

Diagnose und Therapie von Demenz aus umweltpsychologischer Sicht

Autor(en): **Welter, Rudolf**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA**

Band (Jahr): **56 (1985)**

Heft 11

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-811772>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Diagnose und Therapie von Demenz aus umweltpsychologischer Sicht *

1. Einleitung

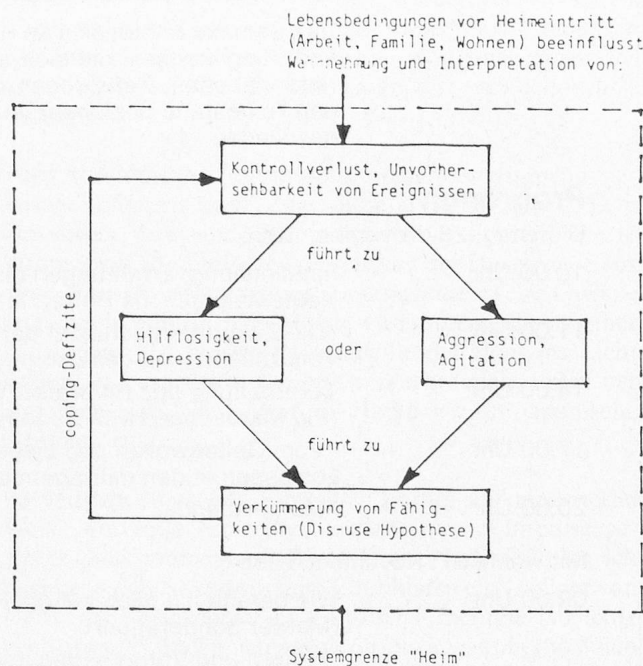
Die Umweltpsychologie geht von der These aus, dass die bei älteren Menschen beobachteten «geistigen und sozialen Zerfallserscheinungen» (so die etwas volkstümliche Definition von «Demenz» nach Pschyrembel) nicht nur biologisch-organisch erklärt werden können (Rodin, 1980, S. 171). Zahlreiche Untersuchungen und eigene Beobachtungen weisen darauf hin, dass älteren Menschen Kontrolle bei der Gestaltung des Lebens und der Lebensräume entzogen wird. Neben Kontrollentzug wird der ältere Mensch auch häufig mit Ereignissen konfrontiert, die für ihn – aus unterschiedlichen Gründen – unvorhersehbar sind. Kontrollentzug und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen kann einerseits zu Hilflosigkeit und Depression (verbunden mit coping-Defiziten), andererseits zu Aggression und Agitation führen. Aus physiologischer Sicht glaubt man, dass Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen (als eine besondere Form von Stress) zu einer depressions-fördernden Absenkung des Hirn-Norepinephrinniveaus führen (Schulz, 1980, S. 273, 274).

In dieser Arbeit werden solche Zusammenhänge, wie eben beschrieben, anhand von Beispielen aus Pflegeinstitutionen dargestellt. Die dabei diskutierten Konzepte lassen sich aber auch auf das Leben von betagten Menschen ausserhalb von Pflegeinstitutionen übertragen.

Die hier vorgestellte umweltpsychologische Sicht von geistigen und sozialen Zerfallserscheinungen soll nicht in Konkurrenz zu medizinischen Sichtweisen stehen, sie soll vielmehr letztere ergänzen, komplementieren. Sie soll das Diagnosenrepertoire gewissermassen erweitern und damit auch das Therapieangebot bereichern. Allerdings beinhaltet «Therapie», dass nicht nur Menschen «therapiert» werden, sondern auch Umweltbedingungen. Eben solche, die geistige und soziale Fähigkeiten verkümmern lassen, solche, die von Menschen als Kontrollentzug wahrgenommen werden.

