

Margot Klein

Personzentrierte Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen

Zusammenfassung: *In der vorliegenden Arbeit wird die Personzentrierte Beratung hinsichtlich der Beratung älterer Personen und ihrer Angehörigen spezifiziert. Die für die Beratung älterer und verwirrter Menschen relevanten Konzepte wie z. B. zugehende Beratung und biografische Begleitung werden vorgestellt und anhand von Beispielen aus der Beratungspraxis illustriert. Es wird dargelegt, dass der Personzentrierte Ansatz bei der Begleitung von Entscheidungsprozessen älterer Menschen besonders geeignet ist, da die Emotionen und der persönliche Kontext der Klienten wegleitend sind. Darüber hinaus werden die oftmals nicht wahrgenommenen Rahmenbedingungen der Entscheidungsprozesse benannt, um zu verdeutlichen, dass Beratung nicht in einem machtfreien Vakuum stattfindet. Es gehört zum Aufgabenbereich personenzentrierter Beratung, die immanenten Handlungsanteile im Verhältnis zu institutionellen Vorgaben zu reflektieren und personenzentriert statt normzentriert vorzugehen.*

Schlüsselwörter: *Personzentrierte Beratung, psychosoziale Beratung, Altenberatung, Angehörigenberatung, zugehende Beratung, biografische Begleitung, Demenz*

Summary: Person-centered counseling of the elderly and their family members. *This paper examines person-centered counseling with regard to counseling the elderly and their family members. Concepts that are relevant for counseling of the elderly and people with dementia, such as holistic or integrated counseling and biographical documentation, will be presented and illustrated using real life examples. This paper will show that the person-centered approach is particularly well-suited to aiding the decisionmaking processes of the elderly people, because the emotions and the personal context of the client are essential. In addition, we will discuss the framework conditions of the decisionmaking process that are often not consciously perceived in order to illustrate that counseling often does not take place in a power-free vacuum. One of the areas of responsibility of person-centered counseling is to reflect on the inherent breakdown of actions compared to institutional guidelines and to respond based on the person instead of the norm.*

Keywords: *Person-centered counseling, counseling for the aged, holistic/integrated counseling, biographical support, dementia*

Beratung älterer Menschen ist das „jüngste“ altersgruppenbezogene Fachgebiet der Beratung und Psychotherapie. Hat sich Jugendberatung relativ früh als spezielles Angebot für eine Altersgruppe in den 1970er Jahren herausgebildet, brauchte die Altenberatung noch weitere 20 Jahre, um sich wenigstens ansatzweise als eigenständiger Beratungsbereich zu etablieren. Insbesondere im psychosozialen Bereich, der sich stark an therapeutischen Grundlinien orientiert, lehnten manche professionelle Kräfte es ab, die letzte Phase des Erwachsenenlebens als spezielle Disziplin einzuordnen, und auch weiterhin gibt es sicher gewichtige Gründe, diese Abspaltung mit einem kritischen Blick zu betrachten. Besteht nicht die Gefahr, dass alte Menschen durch diese Aufteilung nicht mehr zu den Erwachsenen gezählt und sogar als „kindhaft“ eingestuft werden? Wird durch diese Abtrennung nicht übersehen, dass lebensgeschichtliche Themen sich nicht von speziellen Altersproblemen

trennen lassen? Ergibt sich beim Älterwerden eine besondere Thematik, die eine andere Vorgehensweise sowie ein spezifisches Fachwissen erforderlich machen?

Beratung älterer Menschen befindet sich im Schnittfeld zwischen Gesundheitswesen und Sozialarbeit. Sie beschäftigt sich mit Problemen von Menschen, die aus dem Produktionsprozess ausgeschieden sind und deren Körper ihnen zunehmend Grenzen auferlegt, die sie vorher nicht oder nur bedingt gekannt haben. Diese Begrenzungen zwingen sie, die gewohnte Selbstständigkeit portionsweise oder manchmal sogar in starkem Maß aufzugeben und Hilfe von Außensehenden (Verwandten und/oder Professionellen) anzunehmen.

Ein derartiger Prozess besitzt seine eigene Qualität – er ist in der Regel nicht mit jenen Veränderungen vergleichbar, die der betroffene Mensch in seinen zurückliegenden Jahren erlebt hat und bearbeiten musste. Er gerät in eine Lernsituation, die er oft nicht

wünscht, zum Teil heftig ablehnt, und schlittert in der Folge in eine Krise. Für Angehörige dieser Altersgruppe bedeutet es eine anomische Situation, wenn sie in eine Lebensphase hineinwachsen, für die sie keine Regeln und Standards gelernt haben außer jene wenigen, die sie bei ihren Großeltern und Eltern erlebten. Da sich jedoch der Alterungsprozess zum Teil verlangsamt und verlängert hat, lassen sich diese Erfahrungen, die ja Sekundärerfahrungen darstellen, nur bedingt produktiv in die eigene Verarbeitung integrieren. Neue Bewältigungsformen müssen entwickelt werden, während die Probleme bereits eingetreten sind. Angesichts der Schwächung des Organismus ergibt sich eine doppelt schwierige Aufgabe: Unter Zeitdruck sollten Entwicklungen und Veränderungen bewältigt werden, die man im Grunde genommen ablehnt und verweigern will und für die man fast keine Energie mehr aufbringt.

Ähnlich ergeht es den professionellen Kräften: Beraterinnen für ältere Menschen sind zuständig für eine Lebensphase, die sie selbst noch nicht erlebt haben, die ihnen sozusagen „fremd“ ist und die sie im besten Fall von der „Anschauung“ und vom „Miterleben“ her kennen. Sie sind daher besonders auf empathische Kompetenzen angewiesen, die ihnen die Möglichkeit eröffnen, sich in die Lebenswelt einer anderen Person einzufühlen bzw. ihre Gefühle wahrzunehmen.

Besonders relevant ist die Wertschätzung gegenüber Gefühlen, die aus den Veränderungen des Körpers und des Erlebens im Alter entstehen, andernfalls rutschen Beraterinnen wie gutmeinende Angehörige und Pflegekräfte in Hoffnung gebende Haltungen ab, die sich in Bemerkungen wie „Es wird schon wieder“ oder „Das geht bald wieder vorbei“ äußern. Kompetenzen wie Empathie, Wertschätzung und Kongruenz (s. u.) sind für Beraterinnen unabdingbar, weil sie die Grundlage für Handlungen bilden, die in der Beratung erarbeitet werden. Auf die Emotionen älterer und verwirrter Menschen nicht einzugehen, würde für viele Beraterinnen bedeuten, in eine Richtung abzuweichen, die normzentriert statt personenzentriert ist. Sie würden sich nicht primär an den Gefühlen und Bedürfnissen orientieren, die für die betreffende Person wichtig sind, sondern an Vorgaben, die für die Außenwelt oftmals große Bedeutung haben und dadurch dominieren – gerade auch, wenn sie oft gar nicht so erscheinen mögen, sondern sich als selbstverständlich präsentieren. Die Betreuerinnen älterer Menschen, die in Institutionen arbeiten, befinden sich meistens in Wirkzusammenhängen, die Inkongruenz geradezu vorsehen. In diesen Fällen scheint es wichtiger, dieselbe zuzulassen und zu spüren, als sie zu überdecken oder auszuschalten (vgl. u. a. Elfner, 2008).

Häufig ordnet man die Bedürfnisse und den Willen alter Menschen gesellschaftlichen Normen unter. Beispielweise werden alte Menschen zunehmend hospitalisiert oder gar psychiatrisiert, weil sie nicht verstanden werden. Ihre Verhaltensweisen werden als fremd, abweichend oder krank definiert und durch Medikamente bzw. Psychiatrie und Heimeinweisungen zu ändern oder zu unterdrücken versucht. Gerade der Personenzentrierte Ansatz ist von

elementarer Bedeutung für die Beratung älterer Menschen, damit es Beraterinnen gelingen kann, die Person und nicht eine Krankheit, ein Problem oder eine Abweichung wahrzunehmen.

Lebenslage alter und verwirrter Menschen

Je nach Betrachter wird Altsein unterschiedlich definiert: Kinder erleben Eltern als alt (modisch). Junge Menschen fürchten den 30. Geburtstag und 80-Jährige sagen zu 50-Jährigen: „Ach, sind Sie noch jung!“ Wie Medienanalysen zeigen, werden heute meist als „jung“ und „dynamisch“ verstandene Senioren öffentlich überwiegend strahlend faltenlos und ohne graue Haare präsentiert (vgl. u. a. Galliker & Klein, 1997).

Diese Senioren sind jedoch nicht die alleinige und auch nicht die wichtigste Zielgruppe der Altenberatungsstelle; vielmehr handelt es sich bei deren Klienten um Personen zwischen 60 und 100 Jahren, also um *zwei* Generationen, wobei der Schwerpunkt bei den Hochaltrigen, bei Menschen ab 80, liegt. Hier beginnt sich für die meisten Menschen der Verlust von Fähigkeiten so stark auszuwirken, dass sie ihn oft nicht mehr alleine bewältigen bzw. kompensieren können. In den letzten Jahren lässt sich allerdings eine Zunahme jüngerer Klienten ab 60 Jahren beobachten: Es handelt sich zum Teil um Alleinstehende oder um Paare ohne Kinder, die sich aufgrund der Medienpräsenz des Themas Alter damit beschäftigen, was aus ihnen wird, wenn sie nicht mehr können. Sie wollen sich der Zukunft nicht ausliefern, sondern darüber nachdenken und diese planen.

Im Alter verändern sich die körperlichen Fähigkeiten: Die Kraft und die Beweglichkeit lassen nach, ebenso die Wahrnehmungs- und Bewegungsfähigkeiten, für die zunehmend Substitute (Brille, Hörgerät, Stock, Rollstuhl) benötigt werden. Umstellungen im Alltag werden erforderlich, die sich anfänglich meist noch selbstbestimmt kontrollieren lassen. Personen mit Beeinträchtigung der Gedächtnisleistungen können diese Kontrollkompetenz aber nur noch bedingt durch zumindest punktuelle Unterstützung ausüben. Sie brauchen besondere Aufmerksamkeit und Kenntnis ihrer Lebenswelt für eine adäquate Kommunikation. Entgegen landläufiger Meinung können mit verwirrten und dementen Menschen sehr wohl Beratungsgespräche geführt werden, wenn Beraterinnen die entsprechende Kompetenz besitzen, sich einerseits in die Lebenswelt älterer und verwirrter Personen hineinzuversetzen und andererseits die personenzentrierte Haltung zu leben (s. u.).

Inbesondere ältere Menschen, deren Gedächtnis schwächer wird, benötigen für die alltägliche Orientierung sowie für ihre Selbstsicherheit und ihr Selbstvertrauen ihr gewohntes Umfeld, das wie ein sicheres Schneckenhaus für sie ist (Klein & Ensinger-Boschmann, 1995).

