

PERSON

Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

1 | 2009

13. Jahrgang

Schwerpunktheft: Person- und konzextbezogene Arbeit mit älteren Menschen

Herausgegeben von Mark Galliker und Wolfgang W. Keil

FACHBEITRÄGE

- Peter Elfner*: Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial im Alter 5
- Ulrich Pfeifer-Schaupp*: Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit – Prä-Therapie in der Altenpflege 14
- Penny Dodds*: Prä-Therapie in der Demenzpflege 25
- Maria Langfeldt-Nagel*: Personzentrierte Gesprächsführung in der Ausbildung der Altenpflege 30
- Margot Klein*: Personzentrierte Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen 40
- Ellen Ensinger-Boschmann*: Personzentrierte Gruppenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen zur Unterstützung des Selbstwahrnehmungs- und Bewältigungsprozesses 54
- Mark Galliker*: Gesprächspsychotherapie mit einer älteren Frau 62

REZENSIONEN

- Margarethe Letzel*: Ian Morton. Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. 77
- Marlis Pörtner*: Tom Kitwood. Dementia. Der Personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen 78
- Reinhold Stipsits*: Peter Elfner. Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie 79
- Diether Höger*: Luise Reddemann. Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie 80

- Europäische Standards für personzentrierte und experienzielle Ausbildung & Das Europäische Zertifikat für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung 83

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Die Herausgeber sind dem von Carl Rogers und seinen Mitarbeitern begründeten Personzentrierten Ansatz verpflichtet. Dieser Ansatz wurde im deutschen Sprachraum im Rahmen der Psychotherapie unter den Bezeichnungen „Gesprächspsychotherapie“, „Klientenzentrierte Psychotherapie“ und „Personzentrierte Psychotherapie“ bekannt. Seit Beginn hat der Ansatz unterschiedliche Differenzierungen und Weiterentwicklungen erfahren.

Die Begriffe „personzentriert“ und „experienziell“ und die mit ihnen verbundenen Konzepte und Prozesse beruhen auf einer umfassenden und reichhaltigen Geschichte und sind ständig in Entwicklung begriffen. Die Bezeichnung „personzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

Die Zeitschrift dient als Forum der Diskussion dieser Entwicklungen und ihrer Umsetzung innerhalb und außerhalb der Psychotherapie in den Bereichen der Human- und Sozialwissenschaften, der Ausbildung, Kultur und Wirtschaft. Dies gilt sowohl für die wissenschaftliche Forschung und Theoriebildung als auch für Lehre und Praxis. Die Zeitschrift bietet außerdem einen Rahmen für Auseinandersetzung und Zusammenarbeit mit anderen kulturellen, wissenschaftlichen, philosophischen und künstlerischen Strömungen.

Herausgeber

ÄGG – Ärztliche Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie
c/o Dr. L. Teusch, Ev. Krankenhaus, D-44577 Castrop-Rauxel, Grutholzallee 21
Tel.: +49 2305 102 28 58; Fax: +49 2305 102 28 60
E-Mail: l.teusch@evk-castrop-rauxel.de

DPGG – Deutsche Psychologische Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie e.V.

c/o Prof. Dr. Jochen Eckert, Fachbereich Psychologie der Universität Hamburg, D-20146 Hamburg, Van-Melle-Park 5
Tel.: +49 40 428 38 53 62; Fax: +49 40 428 38 61 70
E-Mail: jeckert@uni-hamburg.de

Forum – Forum Personzentrierte Praxis, Ausbildung und Forschung der APG
(Arbeitsgemeinschaft Personzentrierte Gesprächsführung, Psychotherapie und Supervision. Vereinigung für Beratung, Therapie und Gruppenarbeit)
A-1090 Wien, Liechtensteinstr. 129/3
Tel./Fax: +43 1 966 79 44; E-Mail: apg-forum@chello.at

GWG – Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie e.V.
c/o Karl-Otto Hentze, D-50825 Köln, Melatengürtel 125a
Tel.: +49 221 92 59 08-0; Fax: +49 221 25 12 76; E-Mail: hentze@gwg-ev.org

IPS – Institut für Personzentrierte Studien der APG
A-1030 Wien, Dißberggasse 5/4
Tel.: +43 1 713 77 96; Fax: +43 1 718 78 32; E-Mail: office@ips-online.at

ÖGwG – Österreichische Gesellschaft für wissenschaftliche klientenzentrierte Psychotherapie und personorientierte Gesprächsführung
A-4020 Linz, Altstadt 17
Tel./Fax: +43 70 78 46 30
E-Mail: oegwg@psychotherapie.at

SGGT – Schweizerische Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung
CH-8005 Zürich, Josefstr. 79
Tel.: +41 44 271 71 70; Fax: +41 44 272 72 71; E-Mail: sggtpcp@smile.ch

VRP – Vereinigung Rogerianische Psychotherapie
A-1091 Wien, Postfach 33
Tel.: +43 664 4173170, E-Mail: office@vrp.at

Herausgeber dieses Hefts

Mark Galliker und Wolfgang W. Keil

Erscheinungshinweise und Bezugspreise

Heftpreis: € 9,50 / Sfr 15,- zzgl. Versandkosten
Abonnement: € 16,- / Sfr 25,- zzgl. Versandkosten
Es erscheinen jeweils 2 Nummern pro Jahr.

Bestellungen sind über jede Fachbuchhandlung oder direkt beim Verlag möglich. Ein Abonnement verlängert sich automatisch, wenn es nicht sechs Wochen vor Jahresende schriftlich gekündigt wurde. Mitglieder der herausgebenden Vereinigungen haben jeweils spezifische Bezugsbedingungen.

