

Der Beitrag erarbeitet erstmalig für den Bereich „therapeutischer Gemeinschaften“ eine Systematik verschiedener Formen des Wohnens und Lebens in Gruppen mit psychosozialer, soziotherapeutischer und psychotherapeutischer Zielsetzung, wie sie etwa im Bereich der Psychiatrie als „therapeutic communities“ oder in der Drogentherapie als Therapeutische Wohngemeinschaften sich entwickelt haben. Weiterhin wird über solche Wohnformen für alte Menschen, wie sie von Autor erstmalig Ende der sechziger Jahre eingerichtet wurden, und über Erfahrungen mit ihnen und berichtet. Ihr therapeutisches Potential und die Arbeitsform mit solchen Senioren-Wohnkollektiven auf dem Boden der Integrativen Therapie wird dargestellt.

Schlüsselbegriffe: Therapeutische Gemeinschaften, Sozialinterventionen, Wohnkollektive und Hausgemnschaften für Alte, Integrative Therapie

Summary: Residential Collectives an Therapeutic Communities – a Conceptual Systematization of these Models of living and Working Communities and their Relevance for the Work with Old People

The article develops for the domain of “therapeutic communities” for the first time a systematic view on the different types of dwelling and living together in groups that have a psychosocial, sociotherapeutic and psychotherapeutic goal as they can be found in the field of psychiatry as “therapeutic communities” or in drug therapy as “therapeutic treatment collectives”. Furthermore it is reported on forms of collective living with and for the aged, communities that have been inaugurated for that target group for the first time by the author at the end of the sixtieth. The therapeutic potential and the processes of how to work with such collectives for old people on the ground of Integrative Therapy is described.

Keywords: Therapeutic communities, social intervention, communities and collectives for the aged, integrative therapy

Literatur

Die in dieser Arbeit über die nachstehende Literatur hinaus aufgeführten Werke finden sich in:

- Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 367- 412. Die Arbeiten von Petzold und Mitarbeiterinnen finden sich in:
- Petzold, H.G. (2003): Gesamtbibliographie. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2003
- Almond, R., The healing community, Jason Aronson, New York 1974.
- Atlas, L., Morris, M. M., Resident government: An instrument for change in a public institution for indigent elderly. In 24th. Annual Meeting Gerontol; Soc. Abstracts, *Gerontologist* 3, II Autumn 1971, 57.
- Berger, M. M., Berger, L. F., An innovative program for a private psychogeriatric day center. *J. Amer. Geriatr. Soc.*, 1971,332-336.
- Bolkerstein, H., Wohltätigkeit und Armenpflege im vorchristlichen Altertum, Utrecht 1939.
- Butler, R., The life review: An interpretation of reminiscence in the aged, *Psychiatry* 26, 1963, 65-76.
- Bower, H. M., Sensory stimulation and treatment of senile dementia, *The Medical Journal of Australia* 3, 1967, 1113-1118.
- Cumming, J., Cumming, E., Ego and Milieu: The theory and practice of environmental therapy. Atherton Press, New York 1962.
- Delaunay, P., La medicine et l'eglise, Editions Hyppocrate, Paris 1948.
- Dollase, R., Soziometrie als Interventions- und Meßinstrument, *Gruppendynamik* 2, 1975, 82-92.
- Diana, A., Die Bewegung der Fokolarini, Verlag Neue Stadt, München 1975.
- Duwe, Chr., Braun, M., Gruppenarbeit mit alten Menschen in der Heimsituation, Graduationsarbeit, Fachhochschule für Sozialarbeit, Düsseldorf-Eller 1975
- Durand-Dassier, J., Psychothérapies sans psychothérapeutes. Daytop. Communauté de drogués et de psychotiques, Epi, Paris 1970.
- Eliasoph, E., A group therapy-psychodrame program at Berkshire Industrial Farm, *Group Psychotherapy* 1, 1958, 58-62.
- Fairweather, G. W., Treating mental illness in the community: An experiment in social innovation, Wiley & Sons, New York 1968.
- Foucault, M., Die Geburt der Klinik, Hanser, München 1973.
- , Überwachen und Strafen, Suhrkamp, Frankfurt 1976.
- Giet, S., Les idées et l'action sociales de saint Basile, Paris 1941.
- Goffman, E., Asylums: Essays on social situations of mental patients and other inmates, Aldine, Chicago 1961.
- Gottesman, L. E., Milieu treatment of the aged in institutions, *Gerontologist* 13, 1973, 23-26.
- Grauer, H., Institutions for the aged - therapeutic communities? *J. Amer. Geriatr. Soc.* 8, 1971, 687-692.
- Haag, G., 1973 Mitwirkung von Heimbewohnern an der Gestaltung des Heimlebens, *Altenheim* 5, 1974, 99-105.
- Haskel, M. R., An alternative to more and larger prisons: a roletraining program for social reconnection, *Group Psychotherapy* 1/2, 1961, 30-38.
- Haskel, M. R., The contribution of J. L. Moreno to the treatment of the offender. *G.P.* 1/4, 1974, 147-158.
- Heinz, H. P., Gemeinde der Zukunft, nicht erst morgen, München 1975.
- Hilpert, H., Therapeutische Gemeinschaft in einer psychotherapeutischen Klinik. Zum Behandlungskonzept des Cassel Hospitals in London, *Psychother. med. Psychol.* 2, 1979, 46-53.
- Hochschild, A. R., Communal Life-Styles for the Old, *Society* 10, 1973,50-57.
- Hummel, K., Hummel-Steimer, I., Das Altenheim als Gemeinwesen, *Z.f. humanist. Psychol.* 3/4, 1979.
- Jones, M., The Therapeutic Community, Basic Books, New York 1973.
- Kahana, E., The human treatment of old people in institutions, *Gerontologist* 13, 1973, 282-289.
- Kamper, D., Rittner, V., Zur Geschichte des Körpers, Hanser, München 1976.
- Korczak, D., Neue Formen des Zusammenlebens, Fischer, Frankfurt 1979.
- Koty, J., Die Behandlung der Alten und Kranken bei den Naturvölkern, Hirschfeld, Stuttgart 1934.
- Kraus, P., Gustav Werner, Stuttgart 1959.
- Kroll, W., Jesus kommt! Report über die »Jesus-Revolution« unter den Hippies und Studenten in den USA und anderswo, Aussaat Verlag, Wuppertal 1971.
- Kubie, S. H., Landau G., Group work with the aged, Intern. Univ. Press, New York 1953.
- Kulmey, J., Zur Entwicklung der Altersversorgungsanstalten bis zum Beginn des Imperialismus, *Z. f. Altersforschung* 39, 1984, 117-119.
- Land, J. P. N., Anecdota syriaca, 2 vol. Lugduni Bat. 1862.
- Laschinsky, D., Petzold, H., Rinast, M., Exchange Learning. Ein Konzept für die Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 3, 1979; dieses Buch S. 69 ff.
- Lehr, U, Altern als soziales und ökologisches Schicksal, in: Blohmke, M. (Hrsg.), Soziopathologie, Epidemiologie, Stuttgart 1976.
- Lehr, U., Olbrich, E., Ecological correlates of adjustment to aging, in: Thomae (1976), 81-92.