II. Einführung in Begriffe

Die untenstehende Graphik zeigt die im folgenden erklärten Begriffe in deren Zusammenhängen, als zirkuläres Rückkopplungsmodell:



1. Kontrollverlust, Unvorhersehbarkeit von Ereignissen

Der Mensch ist von Natur aus ein relativ autonomes Wesen. Er entwickelt durch Austauschbeziehungen mit anderen Menschen und der Umwelt geistige und soziale Fähigkeiten. Damit will er Kontrolle ausüben über die Gestaltung seines Lebens und seiner Umwelt. Damit er dies tun kann, braucht er sog. Handlungs- und Gestaltungsfreiräume. Solche Freiräume müssen etwa in der Arbeit, in der Familie oder beim Wohnen gegeben sein. Das Ausmass vorhandener Freiräume wird nicht nur mittels Arbeits- und Wohnbedingungen bestimmt, sondern auch durch Reglementierungen und durch das Verhalten von Mitmenschen.

Eine bedeutende Quelle von Kontrollverlusten tritt dann in Erscheinung, wenn der Mensch unter merkbaren organischen *Behinderungen* leidet. Durch Behinderungen der Motorik, durch Hör- und Sehverluste wird zum Beispiel der Aktionsradius des Menschen mehr oder weniger stark eingeschränkt. Solche Verluste können zwar zum Teil kompensiert werden durch technische Lösungen (Brillen, Hörhilfen, Rollstuhl), wie auch durch eine sinnvolle Gestaltung der Umwelt.

Kontrollverluste werden dem Menschen nun aber auch seitens der *Umwelt* auferlegt. Untersuchungen und eigene Beobachtungen weisen zum Beispiel darauf hin, dass viele

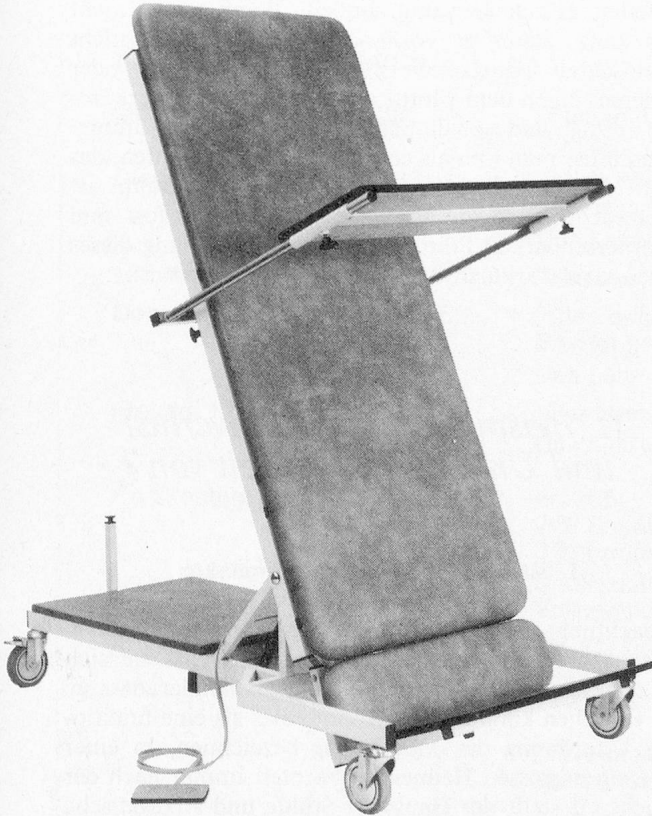
* Umgearbeitete und ergänzte Fassung eines Referates, gehalten am Weiterbildungskurs in Geriatrie für Mediziner, Felix-Platter-Spital, Basel, April 85.