Verleger und Druck

Facultas – Universitätsverlag, A-1090 Wien, Berggasse 5
Tel.: +43 1 310 53 56; Fax: +43 1 319 70 50; E-Mail: verlage@facultas.at

Satz und Layout

Gerhard Krill, Wien,

Redaktion

Clara Arbter-Rosenmayr, Michael Behr, Franz Berger, Ulrike Diethardt, Jobst Finke, Mark Galliker, Diether Höger, Robert Hutterer, Wolfgang W. Keil, Christian Korunka, Gerhard Lukits, Judith Reimitz, Jochen Sauer, Peter F. Schmid, Hermann Spielhofer, Tobias Steiger, Gerhard Stumm

Redaktionssekretariat

Edith Muggenhumer, A-1140 Wien, Sonnenweg 88
Tel.: +43 (0)1 596 29 19, Fax: +43 (0)1 596 29 19 - 9
E-Mail: edith.muggenhumer@silverserver.at

Fachbeirat von PERSON (Stand 15. 7. 2008)

Elisabeth Ardelt-Gattinger, Béatrice Amstutz, Anna Auckenthaler, Niklas Baer-Stählin, Christiane Bahr, Elfriede Bartosch, Robert Bauer, Ludwig Becker, Edwin Benko, Eva-Maria Biermann-Ratjen, Johannes Binder, Ute Binder, Ilona Bodnar, Claudia Boeck-Singelmann, Rosina Brossi, Rainer Bürki, Olaf de Haas, Miriam de Vries, Martina Dienstl, Gottfried Dohr, Ulrike Dollack, Harald Doppelhofer, Sybille Ebert-Wittich, Jochen Eckert, Karin Eisner-Aschauer, Ulrich Esser, Ruth Etienne Klemm, Reinhold Fartacek, Margarete Fehrlinger, Christian Fehring, Andrea Felnemeti, Irmgard Fennes, Peter Figge, Peter Frenzel, Renata Fuchs, Sylvia Gaul, Christiane Geiser-Juchli, Susanne Gerckens, Walter Graf, Simone Grawe, Charlotte Gröflin-Buitink, Hiltrud Gruber, Regula Haefeli, Klaus Heinerth, Ernst Hemmert, Hans Henning, Ruth Hobi, Viktor Hobi, Beate Hofmeister, Anita Hufnagl, Catherine Iseli Bolle, Dora Iseli Schudel, Elisabeth Jandl-Jäger, Stephan Jürgens-Jahnert, Dietlinde Kanolzer, Sylvia Keil, Sonja Kinigadner, Lore Korbei, Ruth Koza, Franz Kraßnitzer, Jürgen Kriz, Dorothea Kunze, Barbara Kurzmann, Elke Lambers, Margarethe Letzel, Germain Lietaer, Hans-Jürgen Luderer, Ulf Lukan, Brigitte Macke-Bruck, Ueli Mäder, Jörg Merz, Christian Metz, Beatrix Mitterhuber, Christiane Monden-Engelhardt, Dietrich Moshagen, Doris Müller, Annette Murafi, Khalid Murafi, Gerd Naderer, Sibylle Neidhart, Nora Nemeskeri, David Oberreiter, Alfred Papst, Brigitte Pelinka, Josef Pennauer, Henriette Petersen, Marlis Pörtner, Klaus Renn, Klaus Riedel, Brigitte Rittmannsberger, Eckart Ruschmann, Bruno Rutishauser, Klaus Sander, Eva-Maria Schindler, Sabine Schlippe-Weinberger, Stefan Schmidtchen, Christoph Schmitz, Wolfgang Schulz, Reinhold Schwab, Helmuth Schwanzar, Klaus-Peter Seidler, Karl F. Sommer, Gert-Walter Speierer, Dora Stepanek, Norbert Stölzl, Ursula Straumann, Hans Swildens, Beatrix Teichmann-Wirth, Beatrix Terjung, Ludwig Teusch, Brian Thorne, Ottilia Trimmel, Monika Tuczai, Richard van Balen, Martin van Kalmthout, Angelika Vogel-Hilburg, Helga Vogl, Madeleine Walder-Binder, Robert Waldl, Kurt Wiesendanger, Agnes Wild-Missong, Johannes Wiltschko, Marietta Winkler, Andreas Wittrahm, Hans Wolschlag, Heidrun Ziegler, Elisabeth Zinschitz, Günther Zurhorst

Inhalt

Editorial	3
Fachbeiträge	
<i>Peter Elfner</i> Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial im Alter	5
<i>Ulrich Pfeifer-Schaupp</i> Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit –Prä-Therapie in der Altenpflege	14
<i>Penny Dodds</i> Prä-Therapie in der Demenzpflege	25
<i>Maria Langfeldt-Nagel</i> Personenzentrierte Gesprächsführung in der Ausbildung der Altenpflege	30
<i>Margot Klein</i> Personenzentrierte Beratung von älteren Menschen und deren Angehörigen	40
<i>Ellen Ensinger-Boschmann</i> Personenzentrierte Gruppenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen zur Unterstützung des Selbstwahrnehmungs- und Bewältigungsprozesses	54
<i>Mark Galliker</i> Gesprächspsychotherapie mit einer älteren Frau	62

Rezensionen

Margarethe Letzel

Ian Morton: Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Mit einem Vorwort von Marlis Pörtner (Original: Person-centred Approaches to Dementia Care. Bicester: Winslow, 1999) 77

Marlis Pörtner

Tom Kitwood: Demenz. Der Personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen 78

Reinhold Stipsits

Peter Elfner: Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie 79

Diether Höger

Luise Reddemann: Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie 80

Europäische Standards für personzentrierte und experienzielle Ausbildung &

Das Europäische Zertifikat für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung 83

Editorial

Im Zentrum des vorliegenden Heftes stehen konkrete Erfahrungen von gerontologischen Fachleuten, die seit Jahren mit betagten Personen und ihren Angehörigen sowie mit deren professionellen Bezugspersonen arbeiten. Es handelt sich im Wesentlichen um Berichte aus der psychosozialen Praxis, zu der die zugehende Beratung, die biografische Begleitung und die Leitung von Erlebnisgruppen gehören. In therapeutischer Hinsicht bietet sich bei betagten Menschen mit ausgeprägter Demenz die Prä-Therapie an. Bei älteren Personen mit beginnender Demenz oder anderen Problemen sind eigentliche Gesprächspsychotherapien möglich, wenn die Lebensverhältnisse der Klienten beachtet und die entsprechenden Ausgangsbedingungen wie die Notwendigkeit einer zugehenden Beratung oder zugehenden Therapie realisiert werden.

Das gesellschaftliche System war früher darauf angelegt, dass jüngere von älteren Menschen lernen. Das ist heute immer weniger der Fall. So sind auch die Berufstätigen im Altenbereich meistens jünger als ihre Klienten. Diese Umkehrung des traditionellen Verhältnisses erleben ältere Personen nicht selten als demütigend. Deshalb verdient das Thema Würde und Respekt vor der Autonomie der Person bei der Betreuung älterer Menschen spezielle Beachtung. Ist es nicht gerade der Personzentrierte Ansatz, der hier seine besondere Wirksamkeit entfalten könnte?