Lag eine Person 30 oder 40 Jahre lang im *selben* Bett und stand immer mit dem rechten Bein auf, so war diese morgendliche Bewegung Teil ihres Lebensgefühls und ihres *Selbst*. Steht das Bett

(im Krankenhaus oder im Heim) plötzlich an einem anderen Ort und muss die Person nun mit dem linken Fuß aufstehen, so ist sie zusätzlich verwirrt und meist nicht mehr in der Lage, sich umzuorientieren. Ein Mensch, der durch entsprechende Maßnahmen in eine unüberschaubare Summe solcher kleiner, ihm nicht bewusster Veränderungen gebracht wurde, leidet unter deutlicher „Mehr-Verwirrung“. Er beginnt an sich zu zweifeln, gerät aus dem Takt und kann kaum mehr neue Informationen aufnehmen; er erscheint als entscheidungsinkompetent.

Zu den typischen Reaktionen älterer Menschen bei einem verordneten Wohnortwechsel gehört ein sprunghafter Anstieg der Verwirrtheit. Desorientierung der eigenen Lebenswelt und Desorganisation neuronaler Strukturen zeigen sich nicht nur phänomenologisch und neurologisch, sondern sind dann auch testpsychologisch nachweisbar, was paradoxerweise oft noch als Rechtfertigung erfolgter Maßnahmen angeführt wird. Doch Erinnerungen sind eben nicht nur im Kopf lokalisiert, sondern im vertrauten, von der Person mitgestalteten Umfeld verkörpert (Galliker & Klein, 1998).

Der ältere, teilweise kraft Psychotests und psychopathologischer Diagnostik nun auch quasi wissenschaftlich eindeutig als „dement“ ausgewiesene *Patient* reagiert oft mit Panik, die er aber selten noch als solche verbal ausdrücken, geschweige denn bearbeiten kann, weil sich für ihn die Lebensverhältnisse fundamental verändert haben. Er kann sich kaum mehr orientieren, und schließlich geht auch seine bisherige Persönlichkeit verloren – er wird jemand anderes, manchmal sogar etwas anderes, quasi nun ein Teil einer Institution, ist er doch nicht mehr *bei sich selbst* zu Hause.

Gerade in der Beratungsarbeit mit älteren verwirrten Menschen ist für Berater besonders wichtig, sich mit den definitiven Attributionen und sozialen Diskriminierungen des Alters, seiner Abwertung und der Fremdbestimmung durch die Institutionen und die Gesellschaft auseinanderzusetzen und zu sortieren, welche Probleme sozusagen von professionellen und familiären Helfern zusätzlich mitproduziert wurden und nicht originär sind.

Formen der Beratung älterer Menschen

Hat Rogers in seinen ersten Schriften zum Personenzentrierten Ansatz (PZA) eigentlich noch keinen Unterschied zwischen Beratung und Therapie formuliert und die Begriffe teilweise synonym verwendet (vgl. u. a. Rogers, 1942/1985), geht es in der Beratungsarbeit mit älteren Menschen darum, die inzwischen vielfältigen Konzepte u. a. aufgrund der Zunahme der Variationen in der Realität voneinander abzugrenzen, um so differenziertere Zuordnungen und Orientierung zu ermöglichen. Hat die Gesprächspsychotherapie (GPT) ausschließlich die Beziehung zwischen Klienten und Therapeuten innerhalb eines relativ institutionsfreien Raumes zum Gegenstand, in dessen Fokus die Selbstexploration des Klienten steht, kommt in der personenzentrierten Beratung der Handlungsspielraum hinzu,

dem der institutionelle Kontext oftmals keinen Platz mehr lässt, sondern ihn quasi zum Strafraum macht.

Viele Ratsuchende kommen erstmals in die Beratung, um Informationen einzuholen. Sie spüren, dass sie noch alles bewältigen, ihre Kräfte allerdings allmählich etwas nachlassen, und sie möchten gewappnet sein für das, was auf sie zukommt. Diese Gespräche sind stark geprägt von Fragen und Antworten. Für personenzentrierte Beratung ist es sehr wichtig, das Augenmerk auf den gewünschten Informationstransfer zu richten, jedoch ein feines Ohr für die mit-schwingenden Töne zu entwickeln. Hinter den Fragen stecken Lebensgeschichten, die das Hören der Antworten mitbestimmen.

Manch ältere Ratsuchende haben früher ihre Eltern gepflegt und darunter gelitten. Sie möchten ihren eigenen Kindern nach Möglichkeit nicht zur Last fallen und suchen nach Unterstützungsformen oder nach größtmöglicher Selbständigkeit. Andere Ratsuchende haben Eltern ins Heim gebracht und wünschen jetzt, wenn sie sich dem Alter ihrer inzwischen verstorbenen pflegebedürftigen Eltern nähern, nicht ins Heim zu müssen, haben aber Mühe, sich das einzugestehen. Betrachten wir hierzu den Ausschnitt aus einem Beratungsgespräch:

D.: Damals haben wir beide den ganzen Tag gearbeitet. Wir hätten uns gar nicht immer um ihn (d. h. um den Vater, Anm.) kümmern können. Wir sind oft hingegangen und haben ihn besucht. Wir haben auch gar nicht gewusst, was es alles gibt. Die im Krankenhaus haben gesagt, er kann nicht mehr alleine bleiben.

B.: Und das haben Sie auch so akzeptiert.

D.: Ja, was hätten wir denn machen sollen.

B.: Heute tut Ihnen das etwas leid.

D.: Wenn man heute so drüber nachdenkt, schon. Er ist im Heim immer in seinem Zimmer gelegen. Gefallen hat es ihm nicht.

B.: Für sich selbst möchten Sie so eine Situation nicht.

D.: Nein, wir wollen das nicht, mein Mann und ich. Aber ob das geht? Deswegen sind wir zu Ihnen gekommen. Weil wir merken, dass wir nicht mehr so können wie früher.

An diesem Beispiel, das sozusagen die Evaluation einer vorangegangenen *nicht* personenzentrierten „Beratungsentscheidung“ darstellt, wird offenbar, wie häufig Klienten den für sie getroffenen Entscheidungen professioneller Kräfte folgen und wie sehr sie letztlich langfristig unter den Folgen fremdbestimmter Entscheidungen leiden.

Manch ältere Menschen suchen eher die *Aussprache* als eine Problemlösung. Anlass für das Gespräch ist meistens eine kleine Sachfrage, deren Beantwortung den Weg frei macht für das Sprechen über die gegenwärtigen Sorgen, über das vergangene und nicht mehr greifbare Leben, über die abwesenden oder fremd gewordenen Kinder, über die Nachbarn, mit denen der Kontakt nicht so klappt, über die körperlichen Einschränkungen und Schmerzen, über den Verlust der Gleichaltrigen, der die zunehmende Vereinsamung vor Augen führt. In diesem Fall bleibt der Schwerpunkt der Beratungs-

person beim Zuhören, mittels dessen die Klienten ihre psychische Belastung verringern können. Sie erwarten keine Lösungen, keine Ratschläge, keine Informationen. Sie erwarten höchstens Verständnis, Empathie, durch die sie ihren eigenen Gefühlen Raum lassen können, um später, etwas bestärkt darin, dass sie nicht ganz alleine sind, wieder hinaus ins Leben zu gehen. Wichtig bei dieser Art von Gesprächen ist es, dass die Klienten Vertrauen in den Berater und in sich selbst gewinnen, um ihre Probleme zu offenbaren und um wiederzukommen.

Berger (2006) hat die Beratung und insbesondere den personenzentrierten Beratungsprozess eingehend dargestellt. Unter *Beratung* versteht der Autor eine Form zwischenmenschlicher Unterstützung im Alltag. Die Beraterin stellt Hilfe bereit, wenn jemand nicht weiterweiß, im Entscheiden oder Handeln blockiert ist oder den Überblick in lebenswichtigen Momenten verloren hat. Generelles Ziel der Beratung ist es, „Orientierungs-, Entscheidungshilfen und Unterstützung bei Problem-, Konflikt- und Krisenbewältigung anzubieten (...)“ (Kunze, 2008, S. 179).

Beratung wurde lange Zeit primär als auf Sachverhalte und die Vermittlung von Informationen zentriert verstanden. Der Berater war der Experte, er interpretierte, erklärte, erteilte Ratschläge, ermahnte und traf Anordnungen. Dieser direktiven Beratung setzte Rogers bekanntlich die nicht-direktive Beratung entgegen, wobei eine Trennung von der GPT noch nicht erfolgte (vgl. Rogers, 1942/1985). Die meisten Experten haben sie zunächst zurückgewiesen und abgewehrt, doch schließlich wurde sie als revolutionär aufgefasst und von vielen Menschen als wegweisend für die Beratung rezipiert.

Die personenzentrierte Beratung ist heute nicht einfach mehr eine verkürzte Anwendung der GPT auf das Feld der Beratung, doch teilt sie mit der GPT „die theoretischen Grundlagen und die radikale Zuwendung zur Person“ (Berger, 2006, S. 340). In Abgrenzung vom cartesianischen Primat der Vernunft werden Emotionen nicht als Störfaktoren aufgefasst (wie beispielsweise noch in behavioristischen Theorien des 20. Jahrhunderts), sie spielen im Beratungsprozess vielmehr eine entscheidende Rolle. „Durch ihre Emotionen erfahren die Ratsuchenden von sich selbst, wie sie eine Situation empfinden, welche Bedeutung sie Ereignissen beimessen und zu welcher Handlung sie motiviert sind. Der Emotionsprozess determiniert nicht die Handlungen, er erleichtert aber das Wählen und Handeln“ (Berger, 2006, S. 343).