Alles für Ihre Physiotherapie

zum Beispiel:

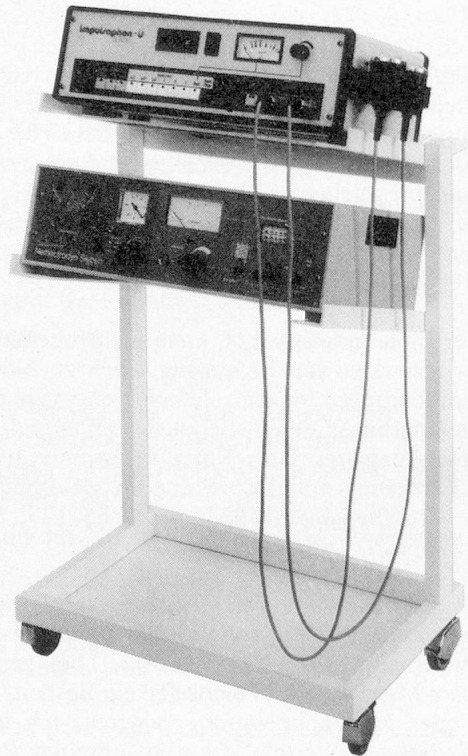
Standing-bed

für das tägliche Stehtraining Ihrer Patienten. Diverse Untersuchungs- und Spezialliegen lieferbar.



Impulsaphon M 100 Nemectrodyn 7

Die ideale Kombination von Reizstrom mit Ultraschall: Impulsaphon 100 und Nemectrodyn 7. Damit Ihre Patienten gerne in die Therapie kommen. (Die Behandlung mit Ultraschall und Mittelfrequenzstrom ist aber nicht nur angenehm, sondern auch äusserst wirkungsvoll.)



GUTSCHEIN

ich wünsche

Offerte

unverbindliche Demonstration
Probeflieferung nach vorheriger tel. Vereinbarung

- Interferenzstrom-Therapiegeräte
- Niederfrequenzstrom-Therapiegeräte
- Ultraschall-Therapiegeräte
- Mikrowellen-Therapiegeräte
- Massage-Geräte
- Fango-Aufbereitungsanlagen
- Wärme- und Kältekompressen
- Massage-Liegen
- Gymnastik-Geräte
-

Kompl. Therapie-Einrichtung

NAME: _____

ADRESSE: _____

PLZ/ORT: _____

TEL.: _____

FRITAC MEDIZINTECHNIK AG CH-8031 Zürich
Hardturmstrasse 76 · Postfach · Telefon 01 - 42 86 12



eintretende Bewohner von Heimen nicht mitentscheiden können über den Zeitpunkt des Eintritts, in welches Heim und in welches Zimmer sie kommen und damit auch, mit wem sie zu leben haben. Damit wird das Ereignis «Heim-eintritt» für die Betroffenen unkontrollierbar und unvorhersehbar. Andere entscheiden und handeln für Betroffene (Lehr, 1972, S. 268; Seligman, 1983, S. 175). Weitere Beispiele von Kontrollentzug werden im Teil III aufgeführt.

2. Hilflosigkeit/Depression, Aggression/Agitation

Wenn der Mensch bestimmte Aspekte in seinem Leben, die für ihn wichtig sind, nicht mehr kontrollieren kann und wenn dazu einschneidende Ereignisse und Veränderungen nicht vorhersehbar sind, löst dies Stress aus (Rodin, 1980, S. 172). Stress wegen Informationsmangel, wegen Nichtbeteiligtsein an Entscheidungen. Die beschriebenen Bedingungen können aber auch ein Gefühl der Hilflosigkeit aufkommen lassen: der Mensch kommt zum Schluss, dass nicht er es ist, der sein Leben bestimmt, sondern dass sein Leben von Schicksal und von Entscheidungen anderer geleitet ist. Er spürt, dass seine Handlungen keine Wirkung mehr zeigen. Mit der Zeit resigniert der Mensch und, wenn dies ein Dauerzustand ist, kann dies bald einmal zur Depression führen.

Wie in der Einleitung erwähnt, kann Kontrollentzug und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen auch zu biochemischen Veränderungen im zentralen Nervensystem führen. Diese Veränderungen manifestieren sich unter anderem in einer Absenkung des Hirn-Norepinephrinniveaus, was mit der Förderung von Depression in Zusammenhang gebracht wird (Seligman, 1983, S. 41, 65, 175; Schulz, 1980, S. 273, 274).

Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen kann aber auch zu Aggression und Agitation führen (Silver/Wortmann, 1980, S. 285, 286). Dies zeigt sich etwa, indem Menschen mit Feindseligkeit, Bosheit, Widerständen oder Nichtkooperation reagieren. Ich bin der Meinung, dass zum Beispiel das weitverbreitete Problem der Inkontinenz in Heimen auch als Reaktion auf Kontrollverlust zu sehen ist und nicht nur als physiologisches Alterungsproblem. Das heisst: Menschen reagieren auf Kontrollverlust (zum Beispiel Daueraufenthalt in einem Mehrbettzimmer) mit Trotz, eben mit Inkontinenz, sie üben dort noch Kontrolle aus, wo ihnen niemand Kontrolle wegnehmen kann.

Warum Menschen auf Kontrollentzug und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen entweder mit Hilflosigkeit und Depression oder mit Aggression und Agitation reagieren, ist eine komplexe Frage. Zum einen beeinflussen die Lebensbedingungen, in denen die Betroffenen gelebt haben vor dem Heimeintritt, die Wahrnehmung und Interpretation von Kontrollentzug und Unvorhersehbarkeit. In der Arbeit, Familie und Freizeit eignen sich Menschen Fähigkeiten unterschiedlicher Ausprägung zur Bewältigung von Stress, Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit an. Darüber hinaus versuchen sogenannte Attributionstheorien zu erklären, dass Menschen Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit unterschiedlichen Ursachen und Umständen zuschreiben. Man schreibt sie sich etwa selbst zu oder anderen; oder: man nimmt an, dass Zustände von

Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit für immer dauern oder nur vorübergehend; oder: man nimmt an, dass sie sich auf alle Lebensbereiche auswirken oder nur auf einzelne (Schulz, 1980, S. 269; Silver/Wortman, 1980, S. 286).

3. Verkümmern von Fähigkeiten (Dis-use Hypothese, Lehr, 1972, S. 75)

Durch Hilflosigkeit, Depression oder Aggression, Agitation blockiert, kann der Mensch nicht mehr selbständig beurteilen, entscheiden und handeln. Wenn er dies nicht mehr kann, kann er vorhandene (verschüttete, nicht ausgelöschte!) Fähigkeiten nicht mehr einsetzen oder trainieren. Nach dem Motto «wer rastet rostet» verkümmern geistige und soziale Fähigkeiten. Diese Verkümmern muss man nun als coping-Defizite betrachten, das heisst: das zum Bewältigen geforderte Individuum ist «geschwächt», was zu noch mehr Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit führt. Daher die Bezeichnung dieses Vorganges als zirkulär, wie dies vorne dargestellt ist.

III. Beispiele für Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen

1. Sitzordnung und soziale Kontakte

Beobachtung: Menschen in Eingangshallen von Heimen stellen Stühle und Tische so zueinander, dass sie sich von vorne sehen können und so nahe zueinander, dass sie sich verstehen können. Man könnte dies als eine funktionelle Unordnung der Möblierung bezeichnen. In einer Halle eines grossen Heimes beobachtet: immer nach der Besuchszeit stellt der Hauswart Stühle und Ablegetische zurück in Reih und Glied. Besucher und Bewohner stellen während der Besuchszeit wieder um. Das wird dem Hauswart zuviel, er beantragt eine neue Möblierung: fest angeschraubte Stühle und Tischchen. Jetzt sitzt alles nebeneinander, spricht kaum jemand miteinander. Wer jetzt beobachtet, denkt: alte Menschen wollen keinen Kontakt miteinander haben, in Wirklichkeit ist es schwierig geworden, Kontakte zu haben; soziale Fähigkeiten verkümmern, weil den Menschen Spielraum in der Möbelanordnung weggenommen wurde.