Es gibt wohl keinen anderen Ansatz, mit dem so sehr die Achtung vor anderen Menschen intendiert wird wie der Personzentrierte Ansatz. Personzentriert arbeitende Berater und Therapeuten gehen bekanntlich nicht allein von den eigenen Vorstellungen aus, sondern versuchen die Klienten in ihrer ganz persönlichen Eigenart und ihrem individuellen Erleben sensibel wahrzunehmen und zu verstehen. Psychopathologische Diagnosen werden nicht überschätzt, im Gegenteil – gerade den von einem Außenstandpunkt aus als „abwegig“ eingeschätzten Verhaltensweisen wird Wertschätzung und Wärme entgegengebracht, nicht zuletzt auch, weil sie oft Ressourcen beinhalten, die sich produktiv umsetzen lassen. Achtung vor dem Anderen in der anderen Person bedeutet beispielsweise eben auch Interesse und Freude an einem anderen Leben im Hier und Jetzt, das ohne allzu einschnürendes rationales Korsett verläuft und zu Verdichtungen und Verschiebungen führt, die Quelle von Kreativität sein können, wenn sie von den Mitmenschen beachtet, aufgenommen, geteilt und verstanden werden.

Der Personzentrierte Ansatz scheint sich allerdings nur dann zu bewähren, wenn seine Protagonisten nicht blind sind für die institutionellen Voraussetzungen, unter denen sie arbeiten. Andernfalls besteht die Gefahr, dass die vielzitierten Grundhaltungen eher

präsentiert als beibehalten werden und zuletzt vielleicht sogar manipulative Züge annehmen. Wie schwierig es ist, unter bestimmten Rahmenbedingungen personenzentriert zu bleiben und nicht plötzlich, ohne es zu merken, „institutionenzentriert“ zu sprechen oder zu handeln, zeigt sich besonders deutlich in Beratungssituationen, in denen mit den älteren Personen zusammen Weichen für deren zukünftiges Leben gestellt werden sollen (z. B. bei Entscheidungsprozessen, in denen die zukünftige Wohn- und Lebensform eruiert wird).

Bei allen personenzentrierten Begegnungsformen mit älteren Menschen scheint nicht nur entscheidend zu sein, dass die professionelle Bezugsperson tatsächlich von den Bedürfnissen und Gefühlen der Klientin oder des Klienten ausgeht, sondern dass sie sich auch auf den Kontext bezieht, in dem die Betreuungen, Beratungen oder Therapien erfolgen. Zur Personzentriertheit gehört nicht zuletzt auch, dass die Klienten so akzeptiert werden, wie sie sind. Es kann nicht darum gehen, betagte und hochbetagte Menschen in ihren Verhaltensweisen oder gar in ihrer Persönlichkeit zu verändern, sondern es ist wichtig, sie so zu belassen, wie sie sich verhalten können und wie sie sind. Das heißt: Die Wahrung der Persönlichkeit, ihrer Würde und ihrer Rechte verlangt einen Bezug zum Kontext. Diesen gilt es zu hinterfragen und allenfalls zu verändern, wenn er den Bedürfnissen der Person nicht mehr entspricht und ihr nicht länger erlaubt, so weiterzuleben, wie sie es selbst möchte.

Mit den vorliegenden Studien zur „person- und kontextbezogenen Altenarbeit“ werden einerseits die Vorteile des Personzentrierten Ansatzes bestätigt und andererseits wird auch auf kontextuelle Probleme und Hindernisse bei dessen Ausübung hingewiesen. Die Praxisberichte finden Ergänzung durch qualitative Begleitstudien zur Betreuungsarbeit sowie zur Ausbildung der Pflegekräfte, in denen die psychosoziale Praxis reflektiert wird und Möglichkeiten wie auch Grenzen personenzentrierter Beratung und Betreuung diskutiert werden.

Das vorliegende Heft enthält sieben Artikel. Die ersten vier befassen sich mit psychiatrischen und stationär-pflegerischen Bereichen und die letzten drei mit ambulanter Beratung, Gruppenarbeit und Einzeltherapie. Die angesprochenen Probleme stellen sich in jedem Gebiet etwas anders dar und verlangen deshalb auch verschiedene Zugangs- und Verständigungsweisen. Mit dem vorliegenden Heft wird ein zunehmend wichtiger Bereich für Psychotherapie und Beratung mit älteren Menschen allgemein und für den Personzentrierten Ansatz im Besonderen aufgegriffen.

Mark Galliker und Wolfgang W. Keil

Peter Elfner

Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial im Alter

Wie kann der Personzentrierte Ansatz in der Gerontopsychiatrie dabei förderlich sein?

Zusammenfassung: Vor dem Hintergrund eigener Berufserfahrung und der psychosozialen Situation alter Menschen wird eine Übertragung des Personzentrierten Ansatzes auf die Behandlung psychischer Altersstörungen dargelegt. Das Postulat der Aktualisierungstendenz gesteht ein Entwicklungspotenzial bis ins hohe Alter zu. Psychische Störungen können erstmalig im Alter auftreten oder bereits vorher bestehen. Die Inkongruenz steht in wechselseitigem Zusammenhang mit den gewaltigen Anpassungsleistungen, die der Alterungsprozess fordert. Die theoretische Konzeption des Meta-Ansatzes beugt einer normativen Einengung des vielfältigen Erlebens dieser heterogensten Altersgruppe vor. Zur Erleichterung des Psychotherapiezugangs wird sowohl die Bereitschaft des Therapeuten zu einer längeren Motivationsphase gefordert als auch ein nicht ausschließlich sprachlich-explorierend festgelegtes Indikationskriterium des Ausdrucks von Inkongruenz. Neben störungsspezifischen Behandlungsmodifikationen ist ein fließender Übergang zwischen Psychotherapie, Beratung und konkreten Hilfestellungen ebenso erforderlich wie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Schlüsselwörter: Aktualisierungstendenz, Entwicklungspotenzial, alte Menschen, Gerontopsychiatrie, Motivation

Abstract: Actualizing tendency as a potential for development in the elderly— How does the person-centred approach benefit this process in gerontopsychiatry? *The person-centred approach in the treatment of mental disorders in the elderly is conveyed using professional experience and the psychosocial situation of elderly people. The postulate of actualizing tendency confers a potential for continued development into the advanced years of life. Mental disorders may appear for the first time in old age or have existed previously. Incongruence is reciprocally influenced by the enormous effort to manage the challenges of aging. The theoretical conception of the person-centred approach precludes a normative reduction of the diverse experience of this heterogeneous age group. To alleviate admission to psychotherapy, professionals are called upon to engage in an extended motivating period as well as not applying an exclusively verbal-explorative determined indication criteria as expression of incongruence. In addition to disorder-specific treatment, optimal care requires interdisciplinary teamwork and smooth transitions between psychotherapy, counselling and practical support.*

Keywords: *actualizing tendency, potential for development, elderly people, gerontopsychiatry, motivation*