- Lehr, U., Psychologie des Alterns, Quelle & Meyer UTB, Heidelberg 2, 1972, erw. Aufl. 1977.
- , Interventionsgerontologie, Steinkopff, Darmstadt 1979.
- Levinas, E., La trace de l'autre, Paris 1963; dtsh. Die Spur des anderen, Alber, Freiburg 1983.
- Lewis, M., Butler, R., Life review therapy, *Geriatrics* 29, 1974, 166-173.
- Main, T. F., The hospital as a therapeutic institution, *Bull. Menninger Clinic* 10 (1946).
- , The concept of the therapeutic community: Variations and Vicissitudes, *Group Analysis* 10, Supp. 2, 1977.
- Maurer, Y., Petzold, H., Die Therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: R. Battegay, A. Trenkel, Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1978, S. 95-116.
- Meffert, A., Caritas und Krankenpflege bis zum Ausgang des Mittelalters, Freiburg 1927.
- Meinhold, P., Außenseiter der Kirche, Herder, Freiburg 1978.
- Moreno, J. L., Rede über die Begegnung, Kiepenheuer, Potsdam 1923
- , Das Stegreiftheater, Kiepenheuer, Potsdam 1924.
- , Psychological organization of groups in the community, in: Handbook of mental deficiency, 1933, 5-35. Assoc. mental deficiency, Boston.
- , Research Report, II Hudson School, Hudson, N.Y. 1936.
- , Who shall survive? A new approach to the problem of human interrelations. Nervous and Mental Disease Publishing Company, Washington, D. C. 1934; 2. Aufl. Beacon House, Beacon 1953.
- , The social atom and death, *Sociometry* 10, 1947, 81-86. Nachdr. The Sociometry Reader, Free Press, Glencoe 1960.
- , Das Psychodrama, in: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. IV, 312-319. Urban und Schwarzenberg, München 1959a.
- , Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Thieme, Stuttgart 1959b.
- Moreno, J. L., Within, E. S., Application of the Group Method to Classification. National Committee on Prison and Prison Labor, New York 1932.
- , Plan and techniques of developing a prison into a socialized community. National Committee on Prisons and Prison Labor, New York 1932.
- Nahemow, L., Lawtan, M. P., Toward an ecological theory of adaptation and aging. In: Preiser, W. F., Environmental design research, Stroudsburg, Pennsylvania 1973.
- Olechowski, R., Experimente zur Theorie der Inaktivitätsatrophie intellektueller Funktionen, *Z. Gerontol.* 9, 1976, 18-24.
- Oster, C., Sensory deprivation in geriatric patients, *J. Amer. Geriatr. Soc.* 10, 1976, 461-464.
- Overbeck, J. J., S. Ephraemi Syri, Rabbulae aliorumque opera selecta, Oxford 1865.
- Perls, F. S., In and Out the Garbage Pail. Real People Press, Lafayette 1969b.
- , Gestalt, Wachstum, Integration. Vorträge, Aufsätze, Transkripte, hrsg. von H. Petzold, Junfermann, Paderborn 1980.
- Petzold, H. G., Géragogie - nouvelle approche de l'éducation pour la vieillesse et dans la vieillesse, *Publications de l'Institut Saint Denis* 1, 1965.
- , Les Quatre Pas. Concept d'une communauté thérapeutique, Paris, mimeogr. 1969.
- , Le »Gestaltkibbouz« modèle et méthode thérapeutique, Paris, mimeogr. 1970.
- , „Philosophie Clinique, Thérapeutique philosophique, Philopraxie“, Antrittsvorlesung anlässlich der Berufung zum Professor für „Psychologie Pastorale“ am Institut St. Denis, Etablissement d'Enseignement Supérieur Libre des Sciences Théologiques et Philosophiques, Paris.
- , (Hrsg.), Angewandtes Psychodrama in Therapie, Pädagogik, Theater und Wirtschaft, Junfermann, Paderborn 1972, 2. erw. Aufl. (1977).
- , Das Soziodrama als Instrument kreativer Konfliktlösung, in: *Petzold (1973)*, Kreativität und Konflikte, Junfermann, Paderborn 1973.
- , 1974b (Hrsg.). Drogentherapie - Methoden, Modelle, Erfahrungen, Junfermann/Hoheneck, Paderborn; 3.Aufl. Fachbuchhandlung für Psychologie, D. Klotz, Frankfurt 1983, 4. Auf. 2003.
- , Daytop - das »Konzept« einer Therapeutischen Gemeinschaft zur Behandlung Drogenabhängiger, in: *Petzold (1974)*, 62-95.
- , Konzepte zur Drogentherapie, 1974, in: *Petzold (1974)*, 524-529.
- , Integrative Geragogik. Gestaltmethoden in der Bildungsarbeit mit alten Menschen, in: *Petzold, Brown, Gestaltpädagogik*, Pfeiffer, München 1977, 214-246 und dieses Buch S. 31 ff.
- , Der Gestaltansatz in der psychotherapeutischen, soziotherapeutischen und pädagogischen Arbeit mit alten Menschen, *Gruppendynamik* 8, 1977, 32-48.
- , Psychodrama, Therapeutisches Theater und Gestalt als Methoden der Interventionsgerontologie und der Alterspsychotherapie, 1979, in: *Petzold, Bubolz 1979*.
- , Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter - eine Untersuchung von 40 »sozialen Atomen« alter Menschen, *Integrative Therapie* 1/2, 1979.
- , Gestalttherapie in einer integrativen Arbeit mit alten Menschen, 1979, in: *Petzold, Bubolz 1979*.
- , Das Therapeutische Theater V. N. Iljines in der Arbeit mit alten Menschen, *Zeitschrift f Humanist. Psychol.* 4, 1979.
- , Humanisierung des Alters, *Z.f. humanist. Psychol.* 4, 1979.