Beratung im Sinne des PZA heißt, dass niemand besser als die betroffene Person selbst weiß, was ihr gut tut und was für sie notwendig ist; das bedeutet – wenngleich nicht losgelöst von der gegenständlichen Umgebung (Wohnung, Quartier usw.) sowie der persönlichen Umwelt – auf deren Aktualisierungstendenz zu vertrauen. „Persönlichkeitsentwicklung und Lernen geschehen von Geburt an und das ganze Leben durch Kontakt und Beziehung zu Mitmenschen. Ein günstiger Verlauf (...) hängt entscheidend von der Qualität der Beziehungen ab.“ (Kunze, 2008, S. 182)

Im Folgenden wird speziell der personenzentrierte Prozess bei der *Beratung älterer Menschen* behandelt. Zunächst wird auf verschiedene Aspekte desselben hingewiesen:

- *Aussprache*: Die vom Klienten vorgebrachten persönlichen Probleme erfordern aufmerksames aktives Zuhören und die Abklärung, ob es (vorerst) beim Zuhören bleibt oder ob eventuell andere Ebenen (Informationen, Handlungen) sinnvoll werden. Weiterführend versucht die Beraterin vor allem dem, was sie von dem Ratsuchenden aufnimmt, eine Stimme zu geben.
- *Informationsvermittlung*: Beim Informationsfluss zwischen Berater und Klienten bezieht sich der Berater auf die Aufnahmekapazität des Klienten; nicht zuletzt auch, um zu erkennen oder zu erspüren, ob die gestellten Fragen einem Teil der „eigentlichen“ Fragen entsprechen, ob noch andere versteckte Fragen mitgebracht werden und ob der Klient die Antworten des Beraters versteht und annehmen kann.
- *Unterstützung bei Entscheidungen*: Die Beraterin hilft der ratsuchenden Person bei der Selbstexploration und bei der Explikation zuvor geklärter Handlungsalternativen. Dabei achtet sie darauf, dass möglichst unabhängig von fremden Interessenvertretern die persönlichen Anliegen der Ratsuchenden zum Vorschein kommen. Jeder Versuch, die Ratsuchende durch Argumentieren oder Überreden offen oder auch subtil zu beeinflussen, wird unterlassen. Andernfalls würde nach dem PZA der Beratungs- und Entscheidungsprozess eine Bedrohung der Selbststruktur darstellen und Ängste wecken (vgl. u. a. Tolan, 2003). Bei der Versorgung im Falle der Pflegebedürftigkeit fühlen sich viele ältere Menschen dem Druck ausgesetzt, in ein Heim zu müssen, weil sie keine sichere Alternative für die Versorgung zu Hause kennen, weil Hausärzte und Angehörige häufig davon sprechen, dass „es zu Hause nicht mehr geht“, und Ärzte vielfach – mitunter gegen die Vorstellungen und Bitten der Betroffenen – für stationäre Behandlungen eintreten (vgl. u. a. auch Klein & Kannicht, 2007). Derartige Aussagen verunsichern viele ältere Menschen und sie verlieren ihre eigenen Bedürfnisse aus dem Blickfeld. Demnach geht es bei einer entsprechenden Beratung um die Frage, was die Ratsuchende möchte: Werden die ständige Rufbereitschaft des Pflegepersonals, ein gemeinsamer Mittagstisch mit anderen Personen, leichteres Verlassen der Räumlichkeiten durch einen Fahrstuhl, die Befreiung vom Kümmern um das eigene Wohl präferiert? Oder sind die gewohnten Gegenstände in der eigenen Wohnung, die vertrauten Nachbarn, der eigenständige Tagesablauf und eine selbst abschließbare Wohnungstüre wichtiger? Zu den Aufgaben der Beraterin gehört es, der ratsuchenden Person behilflich zu sein, aus deren inneren, subjektiven Bezugsrahmen heraus die Vorteile und Nachteile beider Alternativen zu eruieren. Dabei ist immer auch auf die mögliche Realisierung beider Lösungen hinzuweisen (z. B. indem die Beraterin darlegt, wie mit Hilfe von hauswirtschaftlichen Helferinnen, Pflegepersonal und/oder sozialarbeiterischer Begleitung bei Bedarf auch der Verbleib in der eigenen Wohnung

möglich ist), um eine Entscheidung zu begünstigen, die den Bedürfnissen und Kompetenzen des Ratsuchenden entspricht und nicht primär den Bedürfnissen seines privaten und professionellen Umfeldes (Hedtke-Becker u. a. 2003). Beratung (und ganz besonders Beratung im Sinne des PZA) darf niemals dazu missbraucht werden, Personen in ihren Entscheidungen zu beeinflussen (z. B. nun doch ins Heim zu gehen, weil dort alles besser für die Ratsuchende sei). Für ältere Ratsuchende sollte gelten, was für personenzentrierte Beratung generell festgestellt wird: „Sie sollte niemanden dazu zwingen, „zur Einsicht zu gelangen““ (Berger, 2006, S. 345).

- **Hilfestellungen:** Zu den konkreten Problemen und Konflikten, die sich im Gespräch mit einer älteren Person ergeben, werden Handlungs- bzw. Lösungsschritte entwickelt. Dies bedeutet, dass die Beraterin gegebenenfalls auch Aufgaben mit und für den Klienten übernimmt (Anträge ausfüllen, Finanzierungspläne aufstellen, Kontakt zu anderen Institutionen herstellen). Damit bewegt sich die Beraterin über die reine Beratung hinaus und verlässt teilweise die eigentliche Beziehungsarbeit, was eine Vielzahl von Komponenten auslöst, die allerdings wiederum in die Beziehungsebene hineinwirken: Wie viele Informationen aus dem Beratungsgespräch kann (oder auch muss und darf) die Beraterin an eine außenstehende Fachperson weitergeben? Welche Informationen bzw. Meinungen von Fachleuten kann (oder auch muss und will) die Beraterin an den Klienten zurückvermitteln, um eine authentische Beziehung wahren zu können? Wie löst die Beraterin die Konflikte, die sich aus unterschiedlichen Fachmeinungen von Ärzten, Pflegekräften und Betreuern ergeben? Wie verändert die Beraterin ihre Haltung zum Klienten aufgrund der Meinungen der Fachleute und der Angehörigen? Wie verhält sich eine Beraterin, wenn die Entscheidungsgewalt von Angehörigen und Fachleuten nicht mit den Bedürfnissen und Wünschen des Klienten übereinstimmt und sich gegen seine Person richtet? Wechselt sie von der Personenzentriertheit zur Institutionenzentriertheit im Sinne einer subtilen bis offenen Unterordnung oder Manipulation gemäß den bestehenden Machtverhältnissen? Die Antworten auf diese Fragen sind vielschichtig und verlangen von der Beratungsperson nicht nur viel Fingerspitzengefühl, sondern auch systemisches Denken, das ihr etwa ermöglicht, den Luhmann'schen „blinden Fleck“ im familiären und/oder professionellen institutionellen Umfeld zu erkennen. Dabei geht es darum, nicht nur jenen anderer Institutionen (etwa der Psychiatrie), sondern auch den der eigenen Institution (ambulante Beratungsstelle) wahrzunehmen (Schulte, 1993). Grundsätzlich gilt es aber im Sinne des PZA durch Gespräche mit anderen Bezugspersonen der Klientin nicht zuletzt auch den professionellen, institutionengebundenen, den externen Bezugsrahmen zu stabilisieren oder – falls dieser sich als brüchig erweist – solch minimale Änderungen in demselben zu ermöglichen, dass der innere Bezugsrahmen der Klientin, der ihr als Entscheidungsgrundlage dient, nicht angetastet wird und sie sich aus diesem heraus so weit als möglich frei entscheiden kann. Im Sinne des PZA darf also systemisches Denken nicht dazu beitragen, etwas

bei der älteren Person zu verändern (z. B. deren Entscheidung zu beeinflussen), sondern ihr zu ermöglichen, so zu bleiben, wie sie ist. Das heißt, bei der Entscheidung sind ihre Bedürfnisse maßgebend.

- **Biografische Begleitung:** Einen gewichtigen Unterschied zur klassischen Beratung stellt in der Altenberatung das offene Ende der Beratung dar. Der Prozess des Älterwerdens birgt beständige Veränderungen in sich, auf die mit psychischer Auseinandersetzung reagiert wird und die auch Handlungen erfordern (s. o.). In solchen Fällen endet das Beratungssetting nicht, sondern erweitert sich zur *Biografischen Begleitung* (Klein, 1998). Das bedeutet, dass die Beraterin zur beständigen Ansprechperson wird und den alten Menschen sowie seine Familie im gesamten Prozess des Älterwerdens begleitet. Zur Entlastung der Beraterin werden auch Funktionen im Sinne des *Case-Managements* übernommen (vgl. u. a. Löcherbach, 1998). Diese Funktionen beinhalten vor allem Strukturierungs- und Koordinierungsaufgaben. Das Ziel ist, dass die ältere Person tatsächlich gestützt und die Familie entlastet wird.

- **Selbstvergewisserungsarbeit:** Oft wird gegen das Lebensende hin eine Art Rückschau und Reflexion gewünscht, um Abschied vom Leben nehmen zu können (vgl. u. a. Karl & Nittel, 1980). Das Leben wird rückblickend zu einer Einheit, zu einer Suche nach dem Selbst in allen Formen und der Wahrnehmung der realen Bedingungen („... dann kam der Krieg und wir hatten nichts von unserer Jugend“). Diese Art von Reflexion (vgl. u. a. auch Radebold, 2005) ist ungetrübt von gegenwärtigen Problemlösungsaufgaben, was nicht ausschließt, dass sie noch prägend sein kann für folgende Entscheidungsprozesse („Wie spreche ich mit meinen Kindern über meine Vorstellungen vom Sterben?“).

Themen der Beratung

Bei alten und älter werdenden Menschen drängen sich Themen in den Vordergrund, die – wie in jedem Beratungsbereich – von den Beraterinnen besondere Wissensschwerpunkte verlangen (vgl. u. a. Rauen, 2001). Die wichtigsten Themen der Beratung lassen sich wie folgt auflisten:

- **Belastungen:** Beschwerlichkeiten und Probleme im Alltag
- **Versorgung:** Probleme im Haushalt – Fragen nach Unterstützung: z. B. Was gibt es wo und wann? Wie kann man was wofür machen?
- **Finanzierung:** Möglichkeiten der Finanzierung der Pflege und Betreuung und die vielfach schwer fallende Entscheidung, das oft mühsam ersparte Geld ausgeben zu müssen
- **Informationen:** Auskünfte über die Pflegeversicherung; Unterstützung bei der Beantragung
- **Bezugspersonen:** Schwierigkeiten mit den Kindern, Konflikte mit Nachbarn, mit Personen der Behörden usw.
- **Einsamkeit:** Verlust von vielen wichtigen, v. a. gleichaltrigen Bezugspersonen

- *Selbstbild*: Veränderung des Selbstbildes und das Problem einer größeren Differenz zum Idealbild mit dem Älterwerden
- *Abschied*: Sterben und Tod, Komplementierung des Selbstbildes

Notwendige Kompetenzen personenzentrierter Beratungspersonen

Im Folgenden soll auch kurz darauf hingewiesen werden, welche Interessen und Fähigkeiten eine Altenberaterin mit sich bringen sollte:

- *Interesse an Lebensgeschichten* (u. a. Aufmerksamkeit und Anregungen zu Erzählungen sowie Unterstützung des Selbst bzw. des autobiografischen Gedächtnisses und der Erinnerungsarbeit)
- *Geduld und Bereitschaft zu langen Prozessen* (gegebenenfalls Verzicht auf Fortschritte sowie Akzeptanz von Stillstand und Rückfällen)
- *Fähigkeit zur Netzwerkgestaltung* (u. a. Erkennen der Kontaktmöglichkeiten eines älteren Menschen und der Möglichkeiten von Ergänzungen)
- *Beschäftigung mit Leben, Sterben und Tod* (z. B. Bewusstsein, dass für ältere Menschen die Art des Sterbens ebenso wichtig sein kann wie die Lebensart)
- *Wissen über Institutionen und gesellschaftliche Normen* (insbesondere bezüglich sozialer Abweichungen und entsprechender sozialer Diskriminierungen)
- *Gerontologisches Fachwissen* (u. a. bezüglich Langsamkeit, bezüglich Wahrnehmungsstörungen wie z. B. Schwerhörigkeit und bezüglich Vergesslichkeit im Alter)

Zugehende Beratung

Die Arbeitsweise einer Beratungsstelle für ältere Menschen unterscheidet sich erheblich von jener einer Beratungsstelle für andere Alters- oder Zielgruppen. Häufig reicht das klassische Beratungssetting für ältere und verwirrte Menschen nicht aus.