2. Schwellenängste

Interviewergebnis: Bewohner in Kliniken verlassen Zimmer nur zögernd oder überhaupt nicht, weil man direkt auf eine öffentliche Zone (Flur) tritt, wo Durchzug herrscht, viel «Verkehr» vorhanden ist, sich fremde Menschen bewegen. Sie haben Angst vor Zusammenstössen, bleiben im Zimmer. Dies bedeutet einen Kontaktverlust wie auch eine Einschränkung im Bewegungsspielraum. Menschen können sich nicht frei bewegen, können nicht frei Kontakte aufnehmen. Motorische und soziale Fähigkeiten verkümmern.

LEBEN UND LEBEN LASSEN

VSA-Seminarwoche für Heimleitungen und Kaderpersonal
13.-17. Januar 1986, Propstei Wislikofen
Leitung: Dr. Imelda Abbt

Die Teilnehmer der letztjährigen Januarwoche haben sich für dieses Thema entschieden. Es geht um die Grundeinstellung in den Wechselfällen des Lebens. Es ist dies etwas, um das bis zum Tode gerungen werden muss.

Aus dem Programm:

- Montag, 13. Januar 1986: **«Fühlen, dass man lebt, ist angenehm!»**
Von den verschiedenen Wertvorstellungen des Lebens.
- Dienstag, 14. Januar 1986: **«Alles Wissen ist Wissen vom Leben und alles Erkennen Staunen über das Rätsel des Lebens.»**
Das Lebensverständnis Albert Schweitzers
- Mittwoch, 15. Januar 1986: **Kunstmaler Rainer Kunz, Luzern, wird diesen Tag gestalten.**
- Donnerstag, 16. Januar 1986: **«Die Losung des Lebens: Gib – nimm! Jeder Mensch Spender und Empfänger.»**
Das Lebensverständnis Martin Bubers
- Freitag, 17. Januar 1986: **«Der Mensch lebt nicht vom Brot allein.»**
Das biblische Lebensverständnis
- Kurskosten: Fr. 265.–
9 % Ermässigung für Teilnehmer(innen) aus VSA-Heimen
3 % Ermässigung bei persönlicher VSA-Mitgliedschaft
Unterkunft und Verpflegung in der Propstei Wislikofen separat, Vollpension zirka Fr. 60.– pro Tag
- Anmeldung: Bis 31. Dezember 1985 an das Kurssekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich
Telefon 01 252 47 07 (nur vormittags)
- Die Anmeldung wird nicht bestätigt. Die Kursunterlagen erhalten Sie spätestens 1 Woche vor Kursbeginn.

Anmeldung Seminarwoche Wislikofen 1986

Name, Vorname _____

Adresse, Tel. _____

PLZ/Ort _____

Name und Adresse des Heims _____

Unterschrift und Datum _____

- Unterkunft in Wislikofen erwünscht
- VSA-Mitgliedschaft des Heims bitte Zutreffendes ankreuzen
- Persönliche VSA-Mitgliedschaft

Angemeldeten Teilnehmern, die eine Unterkunft bestellt haben, muss bei Rückzug der Anmeldung nach Ablauf der Anmeldefrist eine Annullationsgebühr von Fr. 100.– berechnet werden.

3. Territoriale Unbestimmtheiten

Zum Beispiel im Zweibettzimmer: Darin gibt es eine «Fensterzone» (Platz bei Fenster) und eine «Türzone» (Platz bei Zimmereingang). Die zwei Bewohner überschreiten gegenseitig ihrer Territorien: wenn ein Bewohner zu seiner Fensterzone gelangen will, durchquert er die Zone des türseitig liegenden. Wenn er zu seinem Schrank und Lavabo kommen will (zentrale Anordnung neben Türe) durchquert er wiederum das Territorium des türseitig liegenden Bewohners. Beobachtung: Bewohner in Zweibettzimmern haben überdurchschnittlich viele Konflikte miteinander. Wird dies zum Dauerzustand, pflegen sie keinen Kontakte mehr miteinander, sie werden einsam, soziale Fähigkeiten verkümmern.