Auf das Entwicklungspotenzial alter Menschen lässt sich auch dann uneingeschränkt vertrauen, wenn sie mit der Bewältigung psychischer Störungen konfrontiert sind. Entwicklung im Alter schließt eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit Alterungsprozessen ein, da diese an der Entstehung psychischer Störungen beteiligt sein können oder deren Erscheinungsformen sowie deren Verläufe abwandeln. In welcher Weise sich der Mensch in seiner Umgebung erhält und mit ihr weiterentwickelt, hat Rogers mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz beschrieben. Sie ist ein grundlegendes und universelles Prinzip alles Lebendigen, die dem Organismus eigene Tendenz, all seine Kapazitäten so zu entwickeln, dass sie dazu

dienen, den Organismus zu erhalten oder zu erweitern (Höger, 2006). Aus neurobiologischer Sicht wird ein bis ins hohe Alter bestehendes Entwicklungspotenzial bestätigt (Spitzer, 2003; Hüther, 2004a,b). Leider kontrastiert das Vertrauen in die Aktualisierungstendenz mit nach wie vor weit verbreiteten verzerrten und defizitorientierten Vorstellungen sowohl über das Altern und psychische Altersstörungen als auch darüber, wie sich alte Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinandersetzen. Der Personzentrierte Ansatz stellt ein spezifisches Beziehungsangebot bereit, um in dieser Auseinandersetzung das Wachstum der jeweiligen Person zu fördern.

Infolge von steigender Lebenserwartung und sinkender Nachkommenzahl wird in den Industrieländern der Anteil der Altenbevölkerung zunehmen. Mit der demographischen Entwicklung steigt in Zukunft auch die absolute Zahl von psychisch erkrankten alten Menschen. Gegenwärtig wird davon ausgegangen, dass ein Viertel der Über-65-Jährigen an einer psychischen Störung leidet (Bickel, 2002; Helmchen & Kanowski, 2001). Angesichts dieser Herausforderungen ist es erstaunlich, dass personenzentrierte Veröffentlichungen den psychischen Störungen im Alter bisher nur beiläufig Aufmerksamkeit gewidmet haben. Auch wird das bislang nur gelegentliche Interesse den wirkungsvollen und vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Gerontopsychiatrie nicht gerecht.

Rogers selbst kann beispielhaft für ein fortgesetztes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz alternder Menschen genannt werden. In seinen frühen Schriften legte er zwar zunächst als zeitliches Ausschlusskriterium für eine personenzentrierte Psychotherapie das 60. Lebensjahr fest, da ab diesem Zeitpunkt die Anpassungselastizität nicht mehr ausreichend sei (Rogers, 1942a). Später nahm er dieses Kriterium wieder zurück, da seine ursprüngliche Annahme fortgesetzt widerlegt worden sei. In seinem siebenten Lebensjahrzehnt überschrieb Rogers einen Artikel über sein eigenes Altern mit den Worten: „Growing old: or older and growing“ (Rogers, 1980a). Im gleichen Jahrzehnt begab er sich selbst in Psychotherapie.

Altern und psychische Störungen

Prävalenz psychischer Altersstörungen

Psychische Störungen können erst im Alter erworben oder aus jüngeren Lebensjahren mitgenommen werden. Mit Ausnahme der Demenzen zeigen Neuerkrankungsraten psychischer Störungen im Alter, die anerkannte Diagnosekriterien erfüllen, insgesamt eine fallende Tendenz (Bickel, 2002). Die Prävalenz psychischer Alterserkrankungen erreicht ein mit jüngeren Patientengruppen vergleichbares Vorkommen. Um eine fassbarere Vorstellung von der Verbreitung zu bekommen, sind nachfolgend die Häufigkeiten einiger Hauptstörungskategorien des Alters dargelegt:

Entgegen einer immer noch weit verbreiteten Auffassung liegen diagnoserelevante Depressionen auf ebenso hohem Niveau wie bei Jüngeren, wobei depressive Symptome ohne eindeutigen Krankheitswert mit dem Alter leicht zuzunehmen scheinen (Bickel, 2002; Ernst, 1997; Helmchen et al., 1996).

Bei den Demenzerkrankungen ist hingegen eine steile altersbezogene Zunahme zu verzeichnen. Die Häufigkeiten steigen von 2% (65 bis 69 Jahre) auf 10 bis 17% (80 bis 84 Jahre) und über 30% hinaus bei Über-90-Jährigen (Bickel, 2002).

Das Vorkommen der Alkoholabhängigkeit geht mit steigendem Alter zurück. Dafür dürfte zu einem großen Teil das hohe Mortalitäts-

risiko verantwortlich zu machen sein. In der Literatur ist umstritten, ob mit dem Alter ein nachlassender Alkoholkonsum einhergeht (Adams et al., 1990). Andere Autoren (Uchtenhagen et al., 2006) weisen auf höhere Risikofaktoren hin, die durch negative Attribuerungen hinsichtlich des Alterns begünstigt werden. Bei insgesamt schmäler epidemiologischer Datenlage und unter Berücksichtigung der Dunkelziffer wird die Häufigkeit von Alkoholabhängigkeit jenseits des 60. Lebensjahres bei Männern zwischen 1 und 4%, bei Frauen unter 1% angesiedelt (Bickel, 2002).

Alterungsprozesse

Alterungsprozesse sind in biologischer, psychischer und sozialer Hinsicht an der Entstehung, der Erscheinungsform und dem Verlauf psychischer Störungen beteiligt. Daraus ergibt sich nicht nur eine zwingend erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Diagnostik und Behandlung von Altersstörungen, sondern auch die Notwendigkeit differenzierten gerontologischen Wissens. Da eine umfassende Darstellung der Gerontologie den Rahmen dieses Artikels sprengen würde, seien anschließend grob zusammenfassend einige zentrale Aspekte des Alterns dargelegt.

Dem biologischen Alterungsprozess sind sämtliche Organfunktionen unterworfen. Die Geschwindigkeit dieses Prozesses variiert dabei nicht nur erheblich zwischen unterschiedlichen Individuen, sondern auch zwischen einzelnen Organsystemen desselben Individuums. Beim gesunden Altern können gealterte Organe Belastungen schlechter ausgleichen, während unter Ruhebedingungen kaum Veränderungen gegenüber jüngeren Erwachsenen festzustellen sind (Nikolaus, 2000). Altern und körperliche Krankheit sind nicht gleichzusetzen. Im Alter steigt jedoch die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung.