Ältere Menschen verlieren entweder kontinuierlich oder phasenweise Mobilitätskompetenzen, ihre Möglichkeit, eine Beratungsstelle aufzusuchen, ist dadurch sehr eingeschränkt. Gleichzeitig nimmt der Bedarf an Beratung zu, da sich eine Vielzahl neuer Probleme eröffnet, die – wie die Erfahrung der letzten zwei Jahrzehnte zeigt – nur mittels psychosozialer Beratung oder dann auch durch Psychotherapie in bewältigbare Bahnen geleitet werden können. Daher ist neben dem klassischen Beratungssetting die *zugehende oder aufsuchende Beratung* ein weiteres Kernelement der Altenberatung (Karl & Nittel, 1980).

Die zugehende Beratung trägt der Immobilität älterer und verwirrter Personen Rechnung, indem die Beraterin die älteren

Personen in ihrem Wohnumfeld aufsucht. Durch die Vertauschung im Setting (nicht die Klientin, sondern die Beraterin bewegt sich zum Gespräch) ergeben sich viele Veränderungen. Die Anonymität des Hintergrundes wird aufgelöst. Die Beraterin sieht nicht nur die Person, sondern auch das Umfeld, d. h. die Beraterin berücksichtigt, dass die Personenzentriertheit durch das Einwirken des Umfeldes tangiert wird bzw. dass die Person als Persönlichkeit wahrgenommen werden kann. Häufig erlebt die Beraterin nicht alleine den Klienten, sondern auch Angehörige, Nachbarn, Freunde, und erlebt Wertungen, die sich auf die Person als „Objekt der Versorgung“ beziehen. Dadurch wird die Zentriertheit auf die Person komplexer. Die zugehende Beratung gehört bei betagten und verwirrten Ratsuchenden zu den Bedingungen, die es Beratungspersonen ermöglichen, „ihre Aufmerksamkeit nicht nur auf das innere Erleben der Ratsuchenden zu richten, sondern vor allem auf deren Bezugsrahmen“ (Berger, 2006, S. 337).

In der zugehenden Beratung ist die freie Entscheidung des Klienten, zu einer Beratungsstelle zu gehen, eingeschränkt. Zwar wird immer wieder der Wille und die Bereitschaft zum Hausbesuch angesprochen und geklärt. Es bleibt jedoch ein Rest an Unsicherheit, da es vom Klienten viel mehr Kraft fordert, einer Beraterin abzusagen, als einfach nicht mehr zu ihr zu gehen. Für die Beraterin verbindet sich mit der Frage nach dem Fortgang der Gespräche sowie bei Reduktion oder Beendigung der Hausbesuche die stetige Überlegung, ob Vernachlässigung oder Überbetreuung (und damit Verunselbstständigung) stattfinden.

Für rüstige ältere Personen besteht die Möglichkeit, die Beratungsstelle während der Sprechstunde aufzusuchen oder spezielle Termine zu vereinbaren. Bei berufstätigen oder weit entfernt lebenden Angehörigen ist der Besuch der Beratungsstelle die Regel. Da berufstätige Angehörige unter der Woche wenig Möglichkeit haben, eine Beratungsstelle aufzusuchen, werden auch Termine am Samstag angeboten.

In der Mehrzahl der Fälle kommen die Ratsuchenden auf eigene Veranlassung. Nicht selten weisen aber auch Angehörige oder Nachbarn, rechtliche Betreuer oder Ärztinnen die Beratungsstelle auf einen älteren Menschen hin, von dem diese annehmen, dass er mit seinem Alltag nicht mehr zurechtkommt.

Bei älteren Personen nimmt in der Regel die Beraterin Kontakt mit dem Klienten auf. Diese Kontaktaufnahme kann sich als durchaus zeitaufwändig erweisen: Viele ältere Menschen, die merken, dass sie ihren Alltag nicht mehr bewältigen können, haben starke Schamgefühle entwickelt und möchten sich Hilfe ersparen, die ja ihre Schwäche offenbart. Für die Beraterinnen beginnt hier die personenzentrierte Beratung: nämlich dem durch Bezugspersonen und professionelle Helfer ins Blickfeld geratenen Menschen so zu begegnen, dass dieser nicht erleben muss, auf ein Objekt reduziert zu werden.

Für eine Annäherungsweise an betagte und verwirrte Menschen im Sinne der zugehenden Beratung eignet sich der PZA besonders,

geht es doch häufig darum, im Spannungsfeld zwischen dem von außen festgelegten „Etikett“ und dem „eigenen Erleben des Klienten“ zu arbeiten.

Neben den persönlichen Haltungen im Sinne der GPT gehört zur Personenzentriertheit auch die Berücksichtigung des sozialen Drucks auf die Person. Viele alte Menschen werden dazu „motiviert“, in ein Heim zu gehen: „Dort werden Sie doch rund um die Uhr betreut“, „Sie sind nicht allein“, „Nach einiger Zeit haben Sie sich schon gut eingewöhnt und dann gefällt es Ihnen besser“. Diese Überzeugungsversuche, die gerade *nicht* von den Bedürfnissen der Klientin ausgehen, prägen häufig „Beratungen“ im Gesundheitsbereich. Sie offenbaren eher die Sorgen, Meinungen und Interessen der Professionellen und ihrer Institutionen, als dass sie erkunden, wie sich die Klientin ihre Zukunft vorstellt.

Beraterinnen einer selbstständigen ambulanten Beratungsstelle verfügen zwar formal über die erforderliche Autonomie und institutionelle Unabhängigkeit zu einer gleichberechtigten Beratung von Personen. Über den Weg der Beauftragung können sich jedoch auch bei ihnen zahlreiche Faktoren einschleichen, welche die Zentriertheit auf die Klientin beeinträchtigen. Insbesondere der Wunsch nach einer schnellen Lösung für die häufig schwierige Situation und die Ansicht der Nahestehenden, eine Fachperson sei geeignet oder dazu da, den Betroffenen „in vernünftige Bahnen zu lenken“, erschweren die Beratungssituation. In der Regel erfordert jede Auftragsberatung ein Vorgespräch mit dem Zuweisenden, in dem auf die Zeitdimension, den Entwicklungsprozess sowie auf die grundlegende Orientierung an den Bedürfnissen des Klienten aufmerksam gemacht wird.

Meistens dauert die Beratung älterer Menschen mehrere Stunden. Manchmal geht die Beratung in eine *biografische Begleitung* (s. o.) über; das heißt, der Hilfebedarf verändert sich entweder stetig oder in seltenen Fällen auch sprunghaft, so dass die auftretenden Fragen einer kontinuierlichen Reflexion bedürfen.

Durch die *Personenkontinuität* ist es sowohl für die Klienten als auch für die Beraterinnen leichter, das bereits vorhandene, gemeinsam erarbeitete Vertrauen als Grundlage für die Besprechung weitergehender Fragen zu nutzen. Für die meisten älteren Personen ist es sehr wichtig, eine vertraute Bezugsperson zu haben, um nicht wieder alles von vorne erzählen zu müssen.

Beispielsweise möchten ältere Ratsuchende mit Beratungspersonen besprechen, was sie mit den Kindern nicht besprechen können oder wollen – weil es ihnen peinlich ist oder weil sie ihre Kinder nicht belasten möchten oder starken Widerspruch erwarten, dem sie sich nicht gewachsen fühlen. So fällt es hochaltrigen Personen schwer, mit ihren Kindern über den eigenen Tod zu sprechen, weil sie ihnen nicht wehtun wollen und diese das Thema bagatelisieren („... die sagen dann sowieso nur: ‚Mama, du wirst doch hundert.‘“).

Für die Altenberatung ist ein regelmäßiges Setting relevant. Zu Beginn der Beratung erfolgen teils engmaschige Besuche, die als

solche deklariert werden müssen. Ansonsten erleben die alten Menschen den Rückgang der Häufigkeit als Reduktion ihrer Bedeutung für die Beraterin und sind verletzt („... plötzlich war ich nicht mehr so wichtig für sie“). Das kann einen inneren Rückzug des Klienten zur Folge haben, der möglicherweise dazu führt, dass sich die ältere Person in Krisenzeiten nicht wieder meldet.

Beispiele von Beratungen älterer Personen

Frau S., 65 Jahre, ist durch einen Schlaganfall körperlich sehr eingeschränkt. Ihre Reaktionsfähigkeit ist verlangsamt und das Sprechen strengt sie an. In der Reha-Klinik wurde ihr der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung vorgeschlagen. Ihre rechtliche Betreuerin (Frau G.) bemühte sich daraufhin, ihr eine bessere barrierefreie Wohnung zu besorgen, so dass sie die sechs Stufen, die ihr jetzt schwer fallen, nicht mehr überwinden muss. In der Beratung schildert Frau S. ihre momentane persönliche Situation wie folgt:

S.: Die Frau G. will mir eine neue Wohnung besorgen. In der Wohnung wohne ich schon seit 31 Jahren.

B.: So lange schon (fast fragende Tonlage).

S.: Ja, in die bin ich mit meinem geschiedenen Mann eingezogen und meinen Sohn habe ich auch hier großgezogen, das hintere Zimmer da war sein Kinderzimmer. Ich kenne die Wohnung in- und auswendig. Und der Wotan (der Hund) auch.

B.: Da hängt man an der Wohnung.

S.: Ja, das ist meine Wohnung. Und die Frau R. (die Vermieterin), die kenne ich auch schon so lange. Die ist ganz in Ordnung. Wir haben uns immer gut verstanden. In letzter Zeit hat sie etwas gesponnen, aber gerade ist wieder Ruhe. Der Nachbar nebenan hat seinen Schlüssel wieder zurückgebracht. Vor dem habe ich jetzt auch meine Ruhe.

B.: Da sind Sie froh, dass es wieder entspannter geworden ist.

S.: Das können Sie laut sagen. Das hat ganz schön genervt. Die Frau G. hat eine Einzimmerwohnung gefunden, in den Quadraten. Aber ein Zimmer will ich nicht. Ich will nicht im gleichen Raum schlafen und wohnen. Ich brauche mein Schlafzimmer.

B.: Mit einem Zimmer wäre es Ihnen zu eng.

S.: Ich muss mich doch mal hin- und her bewegen können. Und meine Sachen brauchen auch Platz.

B.: Eigentlich möchten Sie am liebsten in ihrer Wohnung bleiben?

