

Zusammenfassung

Territoriale Bedingungen in Kliniken, mitbestimmt durch die Architektur, werden selten als Mitauslöser von Gewalt und Aggressionen gesehen. In diesem Artikel wird anhand von Beispielen gezeigt, wie ungünstige territoriale Bedingungen einerseits zu Gewalt und aggressiven Übergriffen unter Patientinnen und Patienten führen, andererseits auch zu Rückzugsverhalten (soziale Isolation) und/oder Resignation. Lösungsorientierte Beispiele zeigen, wie das Personal zusammen mit Patienten nach Veränderungen suchen und diese umsetzen kann – oft mit bescheidenen Mitteln – wodurch die Auslösung von Gewalt und Aggression gemeinsam besser kontrolliert oder ganz verhindert werden kann.

Architektur, Gewalt und Aggression in Kliniken

Rudolf Welter

Welter und Simmen, Organisationsberatungen, Meilen

Um es vorwegzunehmen: Architektur selbst führt nicht direkt zu Gewalt und Aggression. Es sind die sozialen und territorialen Bedingungen, die – durch Architektur mitbestimmt – zu Gewalt und Aggression führen. Ich möchte noch genauer definieren: Zu Gewalt und aggressiven Übergriffen wird es um so eher kommen, je weniger Patienten in Kliniken Einfluß auf die Gestaltung von sozialen und territorialen Bedingungen nehmen können, das heißt, wenn sie diesen machtlos ausgeliefert sind.

Gewalt und Aggression treten bekanntlich in verschiedenen Formen auf: Sie richten sich gegen sich selbst, oder richten sich gegen Mitmenschen – in Kliniken sind das die Mitpatienten oder das Personal. Sie können aber auch gegen materielle Einrichtungen in der Wohnumwelt gerichtet sein, indem z. B. Möbel und sonstige Einrichtungsgegenstände zerstört werden. Es ist aber mit Nachdruck zu betonen, daß der Entzug von Einflußmöglichkeiten über soziale und territoriale Bedingungen auch zu Resignation und Rückzugsverhalten führen kann. Menschen, die täglich erleben, daß auf ihr Bedürfnis der Mitgestaltung ihres Lebensumfeldes nicht eingegangen wird, verfallen häufig in einen Zustand der Hilflosigkeit bis hin zu Depressionen (Seligmann 1983). Beide Formen der Reaktionen auf ungünstige soziale und

territoriale Bedingungen, Gewalt oder Rückzug, sind sicherlich ungünstige Ausgangslagen für rehabilitative und therapeutische Bemühungen seitens des Klinikpersonals. Patienten werden in dieser Lage ihre Copingfähigkeiten nicht nutzen können, weil Gewalttätigkeiten und Aggressionen oder Hilflosigkeit und Resignation diese verkümmern lassen (vgl. Abb. 1; Welter 1986; Lehr 1972).

Ich werde in diesem Beitrag mit Beispielen zeigen, was mit sozialen und territorialen Bedingungen gemeint ist und wie sich der Entzug von Einflußmöglichkeiten auf Patienten auswirkt. Im letzten Teil werde ich Ansätze formulieren, wie Patienten in Kliniken mittels Unterstützung durch das Personal zu einer Rückgewinnung von Einflußmöglichkeiten verholfen werden kann.

Soziale und territoriale Bedingungen und der Entzug von Einflußmöglichkeiten

Das Mehrbettzimmer

Die meisten Menschen in unserer Kultur sind gewohnt, im Leben Einfluß darauf zu nehmen, wieviel Privatsphäre sie haben und wieviel Kontakt sie mit Mitmenschen aufnehmen wollen. Beim Eintritt in eine Klinik sieht dies nun ganz anders aus: Plötzlich findet sich der Patient in einem Mehrbettzimmer, das er mit unbekannten Menschen teilen muß. Ohne Schutz vor Nachbarpatienten ist er fast

Architecture, violence and aggression in clinics

Rudolf Welter

Summary

Territorial conditions in clinics are rarely seen as an important cause of violence and aggression. This article demonstrates – supported by examples from field projects – how detrimental territorial conditions lead to the eruption of violence and ag-

gression as well as to the withdrawal of patients from social life and/or resignation. Solution-focused examples show how the clinic staff, together with patients, can change territorial conditions – often by minimal effort – so that the eruption of violence and aggression can be better controlled or avoided altogether.

dauernd den Blicken und Verhaltensweisen der anderen ausgeliefert. Ohne klare Abgrenzung überlagern sich im Mehrbettzimmer die privaten Territorien: „Wo beginnt mein Lebensumfeld, wo endet jenes meiner Mitbewohner“?, ist eine Frage, die sich Patienten und Patientinnen im Stillen oft stellen. Nicht definierte Territorien und der Mangel an Kontrolle über die Privatsphärenregulation (mehr oder weniger Privatsphäre) führen wie erwähnt zu zwei möglichen Reaktionen: Zu Gewalt oder Aggressionen oder zu Rückzug und Resignation. Dabei brechen Patienten den Kontakt zu Mitpatienten oder zum Personal ab und leben fortan isoliert in der Gemeinschaft (Abb. 2 und 3).