Die Entwicklung der geistigen Leistungsfähigkeit bedarf ebenfalls einer differenzierten Betrachtung. Langjährig erprobtes Erfahrungswissen bleibt weitgehend altersstabil (Lehr, 2003), geschwindigkeitsabhängige Leistungen und Wendigkeit nehmen hingegen ab. Erst jenseits des achten Lebensjahrzehnts zeichnet sich ein alle kognitiven Bereiche betreffender Leistungsverlust ab (Baltes, 2000). Neben dem chronologischen Alter wird die kognitive Leistungsfähigkeit von vielfältigen Faktoren wie Gesundheitszustand, Einkommen, Bildungsstand, Motivation sowie angemessener Darbietung von Lern- und Bildungsangeboten beeinflusst.

Es gibt keine universelle Alterspersönlichkeit. Auch im hohen Alter können bei ein und demselben Individuum in einzelnen Persönlichkeitsbereichen Entwicklungsprozesse im Sinne von Abbau, Zunahme und Konstanz gleichzeitig nebeneinander bestehen (Lehr, 2003). Ein überraschend hohes und konstantes Maß an subjektivem Wohlbefinden in der Altenbevölkerung korreliert paradoxerweise nicht mit dem objektiven Gesundheitszustand und den aktuellen Lebensverhältnissen (Perrig-Chiello et al., 1997). Diesen Befund

wertet Lehr (2003) als erhaltene Plastizität in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Alterns. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts ein Idealbild der Selbstbeherrschung vermittelt wurde. Viele der heute Älteren schämen sich daher ihrer Hilfsbedürftigkeit oder verleugnen sie (Peters, 2000; Kade, 2007).

Die vielfältigen Alterungsprozesse werden von alten Menschen trotz gemeinsamer zentraler Aspekte – je nach Lebensentwurf und biographiegebundener Selbstdeutung – auf ganz subjektive und daher unterschiedliche Weise erlebt und verarbeitet. Gemäß der gerontologischen Forschung haben zwar objektive Faktoren wie beispielsweise Gesundheitszustand, Leistungsfähigkeit, Einkommen, Bildungsstand und Verlust nahestehender Personen großen Einfluss auf den Verarbeitungsprozess des Alterns. Der subjektiven Verarbeitung dieser Faktoren kommt jedoch hinsichtlich der individuellen Reaktionen auf den Alterungsprozess ebenso große Bedeutung zu (Lehr et al., 2000; Kruse & Martin, 2004).

Das individuelle Altern vollzieht sich in wechselseitiger Beeinflussung von situativen, sozialen und gesellschaftlichen Bezügen. Betagte müssen sich nicht nur mit kritischen Lebensereignissen wie beispielsweise dem Verlust nahestehender Personen oder der Pensionierung auseinandersetzen, sondern auch mit den ebenso herausfordernden alltäglichen Anpassungsaufgaben. Defizitäre Altersbilder über vermeintliche Verhaltensweisen und Eigenschaften alter Menschen wirken sich dann besonders beeinträchtigend auf die psychische Befindlichkeit Älterer aus, wenn deren Lebenssituation bereits gesundheitlich, zwischenmenschlich oder ökonomisch belastet ist.

Die demographischen Veränderungen führen dazu, dass zunehmend mehr Generationen gleichzeitig leben, die Verfügbarkeit naher Verwandter jedoch abnimmt. Der Trend zur Singularisierung von Haushalten hat nicht zwingend Vereinsamung zur Folge, kann durch die äußere Distanz Generationenkonflikte minimieren und innere Nähe erleichtern (Rosenmayr, 1990). Für Frauen jenseits des 60. Lebensjahres ist die Verwitwung die häufigste Form des Familienstandes, während der überwiegende Teil der Männer in Partnerschaft lebt (Lehr, 2003). Obwohl Betagte familiären Beziehungen aktuell einen hohen Stellenwert einräumen, sinkt die Bedeutung der Familie (Lehr, 2003). Für viele Ältere von morgen wird das soziale Netzwerk außerhalb der Familie mehr Gewicht bekommen.

Psychische Störungen des Alters

Nachfolgend werden Besonderheiten gerontopsychiatrischer Störungen anhand der Depression und des Alkoholismus im Alter beispielhaft umrissen. Weitergehend Interessierte seien an die einschlägigen Standardwerke der Gerontopsychiatrie (Förstl, 2002) und Geriatrie (Nikolaus, 2000) verwiesen.

Im Senium tritt keine grundsätzlich andere Art von Depression auf als im jüngeren Erwachsenenalter. Körperliche Erkrankungen können sich jedoch mit somatischen Symptomen einer Depression überlappen (Baldwin & Niklewski, 2002). Unter Umständen zeigen ältere Patientinnen und Patienten ihr depressives Erleben über körperliche Beschwerden oder bagatellisieren Symptome, wodurch eine Depression möglicherweise schwerer zu erkennen ist und leichter übersehen wird (Wolfersdorf et al., 2000). Häufig begleiten kognitive Defizite im Senium depressive Störungen. Eine genaue Unterscheidung zwischen einer Demenz und einer Depression lässt sich vielfach erst im Behandlungsverlauf treffen, wenn sich kognitive Schwächen unter der Depressionsbehandlung zurückbilden. In Lehrbüchern angeführte und anscheinend trennscharfe Unterscheidungskriterien für ältere Depressive – wie ein häufigeres Klagen über Denkschwächen, deren rascherer Beginn und ein Morgentief – bieten lediglich grobe Orientierungspunkte. Herauszuheben ist, dass die Behandlungsprognose einer Depression im höheren Lebensalter der Prognose jüngerer Altersgruppen entspricht (Baldwin & Niklewski, 2002).

Bei der Diagnose des Alkoholismus lässt sich ein sozialer Rückzug im Rahmen des Alterungsprozesses unter Umständen schwer von einer alkoholbedingten Vernachlässigung eigener Interessen abgrenzen. Typische soziale Auswirkungen wie Kündigung des Arbeitsplatzes, Scheidung oder Straftaten sind bei Älteren seltener, obwohl in der Regel sozialer Abstieg und Konflikte mit der Alkoholerkrankung einhergehen. Häufig kommen schwere körperliche Folgeerkrankungen sowie Verletzungen durch Stürze zur Suchterkrankung hinzu. Alkoholbedingte kognitive Defizite können sich unter Abstinenzbedingungen häufig zurückbilden. Infolge einer unbegründeten fatalistischen Haltung angesichts vermeintlich geringer Therapieaussichten werden alten Menschen Therapien, Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen seltener empfohlen. Die meisten Suchtfachkliniken setzen eine Altersgrenze bei 60 bis 65 Lebensjahren. Vor dem 60. Lebensjahr entwickeln sich doppelt so häufig Alkoholabhängigkeiten wie danach. Bei einem späten Beginn ist die Prognose günstiger und die sozialen wie finanziellen Verhältnisse sind in der Regel weniger zerrüttet. Individuelle Therapieplanungen und gemeindenahere Angebote sind für alte Menschen zu bevorzugen.