S.: Im Grunde genommen schon. Und teuer ist sie auch nicht. Die Treppen schaffe ich noch. Sogar alleine, wenn ich mich am Geländer hochziehe. Das hat die Frau R. extra für mich einbauen lassen. Bloß das mit dem Duschen ist schwierig. Das Bad ist zu eng.

Durch die Wiedergabe einzelner Aussagen und die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte (z. B. „Da sind Sie froh“) im persönlichen Bezugsrahmen von Frau S. war es möglich, auch die vor sich selbst versteckten Bedürfnisse in ihr Blickfeld zu rücken und ihre

Bedeutung auftauchen zu lassen. Frau S. erlebte, dass sie zwar an einer anderen Wohnung interessiert war, im Grunde genommen aber *auch* da weiterleben wollte, wo sie vorher schon die Hälfte ihres Lebens verbracht hatte.

In der Betreuung von Frau S. war immer wieder die Rede von besseren, für sie leichteren und angenehmeren Wohnverhältnissen. Anfänglich hatte sie einen Umzug vehement abgelehnt, sich zwischendurch zwar auf das Thema eingelassen, aber sämtliche konkreten Angebote jeweils aufgrund eines Mangels abgelehnt. Im Beratungsgespräch wurde dann deutlich, dass Frau S. nicht aus eigenem Antrieb umziehen wollte, sondern sich den Verbesserungsvorschlägen des wohlmeinenden Umfeldes gebeugt hatte. Durch die Ratschläge professioneller Bezugspersonen war sie in ihren eigenen Wünschen irritiert worden und wählte den Weg der vordergründigen Annahme und der partiellen Ablehnung.

Häufig werden scheinbarweise Ablehnungen vorgetragener Lösungsangebote seitens der Klienten beklagt; sie sind jedoch in der Regel vom professionellen Umfeld selbst hervorgerufen worden. Sie sind ein Zeichen dafür, dass Professionelle eher auf ihre eigenen Vorstellungen („Was ist denn für den Klienten gut?“) reagieren als sich auf die Bedürfnisse der Klienten oder Patienten einlassen. Ablehnungen von Vorschlägen durch Patienten werden im Medizinbetrieb als mangelnde Compliance des Patienten interpretiert bzw. missverstanden. In Wirklichkeit werden die scheinbaren Verweigerungen und Rückzüge durch „Vor-Schläge“ hervorgerufen (Rogers, 1942/1985).

In einer personenzentrierten Beratung lässt sich entwickeln, was der Klient für sich will. Damit vermeidet der Berater auch ermüdende und als solche fragwürdige Überzeugungsarbeiten oder gar Manipulationen. Wie die Situation von Frau S. zeigt, wird durch die langsame, bedächtige Personenzentrierung letztlich viel Zeit und Energie eingespart. Die Beraterin macht keine Vorschläge; sie expliziert bestimmte Elemente, die Frau S. auf der Zunge liegen („so lange schon“), mit einem „halbfragenden“ Tonfall in der Stimme, um Frau S. ein möglichst breites Spektrum bei ihrer Antwort zu ermöglichen. Die Beraterin bringt also etwas vorerst noch nicht Ausgedrücktes paralingual als Option ins Spiel. Auch durch ihren Bezug auf kontextuelle Hinweise könnte im Folgenden etwas geöffnet werden. Die Klientin tippt mit dem Wörtchen „doch“ sachte und für Außenstehende kaum merklich einen tiefer liegenden Wunsch an, auf den die Beraterin mit einer Frage antwortet, die sie mit dem korrespondierenden „eigentlich“ einleitet (zur Bedeutung scheinbar bedeutungsloser „Füllwörter“ sowie des paralingualen und nonverbalen Verhaltens vgl. Galliker & Weimer, 2006).

Für Frau S. ergab sich schließlich durch das Beratungsgespräch eine Klärung. Sie fand *ihren* Standpunkt heraus, konnte ihn vertreten und stand nicht mehr länger unter Druck (was für sie in ihrer Schlaganfallgefährdung von größter Wichtigkeit war). Das professionelle Umfeld konnte seine knappe Zeit für sinnvollere Aufgaben einsetzen als für mehr oder weniger subtile Überredungskünste. Das „bessere

Verständnis eigener Einstellungen“ (Berger 2006, S. 335) bildete auch für Frau S. eine gute Basis, um die in Zukunft auf sie zukommenden Probleme und Entscheidungen bewältigen zu können.

Beim folgenden Beispiel geht es um das Wohl der Ratsuchenden unter Berücksichtigung der Kongruenz und der sogenannten Abgrenzung der Beratungsperson. Bei der Beratung älterer Personen kann es vorkommen, dass die Ansprüche vereinzelter, meist isolierter Personen, die sich verstanden fühlen, schnell ansteigen und die Beraterin überfordern. In diesem Fall sollte die Beratungsperson die Überforderung als *ihr* Problem wahrnehmen können, ohne die Ratsuchende zu verletzen. Sie sollte zu einer konstruktiveren Lösung gelangen und nicht einfach in *bloßer* Abgrenzung verhaftet bleiben, aber doch auch sich selbst in die Beziehung einbringen.

Nach einem Krankenhausaufenthalt von Frau D. wird die Beraterin angerufen. Frau D. sieht sehr schlecht und hat Bewegungseinschränkungen durch einen Katheterbeutel am Bein sowie eine gebrochene Schulter. Sie weint und ist ganz unglücklich, weil sie fast nichts mehr machen kann. Ein Pflegedienst hilft ihr beim Wechseln des Katheterbeutels und zum Teil beim Baden. Ihre Putzhilfe macht ihr nun auch das Frühstück, und das Mittagessen bekommt sie von Essen auf Rädern. Formal gesehen ist sie versorgt. Sie fühlt sich jedoch elend und allein und bittet die Beraterin, sie weiterhin zu besuchen.

Die Beraterin besucht sie einige Male. Frau D. berichtet, wie ihr die vielen kleinen Handreichungen des Alltags schwerfallen. Die Beraterin erlebt, dass Frau D. jeden Tag jemanden braucht, der sich dieser kleinen Dinge annimmt, um sie zu entlasten und um mit ihr zu sprechen. Nach jeder Beratungsstunde wirkt sie gelöster. Sie bedankt sich sehr und sagt: „Ach, kommen Sie bald doch wieder“.

Die Beraterin erklärt freundlich, dass sie selbst nicht so häufig kommen könne, wie sich Frau D. dies wünsche; sie könne ihr jedoch eine freundliche Frau vermitteln, die sie täglich besuche. Frau D. hält inne, antwortet, dass sie doch ihre Putzfrau habe, und fordert die Beraterin auf wiederzukommen. Bei einem Telefongespräch kommt es zu folgendem Dialog:

D.: Ach, kommen Sie doch vorbei, bitte, bitte. Heute ist so ein trüber Tag, ich sehe fast nichts.

B.: Leider kann ich heute nicht, ich habe heute den ganzen Tag Termine.

D.: Sie können doch nach den anderen noch bei mir vorbeischauen. Nur ein halbes Stündchen.

B.: Ich weiß, dass Sie jemanden brauchen, der sich um Sie kümmert, aber ich kann leider nicht jeden Tag zu Ihnen kommen. Sie brauchen jeden Tag jemanden, der für Sie ein Weilchen da ist.

Die Beraterin musste die Klientin enttäuschen. Echte Abgrenzung erfolgt aber nicht ohne Bezug. Im Beitrag der Beraterin ist ein erster Bezug der Beraterin zur Person der Klientin erkennbar („Ich ... Sie ... Sie ... Ich“). Dieser Bezug von ihr auf das Gegenüber und der Rückbezug auf sich selbst sind hier und jetzt beziehungsbildend und

könnten einen ersten Ansatz zu einer weiterführenden Begegnung darstellen (vgl. auch Buber, 1962).

Am nächsten Tag besucht die Beraterin Frau D. abends. Als die Beraterin das Gespräch auf die andere Person bringt, schweigt Frau D. ein Weilchen und fährt dann leicht vorwurfsvoll fort:

D.: Sie haben ja auch keine Zeit.

B.: Ja, leider habe ich nicht so viel Zeit, wie Sie es gerne hätten.

D.: Sie wissen immer, wovon ich spreche.

B.: Sie sind mich schon ein bisschen gewöhnt. Da fällt es Ihnen schwer, sich an jemand anderen zu gewöhnen?

D.: Ja, da haben Sie recht.

Frau D. ist 85 Jahre alt und hat keine eigenen Kinder. Seit 20 Jahren ist sie verwitwet und lebt alleine. Ihre einzige noch lebende Schwester wohnt weit entfernt und ist so krank, dass sie Frau D. nicht besuchen kann. Durch die intensiven Beratungsgespräche hat Frau D. jemanden erlebt, der ihr nahe kommt und der ihre Einsamkeit verringert. Aus dieser Situation ist der Wunsch entstanden, diesen persönlichen Kontakt öfters zu genießen. Die Beraterin kann diesem Wunsch nur teilweise entsprechen. Sie grenzt sich aber nicht einfach nur ab, sondern begegnet der Person der Klientin mit ihrem Anliegen („*Sie ... mich*“).

Im folgenden Gespräch wird der Beraterin bewusster, dass sich Frau D. so an ihr als Bezugsperson orientiert hat, dass die Brückenfunktion, die sie als Beraterin einnimmt (nämlich nach der Klärung des ökonomischen und psychosozialen Hilfebedarfs auf die Erfüllung dieser Bedürfnisse durch entsprechende andere Bezugspersonen hinarbeiten), in dieser Situation nicht erfüllbar ist. Frau D. möchte nicht noch eine weitere Person in ihrem Umfeld. Sie möchte die Person, die sie „hat“, behalten, weil sie ihr nun schon vertraut ist.

Die Beraterin versteht dies nur allzu gut, spürt sie doch die Einsamkeit und Bedürftigkeit der Klientin bezüglich verständnisvoller Kontakte; gleichwohl fühlt sie sich von der Klientin unter Druck gesetzt. Das Unwohlsein der Beraterin bildet den Schlüssel für weitere Ebenen: Sie erlebt zeitliche Anforderungen von Frau D., die sie als professionelle Person mit zeitlichen Begrenzungen nicht berücksichtigen kann. Zwar ist es wichtig, dass Frau D. diese ihre Anforderungen entwickelt; in ihnen sind Selbstbestimmung und Lebenswille verborgen. Für die Beraterin ergibt sich auch die Aufgabe, diese Anforderungen am Leben zu erhalten, ja weiterentwickeln zu lassen; allerdings muss sie die Aufgabe weitergeben, nicht zuletzt um die Inkongruenz zu beenden und sich vor Überforderung zu schützen. Trotz engen Zeitbudgets sucht sie die Klientin schließlich erneut zu Hause auf. Sie möchte die Klientin nicht verletzen und nicht unterversorgt wissen, doch auch sich selbst und die anderen Klienten nicht vernachlässigen.