4. Schränke in den Zimmern

Beobachtung: bettlägerige Bewohner/Patienten können nicht selbständig zu ihren persönlichen Gegenständen gelangen, die sie in den Schränken haben, weil diese zu weit entfernt sind (in den meisten Heimen und Kliniken sind alle Schränke eines Zimmers in einer Ecke zentral angeordnet). Zudem öffnen sich zum Teil Türen zu den Schränken gegen den Nutzer, so dass zum Beispiel ein Bewohner im Rollstuhl nicht an seine Sachen herankommt. Mit der Zeit geben diese Bewohner ihre Bemühungen auf, weil die Zugänglichkeit erschwert ist. Sie müssen andere fragen, bewegen sich nicht mehr. Selbständigkeit ist gefährdet.

5. Mangelnde Privatheit (Crowding)

Der Bewohner im Mehrbettzimmer hat keine Kontrolle über seine sozialen Beziehungen. Er kann nicht entscheiden, wann er alleine sein, wann er mit anderen sein will (besonders der Bettlägerige). Er zieht sich zurück, fühlt sich einsam (Welter, 1978, S. 174). Crowding fördert Hilflosigkeit und Depression (Seligman, 1983, S. 154).

IV. Therapieansätze

Bei all den oben aufgeführten Beispielen stellt sich immer wieder die Frage: Als was werden die beobachteten Verkümmern von geistigen und sozialen Fähigkeiten interpretiert: nur als Folge von altersbedingten Demenzercheinungen oder auch als Folge der beschriebenen Kontrollentzüge? Von grosser Bedeutung ist die Frage deshalb, weil – je nach Interpretation – die Therapie entsprechend eingeleitet wird. Aus einer rein biologisch-organischen Sichtweise wird man wahrscheinlich zu Medikamenten greifen, dem Betroffenen unter Umständen noch mehr Handlungs- und Gestaltungsfreiraum entziehen. Aus einer ökologischen Sicht wird man – durch Versuch und Irrtum geleitet – verschüttete Fähigkeiten zu entdecken und fördern versuchen. Man hilft dem Betroffenen, Möglichkeiten zu Kontrollgewinn zu erkennen und zu nutzen.

In anderen Worten: Wenn Kontrollverlust und Unvorhersehbarkeit von Ereignissen zu blockierender Hilflosigkeit, Depression oder Aggression und Agitation führen,

müssten Kontrollgewinn und Vorhersehbarkeit zu Vermeidung von Stress, Hilflosigkeit und Depression und allgemein: zu einem mehr selbstregulierten, selbstbestimmten Alter führen.

Fragen, die auftauchen: Wie macht man das, und wollen das die Betroffenen eigentlich?

Zum ersten Teil der Frage: Wie kann man Betroffenen Kontrolle übertragen, für sie Ereignisse durchschaubarer und vorhersehbarer machen? Ein entscheidendes Vorgehen besteht darin, aus Betroffenen *Beteiligte* zu machen. Dazu wurden in der sogenannten Organisationsentwicklung einige Arbeitstechniken entwickelt (vergleiche zum Beispiel Welter, 1985). Es geht dabei darum, Betroffene an Entscheidungen, bei der Suche nach Handlungsalternativen zu beteiligen, sie selber erkennen zu lassen, wo Gestaltungsfreiräume bestehen. Am Schluss dieses Beitrages werden einige solcher Techniken kurz vorgestellt. Hier sollen nun noch einige wichtige Voraussetzungen erwähnt werden, die gegeben sein müssen, damit Betroffene überhaupt miteinbezogen werden in die Gestaltung ihrer eigenen Lebensentwicklung und Lebensräume:

Im Heimalltag hört man oft Bezeichnungen, die man älteren Menschen gibt, wie «abgebaut», «desinteressiert», «apathisch» oder «verwirrt» usw. Es ist wichtig, daran zu denken, dass dies vorerst nur *Verhaltensbeobachtungen* und keine Diagnosestellungen sind! Man beobachtet, dass sich ältere Menschen auf eine bestimmte Art verhalten. Für eine Diagnosestellung müsste man jetzt – indem man Betroffene in Handlungsabläufe, Entscheidungs- und Gestaltungsprozesse einbezieht – herausfinden, ob diese Verhaltensweisen mit organischen oder mit Umwelt-Defiziten zu tun haben. Eben Umweltbedingungen, die nicht stimulierend sind, Kontrolle entziehen, die unvorhersehbar sind, die Betroffene am Sichbeteiligen ausschliessen.