Eßsituation

Ich sehe vor mir einen großen Raum, der von einer Bewohnergruppe eines Behindertenheimes als Eßraum genutzt wird. Kaum sitzen die Bewohner am Tisch, beginnt lautes Lärmen: Das Geschirr wird auf den harten Tischoberflächen, die Stühle werden auf dem harten Boden hin- und hergeschoben. Nun kommt das Essen auf die Tische. Das Personal schöpft den Bewohnern das Essen auf die Teller. Dann wird es etwas ruhiger. Schnell wird gegessen. Dann beginnt der Lärm des Geschirrgeklappers von neuem. Und die Stimmung unter den Bewoh-

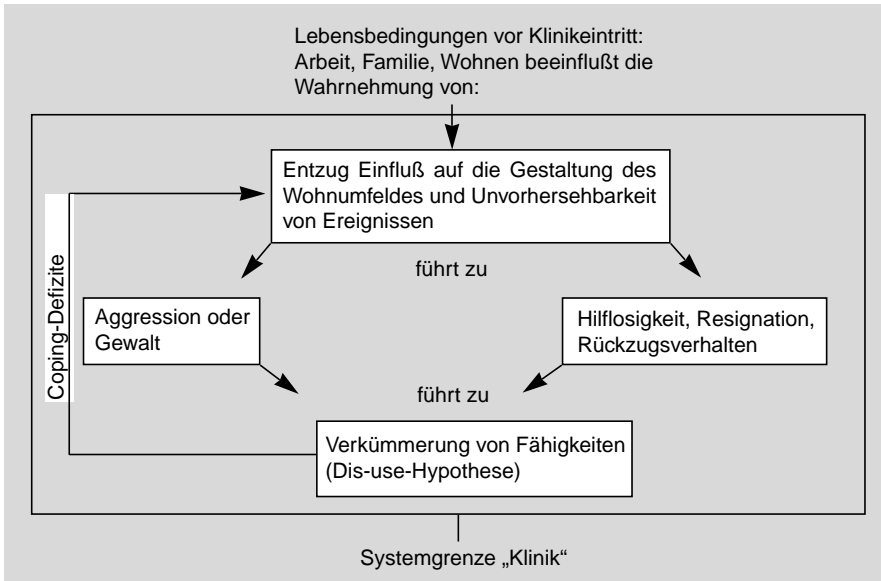


Abb. 1. Siehe Text

Abb. 2. Siehe Text



Abb. 3. Auch in Aufenthaltsbereichen sollten Möglichkeiten zur Bildung von geschützten Zonen vorhanden sein, damit sich größere oder kleinere Gruppen bilden können, die sich mit unterschiedlichen Tätigkeiten befassen

nen wird deutlich gereizter, bis einige um sich zu schlagen beginnen. Andere stehen auf und verlassen das Eßzimmer und suchen sich einen ruhigen Platz. Zu sinnerfüllten Gesprächen unter den Bewohnern oder mit den Betreuerinnen ist es nicht gekommen. Die Betreuerinnen mußten sich auf das „Management“ der Aggressionen und Gewalttätigkeiten unter den Essenden konzentrieren. Kaum eine Situation, die zu rehabilitativen oder therapeutischen Maßnahmen einläßt!