Beim nächsten Termin fragt die Beraterin Frau D., ob sie eine Praktikantin der Sozialpädagogik mitbringen könne, denn für die jungen

Menschen sei es wichtig, ihr Wissen über die Lebenssituationen im Alter nicht nur aus Büchern zu gewinnen, sondern direkt von Menschen erfahren zu können. Frau D. reagiert mit einer Kombination aus Interesse und Angst: „Sie sind aber dabei, wenn sie kommt?“ Beim ersten Besuch der Praktikantin registriert Frau D. sofort deren Behinderung am Arm und stellt eine Verbindung zu ihrer eigenen Behinderung durch die gebrochene Schulter her. Sie fragt die Praktikantin nach deren Empfindungen und vergleicht sie mit ihrem eigenen Erleben. Frau D. löst sich aus dem Gefängnis ihrer körperlichen Einschränkungen und stellt eine Gemeinsamkeit zur neuen Besucherin her. Sie spricht lebhaft und aufmerksam. Der sonst fast permanent klagende Tonfall ist plötzlich reduziert. Nachdem die Praktikantin sich verabschiedet hat, äußert sie der Beraterin gegenüber: „Das hat mir gefallen, dass sie (die Praktikantin, Anm.) ihre Behinderung ganz offen angesprochen hat. Sie ist sehr höflich. Man merkt, dass sie eine gute Erziehung hat.“

In der Begegnung mit der Beraterin ist es der Klientin nun möglich, sich ein wenig von der Beraterin zu lösen und sich auf eine Drittperson zu beziehen (Praktikantin). Die Klientin erzählt der Beraterin vom Kontakt mit der Praktikantin. Sie integriert sie und begibt sich dadurch in einen begleiteten partiellen Ablösungsprozess. Dank des sehr vorsichtigen und geduligen „kongruenten“ Verhaltens der Beraterin hat sich die Beziehung zwischen Klientin und Beraterin „vertieft“, und beide Personen sind in ihr etwas „gewachsen“.

Beratung dementer Menschen

Altersdemenz bezieht sich auf Menschen, die ihr Leben bis dahin selbstständig gemeistert und bewältigt haben und die nun im Alter Gedächtnisverluste erleiden. Sie haben Selbstbilder geformt und verkörpern nach wie vor einen reichen Schatz von Erinnerungen. Wenngleich derselbe in der Regel nur mehr partiell zugänglich ist, bleibt er nicht einfach unwirksam, sondern wird in zwischenmenschlichen Begegnungen in der einen oder anderen Form wieder angesprochen (vgl. u. a. auch Bauer, 2002).

Demenz erstreckt sich von geringfügigen Erinnerungsverlusten bis zu ausgeprägtem Vergessen basaler Sprech- und Körperfunktionen. Die Beeinträchtigung bezieht sich vor allem auf kognitive Fähigkeiten. Erst im letzten Stadium ist eine originäre Schädigung emotionaler Kompetenzen nicht ausgeschlossen. Ansonsten sind emotionale Veränderungen in der Regel Reaktionen auf die körperlichen Veränderungen bzw. durch sie bedingt. Damit ist die personenzentrierte Beratung das adäquate Medium für die Kommunikation mit dementen Menschen.

Demente ältere Menschen werden oftmals nicht ernst genommen in ihren Äußerungen und Bedürfnissen, weil ihre Zuhörer sie schlecht verstehen und die Dialoge mit ihnen schwer fallen. Daraus schließen die meisten Außenstehenden, dass sie fast nichts begreifen würden und deshalb über sie bestimmt werden könne,

obwohl der Wille bei dementen Menschen bis zuletzt erhalten bleibt (vgl. u. a. Becker, 1996 und 1999).

Bei Demenz wird in der Regel nicht genau unterschieden, ob der Betroffene im Bereich der Merk-, Konzentrations-, Wortfindungs- oder Denkfähigkeit und der Weise, wie sich die einzelnen Funktionen tangieren, beeinträchtigt ist, was häufig einen inadäquaten Umgang mit dementen Menschen zur Folge hat. Besonders zu beachten ist, dass Demenz keine existenzielle Situation ist, die durch die oft praktizierte, bloß punktuelle Erfassung in den Griff zu bekommen ist. Demenzielle Symptome können aber durch eine Verlaufsbeobachtung und durch wiederkehrende Kommunikation auf der Basis des PZA annähernd erkannt und einigermaßen adäquat eingeschätzt werden (Näheres in Klein & Ensinger-Boschmann, 1995).

Bei der Zusammenarbeit mit dementen Personen ist darauf zu achten, dass sie nicht aufgrund einzelner Ereignisse oder auch Eigenschaften als dement festzulegen sind. Es gibt bei ihnen beständig kleinere oder auch Veränderungen im Sinne von Verschlechterungen oder Verbesserungen. Bezüglich der Aussagen und Handlungen dementer Menschen ist dieselbe Offenheit zu bewahren wie bei nicht dementen Personen auch, um das Konstante *und* die Variabilität ihrer Verhaltensweisen zu würdigen und das eigene Verhalten immer wieder neu auf sie abzustimmen. Von großer Bedeutung ist es auch, die Tonlagen, welche die Worte begleiten, sowie Mimik und Gestik wahrzunehmen. Dies hilft der Beraterin, eine Emotion oder auch die längerfristige Stimmung einer dementen Person zu erfassen und als richtungsweisend in die Begegnung einzubeziehen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Beraterin eine Äußerung nicht ohne weiteres versteht.

Die Beratung dementer Personen bezieht sich nach dem Muster des PZA auf die immer noch vorhandenen emotionalen Kompetenzen. Sie vermag über die damit zugänglichen Bilder eine Brücke zur kognitiven Welt aufzubauen, gerade was die vormalis von der Klientin nur noch emotional erreichbaren und von der Beraterin im Sinne einer Annahme oder einer Ablehnung durch die ältere Person erspürbaren Alternativen bei einer Entscheidung anbelangt.

Herr W. ist ganz aufgeregt und unruhig, als die Beraterin zum Hausbesuch kommt:

W.: Die werden einem weggenommen.

B.: Das ärgert einen.

W.: Ganz, ganz, ganz – das ist furchtbar.

B.: Das ist schlimm für Sie. Da ist man ganz hilflos.

W.: Ja, da muss ich sagen, dass ich da alleine stehe.

B.: Und Sie können gar nichts dagegen machen.

Was möchte Herr W. der Beraterin mitteilen? Die Beraterin weiß von der Tochter, dass Herr W. vor kurzem in einer Tagespflegeeinrichtung zur Kontaktaufnahme war und sich sehr dagegen gewehrt hat, dort zu bleiben. Er war so aufgeregt geworden, dass seine Frau ihn vor dem Ende abholen musste. Die Beraterin hat ihn sonst bei ihren

Hausbesuchen als eher ruhig erlebt. Beim angesprochenen Kontakt vermutet sie, dass er von dem kürzlich erlebten Ereignis berichten will. Das emotionale Befinden der damaligen Situation taucht wieder auf, die Beraterin erlebt mit, wie es ihm damals ergangen ist und jetzt erneut geht.

Im ersten Satz, den die Beraterin nicht ganz nachvollziehen kann, spürt sie viel Ärger, den sie als emotionalen Erlebnisinhalt verbalisiert und den Herr W. bekräftigt. In ihrer Empathie ergibt sich das Gefühl, dass dieser Ärger daraus resultiert, dass er sich inmitten dieser vielen fremden Leute und der fremden Umgebung alleine und hilflos gefühlt hat, weil er die Tagesstätte nicht ohne Unterstützung seiner Familie wieder verlassen konnte. Durch die Verbalisierung des emotionalen Erlebnisinhaltes wird für Herrn W. dieser Moment stellvertretend ausgesprochen. So erlebt er sich verstanden und seine Aufregung legt sich „von selbst“. In der Arbeit mit dementen Menschen ist es besonders wichtig, nicht der Versuchung zu erliegen, sie direkt verbal zu beruhigen.

Frau N., 96 Jahre, lebt alleine, ist sehr vergesslich und oft stark verwirrt, sie kennt die Beraterin schon seit geraumer Zeit. Eines Tages stürzt sie und bricht sich den Arm. Halbwegs genesen stürzt sie erneut, bricht sich das Bein und wird bettlägerig. Im Bett verstummt sie fast völlig. Die Pflegepersonen wissen nicht, was mit ihr los ist. Sie vermuten, dass die Klientin sterben wird. Die Beraterin macht einen Hausbesuch. Sie setzt sich ans Bett, etwa 80 Zentimeter in Augentfernung, damit Frau N. sie gut wahrnehmen kann.

B.: Guten Tag, Frau N. Ich bin es, die Frau B.

N.: (Der Blick wird wacher. Sie nickt.)

B.: Es geht Ihnen nicht gut?

N.: (Sagt nichts.)

B.: Sie haben Schmerzen?

N.: (Nickt und sagt leise:) Ja.

B.: Das tut überall weh?

N.: (Sie nickt wieder.)

B.: Sie trauen sich kaum aufstehen?

N.: (Nickt erneut.)

B.: (Ganz langsam und vorsichtig in leicht fragendem Ton:) Sie haben genug?

N.: (Schweigt.)

Längere Pause. Frau N. schließt immer wieder mal die Augen. Sie ist sehr erschöpft.

B.: Haben Sie schon mal übers Sterben nachgedacht?

N.: (Schüttelt den Kopf.)

Lange Pause. Frau N. nickt immer wieder mal kurz ein. Nach einer gewissen Zeit:

B.: Frau N., ich gehe wieder. Bis bald. Auf Wiedersehen.

Kurze Zeit nach diesem Gespräch beginnt Frau N. mehr zu essen. Sie steht wieder auf und läuft mit Hilfe der Krankengymnastin. Was

ist geschehen? Frau N. ist durch ihre Stürze in ein „Loch“ gefallen, das sie sich selbst nicht erklären konnte. Sie hat ihren Körper als zunehmend schwach erlebt. Wegen ihrer Demenz ist es ihr schwer gefallen, ihre Situation zu bedenken, und sie verharrte in ihrer Bewegungslosigkeit.

Aufgrund der bald vierjährigen Beziehung der Beraterin zur Klientin war die Beraterin in der Lebenswelt der Klientin präsent und konnte sich daher gut vorstellen, was geschehen war. Durch vorsichtige, bewusst eher allgemein gehaltene Verbalisierungen gefühlter emotionaler Erlebnisinhalte näherte sich die Beraterin der momentanen Befindlichkeit ihrer Klientin. Dank der Wachsamkeit der Beraterin konnte sich die Klientin öffnen („*längere Pause*“). Im Verweilen kam es zu Momenten (schwer beschreibbarer) gegenseitiger Berührung. Die Beraterin konnte Frau N. mit deren persönlichem Anliegen begegnen, so dass sie merkte, dass sie noch nicht sterben *musste*.