Versorgungsstrukturen

Hausärzte und Hauspflegedienste stellen für alte Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, erste vertrauenswürdige Anlaufstellen dar. Mit der geforderten Breite des Fachwissens stoßen diese Dienstleister allerdings häufig an die Grenze gerontopsychiatrischer Fachkompetenz. Unter den Hausärzten besteht leider noch zu viel Zurückhaltung gegenüber einer fachspezifischen Delegation (Helmchen & Kanowski, 2001). Niedergelassene

Psychiater und Psychotherapeuten haben gegenwärtig für Betagte eine nur geringe Bedeutung (Kipp & Jüngling, 2007), wofür Vorbehalte auf beiden Seiten verantwortlich sein dürften. Behandlungen psychisch erkrankter alter Menschen finden im Wesentlichen – sofern es überhaupt zu einer Behandlung kommt – innerhalb des institutionellen Rahmens (geronto-) psychiatrischer Fachabteilungen statt. In der nahen Zukunft ist jedoch mit einer zunehmenden Bedeutung des ambulanten Versorgungsbereiches zu rechnen. Der verstärkte Kostendruck im Gesundheitswesen wird eine solche Entwicklung begünstigen. Älter werdende jüngere Alte werden vermutlich ihre Behandlungsansprüche selbstverständlicher und nachdrücklicher einfordern. Eine inzwischen differenziertere gerontologische und gerontopsychiatrische Ausbildung wird voraussichtlich eine entwicklungsbejahendere Haltung der Fachpersonen gegenüber Alten fördern und diesen dadurch den Behandlungszugang erleichtern.

Anwendungsmöglichkeiten des Personzentrierten Ansatzes

Wendet man sich den vielfältigen personzentrierten Anwendungsmöglichkeiten zu, sollte man sich zunächst vergegenwärtigen, dass der Personzentrierte Ansatz in erster Linie eine Metatheorie beinhaltet: Das Postulat der Aktualisierungstendenz drückt das Vertrauen aus, dass jedem Individuum Entwicklungsmöglichkeiten innewohnen. In zweiter Linie betont der Ansatz die innere Haltung eines spezifischen, wachstumsfördernden Beziehungsangebotes. Drittens leiten sich unterschiedlichste Interventionen ab, die jedoch immer der Metatheorie und der vorgenannten Haltung verpflichtet sind.

Offenheit und Subjektorientierung des Ansatzes

Alte Menschen bilden eine überaus heterogene Bevölkerungsgruppe. Die Offenheit der Metatheorie bietet, zumindest von ihrer theoretischen Konzeption her, den Vorteil, das vielgestaltige subjektive Erleben Betagter nicht durch einengende theoretische Vorannahmen ersetzen zu müssen, sondern sich vielmehr am Gegebenen orientieren zu können.

Menschen reagieren mit ihrem Verhalten und Erleben nicht auf die objektive Welt, sondern darauf, wie sie diese in ihren Repräsentationen wahrnehmen. Eine solche Auffassung ist zentral für das Menschenbild des Personzentrierten Ansatzes. Die gerontologische Forschung unterstreicht zusätzlich die Notwendigkeit einer Subjektorientierung, wenn insbesondere das Verhalten und Erleben alter Menschen, eingebettet in deren vielfältige Alternsprozesse, umfassend verstanden werden soll.

Durchlässigkeit zwischen Interventionsformen und praktisches Handeln

In der Arbeit mit psychisch erkrankten alten Menschen gilt die Unterscheidung zwischen Psychotherapie, Beratung und anderen Interventionsformen ebenso wie bei jüngeren Patienten. Während in der Psychotherapie die Beziehung der Patienten zu sich selbst im Mittelpunkt steht, liegt der Fokus in der Beratung mehr auf der Problemlösung. Ziel beider Vorgehensweisen ist der selbstbestimmte Wachstumsprozess der betreffenden Person. Für die komplexe Situation alter Menschen empfiehlt es sich, die Grenzen zwischen den verschiedenen Interventionsformen durchlässig zu halten. Die Arbeit im Altersbereich besteht aus einem Bündel von unterschiedlichen Teilmaßnahmen, die sich ineinandergreifend gegenseitig unterstützen oder aufeinander aufbauen, beim Patienten selbst und/oder in seinem Umfeld ansetzen (Linster, 1990). So kann beispielsweise ein Psychotherapie- oder Beratungsprozess zwischenzeitlich von einer Phase sozialpsychiatrischer Unterstützung unterbrochen oder begleitet werden, wenn ein Wechsel aus dem häuslichen Wohnumfeld in eine institutionell betreute Wohnform nötig wird. Unter Umständen ist die Koordination eines interdisziplinären Helfernetzes von Pflegepersonen, somatischen Medizinerinnen, Sozialarbeitern, institutionellen Vertretern und nahestehenden Bezugspersonen erforderlich. Alte Menschen brechen häufig bereits initiierte und notwendige Veränderungen ab, wenn im Rahmen solcher Umgestaltungsschritte der Kontakt von einer vertrauten Fachperson auf eine fremde übergehen soll.

Das personzentrierte Beziehungsangebot wird bei jüngeren Erwachsenen eher als Hilfe zur Selbsthilfe verstanden. Alten Menschen sind körperlich, kognitiv, psychisch und sozial unter Umständen Grenzen gesetzt, was ihre Möglichkeiten zur Selbsthilfe anbelangt. Psychotherapeutisch und beraterisch Tätige sollten ebenso wie Betreuende gegebenenfalls zu ganz praktischen Hilfestellungen wie beispielsweise der aufsuchenden Hilfe, der Vermittlung von Fahrdiensten, Haushaltshilfen, Finanzberatung oder einer persönlichen Begleitung zu in den Behandlungsprozess involvierten Institutionen bereit sein. Derartige praktische Hilfestellungen sind durchaus auch bei Jüngeren angezeigt. Alte Menschen sind jedoch sehr viel mehr auf solche Unterstützungen sowie auf die entsprechende Bereitschaft der Helfenden angewiesen. Vielfach wird eine derartige Bedürftigkeit missbräuchlich als Ausschlusskriterium für eine Psychotherapie oder Beratung verwendet. Das nachfolgende Fallbeispiel soll die Ausführungen verdeutlichen.