Der „Wanderer“

Ich treffe in einer Klinik immer wieder einen Patienten an, der in Plastiksäcken seine wenigen Besitztümer herumträgt, die er in die Klinik mitnahm. Einmal spreche ich das Betreuerenteam auf meine Beobachtung an. „Ah, das ist der Herr Z., den kennen wir. Wir versuchten schon alles mögliche, um ihn von seinem Herumwandern abzuhalten. Mit Medikamenten wollten wir ihn beruhigen, es half alles nichts. Auf die Aufforderung, er solle sich doch bei der Ergotherapie melden, wo er sich beschäftigen könne, ist er nicht eingegangen“. Ich frage, ob wir einmal das Zimmer besichtigen könnten, wo Herr Z. wohnt. Wir betreten daraufhin ein kahles Zimmer, das Herr Z. noch mit 3 anderen Bewohnern teilt. Ohne persönliche Gegenstände, ohne Möglichkeiten, sich von anderen abzugrenzen, ist das Zimmer für Herrn Z. kein Ort des Sich-Zurückziehen-Könnens. So bleibt er lieber in seiner Rolle des Wanderers. Auf diese Weise kann er in der Anonymität der Öffentlichkeit bei sich sein, ohne durch andere gestört zu werden. Er trägt – mangels einer „stationären“ – gewissermaßen eine „mobile“ Privatsphäre mit sich herum.

Weglaufen

Eine geschlossene Abteilung. Desorientierte Patienten stoßen immer wieder an die Grenze ihres kleinen Lebensumfeldes: Die geschlossene Türe der Abteilung. Offene Türen stoßen auf den Widerstand des Personals, weil sie die Verantwortung für das Weglaufen der ihnen anvertrauten Patienten nicht alleine übernehmen können und wollen. So bleibt nichts anderes übrig

als die Lösung der geschlossenen Türe, mit der Folge, daß den Patienten nur ein kleiner Bewegungsfreiraum zur Verfügung steht. Häufig befinden sich ja solche geschlossenen Abteilungen auf den oberen Geschossen von Kliniken, so daß ein abgeschlossener Außenraum für Bewegung im Freien nicht zur Verfügung steht. Eingeschränkte, unkontrollierbare Bewegungsfreiräume führen ebenfalls zu Aggression, Gewalt oder eben auch zu Rückzug und Resignation.

Einflußmöglichkeiten anbieten

Im folgenden geht es mir nun darum zu zeigen, wie das Personal in Kliniken nach Wegen suchen kann, damit Patienten zu mehr Einflußmöglichkeiten auf die Gestaltung ihrer Lebensumfelder gelangen. Mit einigen Beispielen möchte ich wiederum darstellen, wie dies in der Praxis konkret versucht werden kann.

Bezugsort „Zimmer“ schaffen

Beim Eintritt in die Klinik kann das Personal den eintretenden Patientinnen deutliche Signale vermitteln, indem es konkret aufzeigt, wo und wie sie Einfluß auf die Gestaltung ihres Zimmers nehmen können. In Mehrbettzimmern beginnt dies damit, daß die Betreuerinnen und Betreuer mit den im betroffenen Zimmer wohnenden Patienten aushandeln, in welcher Raumzone der Neueintretende seine Nische gestaltend einnehmen kann. Unter Umständen führt dieses Aushandeln dazu, daß die schon längere Zeit anwesenden Patienten die Gelegenheit nutzen, um einmal in eine andere als die gewohnte Zimmerzone „überzusiedeln“ und diese neu zu gestalten. Dieses Aushandeln hat immer zum Ziel, den Patienten Wahl- und Gestaltungsmöglichkeiten aufzuzeigen, um damit anzudeuten, daß sie Einfluß auf ihre Wohnsituation ausüben können.

Ein weiterer Schritt in diese Richtung besteht darin, dem Patienten bei der Gestaltung seiner Wohnnische behilflich zu sein. Dazu können mobile, zur Verfügung stehende Schränke, einfache, kleinere Gestelle oder Raumtrennelemente dienen. Durch diesen Gestaltungsprozeß in kleinen Schrit-

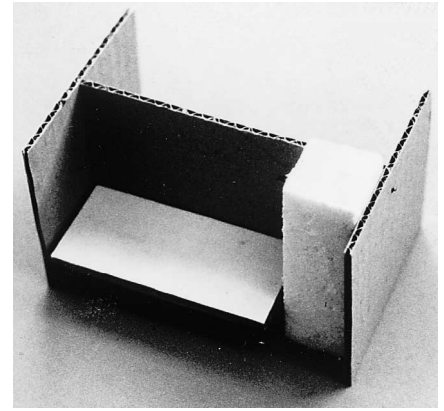


Abb. 4. Mit einfachen Modellen lassen sich spielerisch und anschaulich Lösungen zu Nischenbildungen finden

ten fühlt sich der Patient ernstgenommen, und er kann selbst zur Befriedigung des Bedürfnisses nach Geborgenheit etwas beitragen. Die Zimmerbewohner sollen die Möglichkeit haben, sich gegenseitig voneinander abzugrenzen und die Bereitschaft erwerben, die Privatsphären gegenseitig zu respektieren. Dies immer mit dem Ziel, das Aufkommen von Gewalt und Aggressionen möglichst zu verhindern mittels physischer Gestaltung des Wohnumfeldes unter Mitwirkung der Patienten (Abb. 4).