- , Moreno - nicht Lewin - der Begründer der Aktionsforschung, *Gruppendynamik* 11, 1980j, 142-166.
- , 1981e. Das Hier-und-Jetzt-Prinzip in der psychologischen Gruppenarbeit, in: C. Bachmann, Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981, S. 214-299.
- , Petzold, H.G. (1996k): Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349; auch in: Petzold, Orth (1999a) 337-360.
- , (2003). Gesamtbibliographie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 01/2003 (auch in 2003a).
- , (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- , (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuauflage von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta.
- , (2004l): INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLyLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 03/2004
- , (2004q); Die "Grundregel" im Integrativen Ansatz der Arbeit und Zusammenarbeit mit alten Menschen. In: Petzold (2004a), 361-366.
- , (2005a): MIT alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Petzold, H. G., Bubolz, E., Theorien zum Prozeß des Alterns und ihre Relevanz für geragogische Fragestellungen, in: Petzold, Bubolz, 1976, 116-144.
- , -, Bildungsarbeit mit alten Menschen, Klett, Stuttgart 1976.
- , -, Psychotherapie mit alten Menschen, Junfermann, Paderborn 1979.
- Petzold, H. G., Berger, A., Integrative Bewegungstherapie in der Arbeit mit psychiatrischen Patienten, in: Petzold, H., Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977, 452-477. Gekürzt auch in: Gesundheit, Symposiumsbundel. Interfaculteit Ljchnamelijke Opvoeding. Vrije Universiteit Amsterdam, De Vriesebroch, Haarkin
- , -, Die Rolle der Gruppe in der Integrativen Bewegungstherapie, *Integrative Therapie* 2, 1978a, 79-100.
- , -, Integrative Bewegungstherapie und Bewegungserziehung in der Arbeit mit alten Menschen, *Integrative Therapie* 3/4, 1978b, 249-271; erweitert in: Petzold, Bubolz 1979.
- Petzold, H. G., Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapeutik“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothrophen“ Gesellschaft. Überlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold (2004a) 17-85.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: Petzold, Orth (2004a).
- Petzold, H.G., Schobert, R., 1991. Selbsthilfe und Psychosomatik, Paderborn, Junfermann.
- Petzold, H.G., Schobert, R., Schulz, A., 1991. Anleitung zu "wechselseitiger Hilfe" - Die Initiierung und Begleitung von Selbsthilfegruppen durch professionelle Helfer - Konzepte und Erfahrungen, in: Petzold, Schobert (1991) 207-259.
- Petzold, H.G., Vormann, G. 1980 (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen - Modelle – Supervision. München: Pfeiffer.
- Ploeger, A., Bonzi, A., Markowic, A., Die Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie, Thieme, Stuttgart 1972.
- Rahm, D., Gestaltberatung, Junfermann, Paderborn 1979.
- Ratzinger, J., Geschichte der kirchlichen Armenpflege, Freiburg 1884.
- Reike, S., Das deutsche Spital und sein Recht im Mittelalter, 2 Bd., Stuttgart 1932.
- Rosow, I., The social milieu: neighborhood interaction of the elderly, in: Ostwald, P. F, Communication and social interaction, Grune & Stratton, New York 1977, 291-302.
- Schmidbauer W., (2000):Das Ringen mit dem Alter- Der Supervisor und das Pflegeheim, *Forum Supervision, Zeitschrift für Supervision und Organisation*, Heft 15, März 2000
- Schmidt, R., Wagner, R., Wohngemeinschaften alter Menschen, in: J. A. Schülein (1980).
- Schülein, J. A., Vor uns die Mühen der Ebene. Bestandaufnahme zum Thema Wohngemeinschaft, Focus-Verlag, Gießen 1980.
- , Kommunen und Wohngemeinschaften, der Familie entkommen? Focus-Verlag, Gießen 1978.
- Seabourne, B., Psychodrama und therapeutische Gemeinschaft 1972, in: Petzold, 1972, 141-156.
- Sennett, R. 2002: Respekt im Zeitalter der Ungleichheit, Berlin: Berlin Verlag, 2002.
- Siroka, R. W., Psychodrama in the therapeutic community. *Group Psychotherapy* 3/4, 1967, 123-126.