Das sich den außenstehenden Professionellen aufdrängende Thema des Sterbens (s. o.) war für die Beraterin in dieser Situation immer noch spürbar; gleichzeitig erlebte sie aber auch die Abwesenheit des Themas bei der Klientin selbst, wengleich Frau N. ihm körperlich ausgeliefert war. Durch das sicherlich etwas gewagte Aussprechen des bis dahin Unausgesprochenen und das nachfolgende Aushalten der Stille hat die Beraterin es Frau N. ermöglicht, Facetten ihrer Schwäche ins Auge zu fassen und sich dem auch aufgrund ihres Alters naheliegenden Thema Sterben ohne Festlegung auf eine Richtung zu nähern.

Gendlin hat in seinem Werk immer wieder darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, warten zu können. Es handelt sich um eine manchmal nur minimale, manchmal auch längere Zeit des Verweilens, in der (noch) nicht (ganz) klar ist, was geschieht, aber in der schon körperlich spürbar ist, dass *etwas* geschieht, das persönlich relevant ist (Gendlin, 1998). „Es handelt sich um Augenblicke der Begegnung, die von Präsenz erfüllt sind und in denen man sich öffnen kann“ (Brossi, 2008).

Wie es aufgrund der nachfolgenden Entwicklung zu interpretieren ist, hat sich Frau N. nun vorerst gegen das Sterben entschieden. Anscheinend hat Frau N. durch die Gewährwerdung („Ich darf über das Sterben nachdenken, ohne dass ich gleich sterben muss“; vielleicht auch: „Ich darf Angst haben“) einen Bann gebrochen und dadurch eine gewisse Entscheidungsfähigkeit gewonnen.

Frau N. baute wieder Lebenskraft auf, gewann Mobilität zurück und lebte noch einige Zeit. Demente Menschen bedürfen, wie das vorgestellte Beispiel zeigt, besonders ausgeprägter Vorsicht, Unterstützung und Beratung für diese inneren Entscheidungsprozesse. In den Beratungsgesprächen sind basale Elemente von größter Bedeutung – gepaart mit den Komponenten des PZA.

In der Beratung dementer Personen gilt es, den Gefühlen ihren Platz zu geben – ihnen Zeit zukommen zu lassen und sie als bestehend und berechtigt anzuerkennen. Die Unterdrückung dieser Gefühle durch Psychopharmaka kann als Gewalt verstanden werden

– sie raubt den Betroffenen die Form, ihre Gefühle auszudrücken. Beispielweise erhalten Menschen mit nächtlicher Unruhe im Heim häufig Neuroleptika, weil sie Mitbewohnerinnen und Pflegekräfte stören. Im häuslichen Bereich, insbesondere wenn sie alleine leben, wird niemand tangiert, und die Unruhe über den nicht mehr vollständig funktionierenden Körper und Geist kann mittels Bewegung abgebaut werden. Es geht also darum, für demente Menschen neue Wege zu finden und die Ursachen häufig stattfindender Gewalt zu beheben.

Besänftigungsversuche im Alltag durch Pflegekräfte oder Angehörige bewirken meist das Gegenteil von dem, was angestrebt wurde, weil der demente Mensch darum kämpft, dass seine Perspektive wahrgenommen wird. In diesem Fall bleibt sein Gefühlsstau bestehen. Die Verwirrtheit nimmt noch zu, denn die Blockade führt dazu, dass sich der demente Mensch nicht auf andere Dinge konzentrieren kann.

Der PZA eignet sich besonders für die Arbeit mit dementen Menschen, weil er vom Hier und Jetzt ausgeht, aber auch das Früher und Woanders berücksichtigen kann. Demente Menschen verlieren vielfach einen großen Teil ihres Abstraktionsvermögens, was bedeutet, dass sie oft nur wahrnehmen, was sie im Moment unmittelbar sehen und hören. Gleichzeitig sind aber auch die emotionalen Gehalte ihrer vergangenen Erlebnisse gegenwärtig und vermischen sich mit dem momentanen Erleben.

Die personenzentrierte Beraterin hilft alten und verwirrten Klienten, Worte für ihre nach wie vor vorhandenen reichhaltigen Gefühle zu finden. Die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte, eines der zentralen Elemente des PZA, ist bis zu einem sehr weit fortgeschrittenen Grad der Demenz möglich. Sie hilft, einen Zugang zu Emotionen *und* Wahrnehmungen zu finden. Im alltäglichen Umgang mit dementen Menschen steht dieser Zugang meist nicht mehr offen. Ohne ihn bleiben aber die Emotionen in den dementen Menschen stecken, belasten sie unaussprechlich und erscheinen außenstehenden Personen in Form unsinniger Verhaltensweisen. Durch die Versprachlichung der Erlebnisinhalte wird der Sinn vieler Ausdrucksformen eruierbar und nachvollziehbar. Demente Menschen entgehen so der Gefahr, als „verrückt“ attribuiert zu werden.

Beratung von Angehörigen und Bekannten

Beratung erfüllt neben kurativen auch rehabilitative Aufgaben (z. B. nach einem Krankenhausaufenthalt) und *präventive* Aufgaben (Sickendiek et al., 1999). Beratungsstellen werden häufig von Angehörigen aufgesucht, die sich in Sorge um ihre betagten Partner, Eltern, Tanten oder Onkel befinden. Sie fühlen sich oft allein mit dem Problem und manchmal betrachten sie sich auch als überfordert. Sie suchen Informationen, Verständnis und konkrete Unterstützung. Die Beratungsperson wird also oft auch zum Gesprächs- und Kooperationspartner der Angehörigen älterer und verwirrter

Menschen. Hierbei sind neben personenzentrierten Gesichtspunkten der Gesprächsführung auch systemische zu berücksichtigen (Näheres hierzu in Klein & Kannicht, 2007).

Pflegesituationen werden häufig zu einer Art psychosozialen Marathons. Für kurze Versorgungsunterstützungen reichen die Kräfte des familiären Umfeldes meistens aus. Je länger aber Pflege dauert, desto mehr strukturelle Änderungen gilt es zu bewältigen. Die eingesetzten Energien (Zeit, Aufmerksamkeit, Geld) sollten sinnvoll verteilt und eingesetzt werden, und das familiäre Netz sollte sich erweitern, Hilfe von außen akzeptieren und integrieren. Dies bedeutet für manche familiäre Systeme einen *Paradigmenwechsel*, der ihnen meist erst im Verlauf der Beratung bewusst wird und der später, in der Umsetzung, der Unterstützung bedarf. Hierfür ist wichtig, dass Angehörige auch der eigenen Bedürfnisse gewahr werden. Andernfalls würden sie sich längerfristig nicht der Erfüllung der Bedürfnisse anderer Menschen widmen können (Bruder, 1988). Im Folgenden sei ein Beispiel für die Beratung einer Angehörigen angeführt:

Herr T. kommt wegen seiner Mutter in die Beratungsstelle. Seine Mutter ist 80 Jahre alt und lebt seit dem Tod des Vaters alleine in der eigenen Wohnung. Herr T. ist der einzige Sohn. Er wohnt in einem Nachbarort und ist berufstätig. Er erlebt, dass seine Mutter körperlich schwächer wird und seltener für sich kocht. Auch mit dem Putzen klappe es nicht mehr so wie früher. Er habe den Eindruck, die Mutter werde zunehmend vergesslicher.

Herr T. stellt sich die Frage, ob seine Mutter nicht in eine Institution mit betreutem Wohnen umziehen solle. Er macht sich große Sorgen, weil er eine „Rückwärtsentwicklung“ an der Mutter beobachtet und sich selbst als diejenige Person betrachtet, welche die Defizite dieser Entwicklung kompensieren sollte, dies aber aufgrund von Entfernung und Berufstätigkeit nicht leisten kann. Also sucht er nach einer Lebensform für seine Mutter, die deren Defizite auffängt.

Kürzlich hat ihn seine Mutter besuchen wollen und ihn vom Bahnhof seines Wohnortes aus angerufen. Sie bat ihn, sie abzuholen, weil sie den Weg zu ihm nicht mehr gefunden habe. Der Sohn war über den Verlust der Wegkenntnis bestürzt und nahm in seinem Schrecken nicht mehr wahr, dass die Mutter sich doch zu helfen gewusst hatte: Sie hatte ihn angerufen, ihm das Problem erklärt und ihn um ein Entgegenkommen gebeten.

B.: Sie sind sehr erschrocken, als Sie bemerkt haben, dass Ihre Mutter den Weg zu Ihnen nicht mehr findet?

T.: Ja, sie hat mich doch die ganzen Jahre dort besucht. Am Telefon hat sie gesagt, es wäre eine Baustelle und alles wäre ganz anders.

B.: Und jetzt haben Sie das Gefühl, Ihre Mutter kommt alleine nicht mehr zurecht?

T.: Ja, jetzt habe ich Angst, dass zu Hause was passiert, dass sie den Herd anlässt. Manchmal habe ich auch schon gemerkt, dass sie Dinge nicht aufräumt oder was nicht macht, was sie früher immer gleich erledigt hat.

B.: Sie spüren, dass Ihre Mutter zu Hause nicht immer gut alleine zu-rechtkommt und Sie aber nicht dauernd bei ihr sein können?

T.: Ja, aber sie würde nicht akzeptieren, dass jemand anderer als ich ihr hilft. Sie glaubt ja, dass sie noch alles alleine machen kann.

B.: Und dies setzt Sie unter Druck.

T.: Ich kann doch nicht immer gleich kommen, wenn etwas ist.

Im Verlauf des Gesprächs verdeutlicht Herr T. den Druck, dem er sich ausgesetzt fühlt. Während weiterer Gespräche löst er sich etwas aus dieser Spannung, verringert seine Ängste, bewegt seine Verantwortlichkeit auf die Beobachtung und Gestaltung der Rahmenbedingungen statt auf die rein konkrete Hilfestellung und überlässt seine Mutter ein bisschen mehr sich selbst.

In der Angehörigenberatung im engeren Sinne geht es in erster Linie um das Erleben des Angehörigen, der sich meistens in einer ausgeprägten *Belastungs- und Konfliktsituation* befindet. Angehörige sind im Zwiespalt, dass sie sich für jemand anderen zunehmend verantwortlich und zuständig fühlen, ihnen gleichzeitig aber zu wenig Zeit bleibt, um sich über ihre eigene veränderte Situation klar zu werden. Zudem geraten sie in die Zwickmühle, den normativen Vorstellungen des Umfeldes entsprechen zu müssen.

Häufig bildet sich mit der Angehörigenberatung ein „Dreiecksverhältnis“ zwischen der älteren Person, dem Angehörigen und der Beraterin. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn sowohl die älteren Menschen als auch ihre Angehörigen von derselben Beraterin betreut werden und die Interessen der Ratsuchenden divergieren. In diesem Fall gehört zu den Aufgaben der Beraterin auch die *Mediation*. Es geht für die Beteiligten darum, miteinander eine Lösung zu finden, in der die verschiedenen Vorstellungen und Interessen berücksichtigt werden (vgl. Haas & Wirz, 2001).