Ein 63-jähriger verwitweter Mann, Herr N., erleidet während seines Aufenthalts in einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik erneut einen Schlaganfall. Eine Körperhälfte kann er nur mühsam koordiniert bewegen, trotz verwaschener Artikulation bleiben sein Ausdruck und das Verständnis von Sprache erhalten. Auf die unmittelbar hinzugezogene Notfallärztin reagiert er wütend und verweigert seine

Mitarbeit, als sie ihm die Notwendigkeit einer sofortigen Einweisung in die neurologische Klinik mitteilt. Der teilstationären Behandlung sind zwei mehrmonatige psychiatrische Hospitalisationen vorausgegangen. Auf einen ersten Schlaganfall hin hat der Patient mit starken Angst- und Panikattacken reagiert, die zeitweise mit psychotischem Erleben und verbal aggressivem Verhalten verbunden gewesen sind. Bei erhaltenem Urteilsvermögen ist er zu Beginn der teilstationären Behandlung kognitiv verlangsamt gewesen und ohne Hilfsmittel – jedoch leicht unsicher und verlangsamt – zu Fuß gegangen. Herr N. lebt als frühpensionierter Witwer selbstständig in einer Eigentumswohnung. Beruflich hat er eine Kaderstellung in einem Dienstleistungsunternehmen innegehabt und ist beruflich wie familiär eine selbstbestimmte und dominante Lebensführung gewohnt gewesen. In den ersten Monaten der teilstationären Anschlussbehandlung haben während der psychologischen Einzelgespräche zunächst heftige Auseinandersetzungen stattgefunden, bis eine vertrauensvolle Beziehung erarbeitet gewesen ist, in der dem Patient ein Gleichgewicht zwischen Selbstkontrolle und hilfsbedürftiger Abhängigkeit möglich geworden ist. In der aktuell eskalierenden Notfallsituation räumt Herr N. erst dem ihm vertrauten Psychologen ein, wie sehr ihn der befürchtete Kontrollverlust in der hektischen Notfallambulanz ängstigt. Das Angebot des Psychologen, ihn während der Notaufnahme unterstützend zu begleiten, lässt Herrn N. entspannter in das unterbreitete Vorgehen einwilligen. Dank der unterstützenden Begleitung kooperiert der Patient während der Erstuntersuchung ebenso bereitwillig, wie er seinen nachfolgenden mehrwöchigen Aufenthalt in der neurologischen Klinik eigenständig und ohne erneute psychische Dekompensation bewältigt.

Bei derartigen Interventionen ist allerdings zu beachten, dass in der Altenbevölkerung ein Idealbild der Selbstkontrolle sowie Scham angesichts persönlicher Hilfsbedürftigkeit weit verbreitet sind (Peters, 2000; Kade, 2007). Eine wohlgemeinte Hilfestellung kann alte Menschen möglicherweise in ihrem Selbstverständnis von autonomem Altern kränken.

Die Selbstaktualisierungstendenz ist ein Teil der Aktualisierungstendenz, der auf das Selbst gerichtet ist. Die Selbstaktualisierungstendenz dient somit sowohl der lebensnotwendigen Erhaltung des Selbst als auch dessen Entfaltung, um mit den sich verändernden Bedingungen der äußeren und inneren Welt Schritt zu halten (Höger, 2006). Das Beharren auf Selbstüberzeugungen – auch wenn diese einer offensichtlichen Notlage entgegenstehen – kann solchermaßen als selbsterhaltende Funktion eines lebenswichtigen Monitorsystems im Sinne eines Kränkungs-schutzes (Peters, 2000) oder eines Schutzes vor Enttäuschung (Pörtner, 1996) verstanden werden. Eine differenziert reflektierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber Betagten, eingebettet in das personzentrierte Beziehungsangebot, kann zusätzlich die Bedingungen fördern, unter denen Patienten jene Sicherheit und Schutz erfahren, der sie notwendige Veränderungen wagen lässt.

Eine wohl abgewogene Unterstützung setzt voraus, individuelle Lösungen stets mit den Betroffenen und nicht für sie zu entwickeln (Pörtner, 2006). Derartige Lösungen können innerhalb von Monate bis Jahre dauernden sensiblen Prozessen erarbeitet werden, wenn hochbeanspruchte betreuende Angehörige schließlich selbstverträglich einem Heimeintritt ihrer schwer dementen Partner zustimmen. Um hilfreiche Interventionen partnerschaftlich abzustimmen, lassen sich gemeinsam entwickelte Lösungen mitunter auch innerhalb eines Gesprächs finden. Ein Gesprächsausschnitt mit dem bereits erwähnten Patienten soll Letzteres verdeutlichen. Das Gespräch findet in der Anfangsphase der teilstationären Nachbehandlung statt, in der ein Gleichgewicht zwischen Beharren und selbstverträglicher Inanspruchnahme von Hilfe gesucht wird.

Th.: In diesem Moment passiert genau das, was Ihnen häufig widerfährt. Die Situation wächst Ihnen über den Kopf.

Herr N.: [steht auf; laut und wütend] Dann hören Sie endlich auf, über den Scheißdreck zu sprechen! Sie machen jetzt noch eine Drehung und noch eine Drehung. [...] Das ist verrückt, was sich um mich abspielt!

Th.: Und ich trage dazu bei, es für Sie noch schlimmer zu machen.

Herr N.: Ja! [...] Wenn Ihnen daran liegt, dass es mir besser geht, dann müssen wir das Thema ändern. [geht im Raum umher; spricht versöhnlicher] Früher hätte ich ein Bierchen getrunken [...], das mache ich auch nicht mehr [...], ist ja egal! Verlassen wir diese Katastrophe einfach [...] und [...] und [...] unser Leben ist ja eigentlich in Ordnung. Es ist ein wunderschöner Tag draußen. Mit diesen Gedanken kann ich das nicht mehr sehen. [zunehmend wütender] Ich wollte spazieren gehen, als Sie zum Gespräch kamen. Dann musste ich den Scheißdreck erzählen! [...] Bis zum Geht-nicht-mehr!

Th.: Ich habe dazu beigetragen, dass es für Sie noch schlimmer wurde. [...] Dabei ist meine Absicht, mit Ihnen zusammen nach Entlastung zu suchen. [... 5 Sekunden Pause ...] Wie machen wir denn nun weiter?

Herr N.: [energisch und versöhnlicher] Dass Sie mir helfen, wenn ich aus dem letzten Loch pfeife! Ich schaffe es nicht, Stopp zu sagen. Und dass Sie nicht noch nach noch mehr Details fragen! Das kann ich tatsächlich nicht mehr. Sonst ist einfach meine Platte kaputt.