- Siroka, R. W., Schloss, G. A., The death scene in psychodrama. *Group Psychotherapy* 4, 1968, 202-205.
- Siroka, E., Siroka, R. W., Schloss, G. A., Sensitivity training and group encounter - an introduction, Grosset & Dunlap 1971.
- Siroka, R. W., Siroka, E. K., Psychodrama and the therapeutic community, in: L. Blank, G.B. Gottsegen, M.G. Gottsegen: *Confrontation*, Macmillan, New York 1971.
- Stevens, B., Don't push the river, Real People Press, Lafayette 1970.
- Stotsky, B. A., The nursing home and the aged patient, New York 1970.
- Tews, H. P., Soziologie des Alterns. Erster und zweiter Teil. Quelle & Meier, Heidelberg 1971; 2. Aufl. 1974.
- , Grenzen der Altenbildung, *Zeitschr. Gerontolog.* 9, 1976, 58-72.
- Thomae, H., Patterns of aging. Findings from the Bonn Longitudinal Study of Aging, Karger, Basel 1976.
- Thomassin, L. U., *Vetus et nova ecclesiae disciplina*. 3. vol. Paris 1679.
- Tobin, S. A., Saying Good-Bye in Gestalt Therapy, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 8, 150-155; dtsh. *Gestalt-Bulletin*, Jg. 1980.
- Veltin, A., Die therapeutische Gemeinschaft im deutschen Krankenhaus, *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 2, 1968, 190-196.
- Vincentz, F. (Hrsg.), *Altenheim - Handbuch*, Hannover 1971.
- Vööbus, A., Einiges über die caritative Tätigkeit des syrischen Mönchtums, Pinneberg 1947.
- Weiner, M. F., *Therapist disclosure. The use of Self in Psychotherapy*, Butterworth, Boston 1978.
- Wurster, P., *Gustav Werner und sein Werk in seiner Bedeutung für die sozialreformatrischen Aufgaben der Gegenwart*, Tübingen 1887.
- Yablonsky, L., Synanon, ein neuer Weg in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974, in: *Petzold* (1974b).

Nachtrag neuerer Arbeiten (Stand 1985) zum Thema, neueste Lit. in Petzold 2004a, 2005a:

- Behrens, P., Nach 40 000 Stunden ein Wohnprojekt für »Alt und Jung«, *Forum Sozialstation* 26, 1984, 14-16.
- Curley, J. S., Letting the inmates run the asylum: another point of view, *Activities, Adaptation & Aging* 3, 1983, 13-16.
- Cooper, B., Mahnkopf, B., Bickel, H., Psychische Erkrankung und soziale Isolation bei älteren Heimbewohnern - eine Vergleichsstudie, *Z. f. Gerontologie* 17, 1984, 117-125.
- Dieck, M., Selbständiges Wohnen im Alter. Wohnen in der Altenwohnung, *Evangelische Impulse* 2, 1984, 8-13.
- Dietrich, H., Wohngemeinschaft in Verbindung mit Altenheim, *Evangelische Impulse* 2, 1984, 14-15.
- Fengler, A. P., Danigelis, N., Little, V. C., Later life satisfaction and household structure: living with other and living alone, *Aging and Society* 3, 1983, 357-377.
- Hummel, K., *Öffnet die Altersheime*, Beltz, Weinheim 1982.
- , Nachruf auf die Altenheime, *Blätter der Wohlfahrtspflege* 10, 1984, 223-227.
- KDA-Institut, Alternative Wohnformen für alte Menschen, *Sozialberufe* 14, 1983, 19-20.
- Lotze, J., Das psychiatrische Krankenhaus und das Altenheim: Konkurrenten, Alternativen oder Glieder einer therapeutischen Kette für verwirrte alte Menschen, *heim + anstalt* 7, 1984, 244-248.
- Nieder, J., Wohngemeinschaft für ältere Menschen. Konzept einer rehabilitativen Gerontopsychiatrie, *Psychiatrische Praxis* 11, 1984, 38-41.
- Noelker, L. S., Poulshock, W. S., Intimacy: factors affecting its development among members of a home for the aged, *Int. J. Aging and Human Development* 3, 1984, 177-190.
- Peace, S., Das Leben von Kleingruppen im Altenheim, *Altenpflege* 8, 1983, 339-342.
- Runge, I., Wohnformen für ältere und behinderte Bürger, *Z. f. Altersforschung* 3, 1984, 175-176.
- Stolarz, H., Winter, H.-P., Alternative Wohnformen älterer Menschen, *Evangelische Impulse* 2, 1984, 16-18.
- Streib, G. F., Wohngemeinschaften für Senioren in den USA, *Das Altenheim* 21, 1982, 241-242.
- , Wohngemeinschaften für Ältere, *KDA Presse- und Informationsdienst* 4, 1982, 8-13; 5, 1982, 11-13.
- Schmidt, R., Wohngemeinschaften alter Menschen, *Evangelische Impulse* 3, 1983, 7-10.