Von der Beratung zur Betreuung

Angehörige brauchen einerseits Beratungsgespräche, in denen sie sich ihrer Situation bewusst werden. Sie benötigen darüber hinaus meist konkrete Hilfestellung und Entlastung, um die personenzentrierte Beratung in eine personenzentrierte Begleitung bzw. Betreuung umzusetzen. Hierzu sei ein weiteres Beispiel angeführt:

Frau F. wendet sich ziemlich beunruhigt an die Beratungsstelle. Ihre Mutter sei zunehmend vergesslich, sie gehe nicht mehr aus dem Haus, vergesse ihre Medikamente einzunehmen bzw. nehme sie mehrmals hintereinander, wodurch es ihr manchmal körperlich sehr schlecht gehe. Frau F. und ihre Schwester schauten oft nach der Mutter, könnten sich aber nicht die ganze Zeit um sie kümmern. Sie überlege, ihre Mutter in ein Heim zu geben, obwohl diese unbedingt zu Hause bleiben möchte. Frau F. hält sie für unterversorgt und befürchtet, dass die Situation sich zuspitzt.

Im Gespräch mit der Beraterin wird offensichtlich, dass Frau F. sich sehr um ihre Mutter bemüht, diese jedoch auf ihre Eigenständigkeit pocht und „gar nicht einsieht“, dass sie Hilfe benötigt. In der Beraterin gewinnt sie eine Gesprächspartnerin. Ihre Belastung mindert sich unter anderem dadurch, dass sie nicht mehr alleine zuständig ist und dass sie durch die Reflexion der Vergesslichkeit ihrer Mutter Verständnis für Abwehrhaltungen („Ich gehe noch selbst zum Friseur, ich brauche doch kein Kindermädchen“) gewinnt. Parallel kann sie sich darauf einlassen, sich selbst und ihrer Mutter Zeit zu geben. Im Gespräch ergibt sich, dass ihre Mutter noch nie viel unterwegs gewesen sei. Nach dem frühen Tod des Ehemannes habe sie die Kinder alleine großgezogen und sei gerne alleine gewesen.

Eine psychosozial geschulte Mitarbeiterin, Frau Z., die durch die Beraterin angeleitet wird, beginnt die Mutter (Frau G.) einmal in der Woche zu besuchen. In den ersten Wochen darf die Mitarbeiterin meistens nicht die Wohnung betreten. Die beiden Frauen unterhalten sich aber an der Türe miteinander. Nach wenigen Minuten verabschiedet sich die Besucherin jeweils wieder. Mit der Zeit wird Frau Z. dann doch hereingebeten. Offensichtlich hat sich Frau G. an ihr Gesicht gewöhnen können. Dabei hat sie auch erlebt, dass die Besucherin ihr wohlgesonnen ist. Mit wachsender Vertrautheit lernt Frau Z. die Klientin besser kennen und umgekehrt. Mit der Zeit wird es für die Klientin schließlich fast selbstverständlich, dass Frau Z. jeden Montag kommt und mit ihr Tee trinkt, ihr einen Apfel schält und mit ihr über die Medikamente spricht.

Eines Tages möchte Frau G. zum Friseur und Frau Z. bietet ihr an mitzugehen. Auf der Grundlage eines freundlichen Kontaktes erlebt Frau G. die Hilfe als wohlmeinende Geste und kann sie sogar als angenehm empfinden. Die Begleitung zum Friseur resultiert aus einer Initiative von Frau G. und ist für sie nicht länger ein Ausdruck von Abwertung („Du kannst das nicht mehr, also brauchst du jemanden“, sondern vielmehr: „Wenn ich etwas brauche, ist jemand da“).

Das heißt: Im Spektrum des Hilfeangebotes führt jeweils Frau G. Regie, wenn sie ihr Bedürfnis situationsadäquat äußert und sich entscheidet, zu gehen und jemanden mitzunehmen, oder sich an einem anderen Tag eben auch dafür entscheidet, zu Hause zu bleiben.

Die Betreuung älterer Menschen besteht so weit wie möglich in der Hilfe zur Selbsthilfe. Wann immer möglich, entscheiden weder

die Professionellen noch die Angehörigen für ihre Bezugspersonen. Dies würde nur zur weiteren Verunselbstständigung beitragen. Auch würde der kurzfristige Zeitgewinn längerfristig betrachtet einen zeitlichen „Mehr-Aufwand“ bedeuten.

Von den mehr oder weniger verschiedenen Interessen kann in der Angehörigenberatung nicht abstrahiert werden. Gerade in einer „gemischten Beratungsstelle“ (Beratung älterer, verwirrter Menschen und/oder Beratung der Angehörigen älterer, verwirrter Menschen) können divergierende Interessen besonders deutlich zum Vorschein kommen. Zuweilen verdichten sie sich zu handfesten Gegensätzen, welche die Arbeit im Vergleich zu jener in einer reinen Angehörigenberatungsstelle sicherlich erschweren, aber auch die Möglichkeit bieten, die Konflikte auszutragen und so wenigstens ein Stück weit zu lösen bzw. mit ihnen zu leben.

Meistens kommen die zu Beginn der Beratung manchmal auch für die Ratsuchende selbst noch unterschwellig und für die Beraterin zunächst nur spürbaren Konflikte erst bei fortschreitender Beratung zum Vorschein, wenn eine gewisse objektive Entlastung eingetreten ist, die auch Raum bietet hinsichtlich einer psychischen Entlastung, und wenn eine gewisse Sensibilisierung für die persönlichen Interessen der Beteiligten geweckt wurde.

Häufig ist die psychische Belastung der Angehörigen auch dann ausgeprägt, wenn zwischen ihnen und den Pflegebedürftigen keine besonderen Interessendivergenzen bestehen. Die Beziehung zwischen älteren, verwirrten Menschen und ihren Angehörigen ist nicht symmetrisch. Bei einem chronischen Verlauf von Altersbeschwerden und Krankheit müssen die Angehörigen immer *mehr* geben und erhalten *weniger* zurück. Mit der vollständigen Pflegeübernahme ist ein Aufwand verbunden, der in Deutschland heute zwar in finanzieller Hinsicht partiell entschädigt wird, in psychischer Hinsicht jedoch meistens nicht ohne weiteres als „lohnend“ empfunden wird.

Das Kräfte-reservoir der Angehörigen reicht in der häufig lang anhaltenden Pflege meistens nicht aus. Deshalb ist es wichtig, dass die Beratungsstelle nicht nur auf den möglichen Beizug von Pflegekräften und hauswirtschaftlichen Helferinnen hinweist, sondern diese bei Bedarf auch bereitstellt und die Organisation der Pflege- und Hausarbeit sicherstellt.

Literatur

- Bauer, J. (2002). *Das Gedächtnis des Körpers*. Frankfurt a. M.: Eichborn.
- Becker, J. (1996). *Die Wegwerf-Windel auf der Wäscheleine. Die Handlungslogik dementer alter Menschen verstehen lernen*. Darmstadt: afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung.
- Becker, J. (1999). „Gell, heut geht's wieder auf die Rennbahn.“ *Die Handlungslogik dementer Menschen wahrnehmen und verstehen*. Darmstadt: afw – Arbeitszentrum Fort- und Weiterbildung.
- Berger, F. (2006). Personenzentrierte Beratung. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (333–372). Heidelberg: Springer.
- Brossi, R. (2008). Achtsamkeit und Präsenz in der Gesprächspsychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7/3, 141–149.
- Bruder, J. (1988). Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 1, 95–101.
- Buber, M. (1962). *Ich und Du. Werke*. Bd. 1. München: Kösel-Schneider
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Galliker, M. & Klein, M. (1997). Implizite positive und negative Bewertungen – Eine Kontextanalyse der Personenkategorien <Senioren>, <ältere Menschen>, <alte Menschen> und <Greise> bei drei Jahrgängen einer Tageszeitung. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 27–41.
- Galliker, M. & Klein, M. (1998). Konstante soziale und räumliche Umwelt im Alter: Gedächtnistheorie, Fallbeispiele und Praxisrelevanz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 104–111.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E.T. (1998). *Focusing in der Praxis. Eine schulübergreifende Methode für Psychotherapie und Alltag*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Haas, E. & Wirz, T. (2003). *Mediation. Konflikte lösen im Dialog*. Zürich: Jean Frey.
- Hedtke-Becker, A. u. a. (2003). *(Familien-)Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell*. Hockenheim: Larimar.
- Karl, F. & Nittel, K. (1980). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“ – Zugangsformen und Interventionsmuster. *Zeitschrift für Gerontologie*, 21, 21–27.
- Kitwood, T. (2000). *Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen*. Huber: Bern.
- Klein, M. (1998): Biographische Begleitung – ein Konzept zur häuslichen Versorgung altersverwirrter Menschen. In *Altenhilfe. Umgang mit verwirrten und psychisch kranken alten Menschen in der Praxis. Dokumentation einer Tagung vom 5. Februar 1998*. Dezernat III, Sozialamt, Stadt Mannheim, 54–55.
- Klein, M. & Ensinger-Boschmann, E. (1995). Die Logik der Verwirrtheit. *Forum Sozialstation Nr. 74/Juni 1995*, 35–39.
- Klein, R. & Kannicht, A. (2007). *Einführung in die Praxis der systemischen Therapie und Beratung*. Heidelberg: Auer.
- Kohli, M. & Robert, G. (Hrsg.) (1987). *Biographie und soziale Wirklichkeit*. Stuttgart: Metzler.
- Kunze, D. (2008). Das Personenzentrierte Konzept in Beratung und Pädagogik. *Psychodynamische Psychotherapie*, 7, 179–190.
- Löcherbach, P. (1998). Altes und Neues zum Case Management – Soziale Unterstützungsarbeit zwischen persönlicher Hilfe und Dienstleistungsservice. In S. Mrochen, E. Berchtold & A. Hesse (Hrsg.). *Standortbestimmung sozialpädagogischer und sozialarbeiterischer Methoden*, 104–123. Weinheim: Beltz.
- Radebold, H. (2005). *Die dunklen Schatten der Vergangenheit. Ältere Menschen in Beratung, Psychotherapie, Seelsorge und Pflege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rauen, C. (2001). *Coaching. Innovative Konzepte und Vergleich*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Rogers, C.R. (1942/1985). *Die nicht-direkte Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Schulte, G. (1993). *Der blinde Fleck in Luhmanns Systemtheorie*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Sickendiek, U., Engel, F. & Nestmann, F. (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Tolan, J. (2003). *Skills in person-centred counseling and psychotherapy*. London: Sage.

Autorin:

Margot Klein, Dipl.-Soz., Mitarbeiterin der Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Mannheim. Fortbildnerin für Beratung und Kommunikation mit älteren und verwirrten Menschen und Angehörigen. Lehraufträge an der Hochschule Mannheim.

Korrespondenzadresse:

Margot Klein
 Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen
 Jenaer Weg 7/2
 68309 Mannheim
 Telefon: 0049 – 621 – 70 34 35
 E-Mail: m.klein@beratungsstelle-viva.de