Essen in Ruhe

Zurück zur vorher beschriebenen, unbefriedigenden Eßsituation. Als erster Schritt zu Veränderungen gehört die Wahrnehmung einer unbefriedigenden Situation, das Erkennen von Veränderungsmöglichkeiten und der Wille, Situationen durch Versuche und gelegentliche Irrtümer zu verbessern. In diesem Fall hat sich ein Betreuerenteam mit der Gestaltung des Eßraumes beschäftigt und mit den Handwerkern des Heimes zusammen einfache Veränderungsvorschläge erarbeitet, die dann versuchsweise umgesetzt wurden. Im Vordergrund standen Maßnahmen zur Verbesserung der Akustik, um die Verständigung zwischen den behinderten Menschen während des Essens zu verbessern. So erhielten die Tische Tischtücher, und vor der großen Fensterflächen sind nun Vorhänge angebracht. Holzrahmen, die mit transparenten Stoffen bespannt sind, hängen von der Decke und bilden im

großen Eßsaal kleinere, überschaubare Zonen. Diese Maßnahmen haben zu einer spürbaren Beruhigung geführt; mehr Kontakte und weniger Spannungen unter den Behinderten beim Essen können nun beobachtet werden (Simmen u. Welter 1986; Welter 1991).

Entflechtung von Aktivitäten auf der Station

Ein Team einer psychiatrischen Klinik beobachtet seit einiger Zeit, daß im Aufenthaltsbereich – einer langen, breiten Flurzone – Spannungen und Aggressionen zwischen den Patientinnen bestehen. Das Team versucht in Gesprächen mit diesen herauszufinden, woher diese stammen könnten (Hypothesen werden gebildet!). Bald einmal wird den meisten bewußt, daß im Aufenthaltsbereich verschiedene Aktivitätszonen zu nahe beieinander liegen oder sich gar überlagern. So wird in der Nähe des Fernsehers gespielt oder Radio gehört. Die Ergotherapeutin versucht, Patienten in sinnvolle Tätigkeiten miteinzubeziehen,

während in der Ecke der Fernseher läuft, usw. Das Team geht nun noch einen Schritt weiter und fragt die Patientinnen nach Ideen, wie die Aufenthaltszone umgestaltet werden könnte, damit sich die überlappenden Tätigkeiten entflechten ließen. Gute Ideen kommen, und statt nur über diese zu reden, wird gleich experimentiert: Es werden Möbel und Einrichtungen heringeschoben bis zum Punkt, an dem alle zufrieden sind, um eine Zeitlang mit der neu geschaffenen Situation zu leben.

Fazit für die Praxis

Beim Eintritt in die Klinik müßten den Patientinnen Gestaltungsmöglichkeiten deutlich dargestellt werden, und sie sollten bei der Gestaltung ihres Wohnumfeldes Unterstützung bekommen. Diese Maßnahmen werden als Vorbeugung und Verhinderung von Aggression und Gewalt verstanden. Bei bereits auftretender Gewalt oder aggressivem Verhalten können Patienten und Patientinnen in die Suche nach Ursachen und Möglichkeiten der Umgestaltung des Wohnumfeldes miteinbezogen werden. Dieses Vorgehen setzt voraus, daß das Personal die Zusammenhänge kennt, die zwischen Umfeldbedingungen in Kliniken und sozialen Verhaltensweisen von Patientinnen bestehen, und es gewillt ist, der „Pfleger“ der Umfeldbedingungen ebensoviel Aufmerksamkeit zu schenken wie der Pflege der Patienten.

Literatur

- Lehr U (1972) Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Heidelberg
Seligmann MEP (1983) Erlernte Hilflosigkeit. Urban & Schwarzenberg, München
Simmen R, Welter R (1986) Projektarbeit „Wohnen“. Ein Beispiel für Veränderungen in einem Heim. Schweiz Heilpädagog Rundschr 2:27–39
Welter R (1986) Diagnose und Therapie von Demenz aus umweltpsychologischer Sicht. Schweiz Arzt 67:841–844
Welter R (1991) Territoriale Aspekte der Lebensfeldgestaltung. In: Hüsey K, Egli J (Hrsg) Wohnort Psychiatrische Klinik. Edition Schweiz. Zentralstelle für Heilpädagogik, Luzern, S 67–74