Hierher gehört auch die Frage, wie sich Experten gegenüber Betroffenen verhalten: Handeln und entscheiden diese nicht oft *für* die Betroffenen statt mit ihnen zusammen? Zusammen entscheiden und handeln bedeutet für Betroffene Kontrollrückgewinnung, Überwindung von Hilflosigkeit, bedeutet eben: Betroffene zu Beteiligten machen.

Wollen das die Betroffenen? Ich glaube, man kann diese Frage nur beantworten, indem man beginnt, *miteinander* zu handeln. Und: Wenn Experten mit Betroffenen zusammen handeln *wollen*, geben sie diesen die Chance, aus ihrer Hilflosigkeit herauszukommen. Dann wird aus der Frage des Wollens eine Frage des Könnens. Das heisst: Wie können Betroffene üben, sich zu beteiligen, üben, Kontrolle zu übernehmen, und da gibt es, wie gesagt, verschiedene Arbeitstechniken (vergl. auch Kaplan/Kaplan, 1982, S. 224, 239, 240).

Als Berater in unterschiedlichen Arten von Heimen mache ich übrigens die Erfahrung, dass viele Betroffene bereit sind, sich an Projekten zu beteiligen, die mit Kontrollrückgewinnung zu tun haben. Offenbar sind das Menschen, die den Mut nicht verloren haben, die um ihr Überleben kämpfen, nicht aufgeben, sich nicht anpassen. Das sind in Heimen aber oft die «Schwierigen», die Unruhestifter, die eher als Sand im Getriebe statt als Motor für nötigen Wandel angesehen werden.

Beispiele von Veränderungsprojekten

Die im folgenden beschriebenen Beispiele sollen zum einen illustrieren, wie Betroffene in Veränderungsprojekten einbezogen werden können, zum anderen, was dabei verändert werden kann. Vorerst noch drei Ziele, auf denen Veränderungsprojekte basieren sollten:

- Experten sollten Betroffenen helfen, Entscheidungs- oder Übergangssituationen (zum Beispiel Heimeintritt) durchschaubarer und vorhersehbarer zu machen. Experten sind Berater, nicht Entscheider!
- Experten sollten dafür besorgt sein, dass Handlungs- und Gestaltungsfreiräume erweitert werden. Sie sollten Betroffenen helfen, vorhandene Freiräume zu entdecken und zu nutzen.
- Experten sollten sich neben der Erhaltung einer körperlichen Selbständigkeit auch für die Erhaltung einer geistigen und sozialen Autonomie der Betroffenen einsetzen.

① In einem Heim für geistig und körperlich Behinderte wurde mit Hilfe von Modellen und Rollenspielen, zusammen mit den Betreuern, Wege gesucht, um den Behinderten mehr Privatsphäre in den Schlafzimmern zu geben (vgl. auch Breitenbucher et al, 1981).

Aufgrund dieser Zusammenarbeit wurden leichte, flexible Trennwände mit Schränken an jedem Bett gebaut und in die Zimmer gestellt. Zum grossen Erstaunen aller Beteiligten haben sich über Nacht die Behinderten selbständig in die entstandenen Nischen eingenistet, störende Aggressionen sind verschwunden, Beruhigungsmittel werden kaum noch verabreicht, epileptische Anfälle sind zurückgegangen. Die Behinderten sind gegenüber ihren Betreuern anspruchsvoller geworden, das heisst: Sie *agieren* jetzt auch, während vorher ein Reagieren auf Aufforderungen der Betreuer im Vordergrund stand.

② In einem Forschungsprojekt (Kemmer/Welter, 1983) suchten Bewohner mit dem Pflegepersonal von Pflegeheimen gemeinsam nach architektonischen und organisatorischen Verbesserungsmöglichkeiten. Es wurde dabei unter anderem festgestellt, dass Bewohner erstaunliche Fähigkeiten entwickeln, wenn es darum geht, zum Beispiel alternative Bettenstellungen in den Zimmern auszuprobieren.

Dabei wurden von Bewohnern ausführliche Listen von Vor- und Nachteilen unterschiedlicher Bettenstellungen für sich und das Personal erarbeitet. Solche betroffenenbezogenen Untersuchungen führen unter anderem auch dazu, dass bestehende Gestaltungsrichtlinien für den Bau von Heimen kritisch überprüft werden müssen. Sodann lernen Betroffene, dass Einrichtungen und Organisationsformen in Heimen veränderbar sind, dass sie sich den Bedürfnissen der Bewohner anpassen lassen.

③ In einem Heim für Alkohol-Abhängige wurde unter den etwa 60 Bewohnern ein Wettbewerb für die Umgestaltung eines Aufenthaltsraumes ausgeschrieben und durchgeführt. Wider Erwarten (vor allem seitens der Verwaltung und der Klinikleitung) gingen 25 Entwürfe ein, von denen anschliessend der beste ausgesucht wurde, und zwar unter Einbezug aller Beteiligten.

Schlussbemerkung

Die wenigen Beispiele sollten verdeutlichen, dass:

- Betroffene sich an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen durchaus beteiligen wollen und können, wenn man von einem positiven Menschenbild von Betroffenen ausgeht (Welter, 1985, S. 39) und geeignete Vorgehen gewählt werden;
- Betroffene durchaus in der Lage sind, die für sie vorgenommenen Veränderungen zu nutzen, im Sinne einer Erhaltung oder Förderung geistiger und sozialer Fähigkeiten;
- aus Projekten, in denen Betroffene einbezogen werden, wichtige Erkenntnisse a) für die Gestaltung bzw. Umgestaltung von Pflegeinstitutionen und Betreuungsorganisationen und b) für zukünftige Verhaltensweisen von Experten gegenüber Betroffenen gewonnen werden.

Literaturverzeichnis

Breitenbucher, P., Meier M., Rösiger, A., Welter, R., Modell- und Situationsspiele als Instrument partizipativer Planung am Beispiel Krankenhaus. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik, 6/Heft 2, 1981.

Kaplan, S., Kaplan, R., Cognition and Environment in an Uncertain World. Praeger, New York, 1982.

Kemmer, R., Welter, R., Coping mit Lebensproblemen am Beispiel von Multiplesklerose-Betroffener dargestellt. Bern, Meilen, 1983.

Lehr, U., Psychologie des Alterns. Uni-Taschenbücher 55, UTB, Heidelberg, 1972.

Rodin, J., Managing the Stress of Aging: the Role of Control and Coping. In: Coping and Health, Levin and Ursin (Hrsg.), Plenum Press, New York and London 1980.

Schulz, R., Aging and Control. In: Human Helplessness, Garber and Seligman (Hrsg.), Academic Press, New York, 1980.

Seligman, M.E.P., Erlernte Hilflosigkeit. Urban & Schwarzenberg, München, 1983.

Silver, R. L., Wortman, C.B., Coping with Undesirable Life Events. In: Human Helplessness, dito.

Welter, R., Adaptives Bauen für Langzeitpatienten. Eigenverlag, Meilen, 1978.

Welter, R., Sind Heimstrukturen, Mitarbeiter und Bewohner anpassungsfähig – wie weit sollen sie es sein? In: Schweizer Heimwesen, Fachblatt VSA, 56/Heft 1, 1985.

Welter, R., Förderung und Belebung des Wohnens und Betreuens in Heimen, ein Arbeitsbuch zur Selbsthilfe. Gottlieb-Duttweiler-Institut, Zürich, 1985.

Die Freiheit des Menschen

liegt nicht darin, dass er tun kann,
was er will, sondern dass er nicht tun
muss, was er nicht will.

JEAN-JACQUES ROUSSEAU