(Elfner, 2008, S. 111)

Trotz anfänglicher Konflikteskalation lässt sich innerhalb weniger Minuten die Basis für ein gemeinsames Vorgehen finden, das in zahlreichen nachfolgenden Begegnungen wirkungsvoll dazu beiträgt, Überforderungen für den Patienten zu verringern. Das Vertrauen in seine Möglichkeiten und das Ernstnehmen seiner Bedürfnisse bilden die entscheidende, grundlegende Haltung für diese Lösung.

Spezifischer Ausdruck von Inkongruenz

Für die Aufnahme einer Personenzentrierten Psychotherapie sind drei Indikationskriterien zu erfüllen. Mit Ausnahme schwerer Psychosen und fortgeschrittener Demenzen stellen sowohl das Wahrnehmen eines von Alltagskontakten unterscheidbaren Beziehungsangebots sowie die Beziehungsfähigkeit erfüllbare Indikationskriterien bei alterspsychiatrischen Patienten dar. Im Kriterium des Leidens an Inkongruenz dagegen kann eine diskriminierende Hürde verborgen liegen.

Da der Begriff der Inkongruenz im Laufe der Weiterentwicklung des Ansatzes unterschiedliche Auslegungen erfahren hat, sei die Begriffsbestimmung verdeutlicht. Im Kontext dieser Ausführungen wird der Begriff in der ursprünglichen Bedeutung von Rogers verwendet, als Nicht-Übereinstimmung der Erfahrung mit dem Selbstkonzept (Biermann-Ratjen, 2006).

Eine diskriminierende Hürde könnte mit den erwarteten Ansätzen von Selbstexploration errichtet werden. Dabei wird eine nachforschende Neugier der Patienten an sich selbst vorausgesetzt (Biermann-Ratjen et al., 1997). Bei alten Menschen steht der geforderten Selbstöffnung jedoch häufig das bereits erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung entgegen. Unter Umständen drücken sie ihr psychisches Leiden eher über vage Mitteilungen oder über ihr körperliches Erleben aus. Bisweilen wird das Leiden bagatellisiert oder gar negiert. Der nachfolgende kurze Gesprächsausschnitt soll die Überlegungen veranschaulichen.

Eine 66-jährige Patientin, Frau A., wird nach einem Suizidversuch während einer schweren Depression in die geschlossene gerontopsychiatrische Akutstation eingewiesen. Sie hat erst wenige Wochen zu Hause verbracht, nachdem sie etwa ein Jahr in einer anderen psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen war. In den ersten Behandlungswochen nimmt sie wegen ihrer Kraftlosigkeit nur unter großen Anstrengungen an den gemeinsamen Stationsmahlzeiten teil. In den anfänglichen psychotherapeutischen Einzelgesprächen äußert sich Frau A. sparsam zwischen langen Pausen in Ein- oder Zweiwortsätzen, die eher den Charakter eines unterstützten Selbstgesprächs haben. Trotz der anhaltenden schweren depressiven Episode entwickeln sich die weiteren psychotherapeutischen Begegnungen mehr zum Dialog und es entspannt sich folgendes Gespräch:

Frau A.: [nachdem sie zu Beginn des Gespräches im Bett gelegen ist, läuft sie nun schleppend und unruhig im Zimmer umher]

Th.: Sie sehen gleichzeitig bedrückt und unruhig aus.

Frau A.: Ganz schlimm [... 10 Sekunden Pause ...], wie wenn man mich aufhängen würde.

Th.: Sie fühlen sich tief bedroht, als ob es um Ihr Leben ginge, und das macht Sie ganz unruhig.

Frau A.: Es ist so schwierig [...] von A bis Z.

Th.: Ich möchte das gerne genauer verstehen. Haben Sie ein Beispiel?

Frau A.: Keine Kraft! [...] Kein Mumm! [...] Kein gar Nichts! [...] Kein Appetit! [... 10 Sekunden Pause ...] Das Schlimmste ist, ich kann noch nicht mal Kirschen essen.

Th.: Der Geschmack von Kirschen scheint Ihnen besonders zu fehlen.

Frau A.: Ja, [...] früher [... 20 Sekunden Pause ...], aber jetzt [...], wenn ich den anderen beim Essen zuschauen [...], mit welchem Appetit.

Th.: Sie sehnen sich sehr danach, wieder einen solchen Appetit zu spüren. Und Sie wissen nicht, wie das möglich werden soll.

Frau A.: [...] Ich habe keine Kraft mehr.

Th.: Ein wenig von Ihrer Kraft habe ich gespürt. Ich habe mich gefreut, als Sie sich vergangenen Montag so rasch entschlossen hatten, am Gruppengespräch teilzunehmen.

(Elfner, 2008, S. 82)

Der Ausdruck des Leidens an Inkongruenz darf nicht allein auf eine sprachlich-explorative Ebene eingengt werden, vielmehr müssen vor allem indirekte Hinweise auf Inkongruenz wie Unruhe, Angst und Kraftlosigkeit besondere Beachtung finden, wenn Alten der Zugang zu einer hilfreichen Leistung nicht verstellt werden soll. In diesem Zusammenhang wäre eine Reduktion auf die Somatisierung psychischer Konflikte, wie sie in allen Altersgruppen vorkommt, zu vereinfachend. Wechselseitig sich beeinflussende negative Attribuierungen über das Altern auf Seiten der Betroffenen, der Helfenden und des Umfelds sind stets zu berücksichtigen. Eine solche Zuschreibung wird zwar von der Patientin in dem vorangegangenen Gesprächsausschnitt nicht explizit erwähnt. Erst ein gutes Jahr später, während der Entlassungsvorbereitungen aus der teilstationären Nachbehandlung, formuliert sie eine derartige Zuschreibung deutlicher: „Ganz schnell ist man alt und ist niemand mehr“ (Elfner, 2008, S. 87).

Auch in diesem Zusammenhang kann eine differenzierte entwicklungsbejahende Haltung gegenüber alten Menschen die notwendige und unbedingte positive Beachtung ergänzen, um ihnen dabei behilflich zu sein, die Selbstbedrohung zu reduzieren. Bisher verzerrte oder verleugnete Erfahrungen können somit präziser symbolisiert und selbstverträglich integriert werden. Damit wird Betagten erleichtert, sich aufgrund ihres eigenen Potenzials selbstbestimmt und konstruktiv auf ein für sie sinnhaftes Ziel hin entwickeln zu können.

Verlängerte Motivationsphase berücksichtigen

Eng verwoben mit dem spezifischen Ausdruck von Inkongruenz ist die Motivation alter Menschen. Für sie ist Psychotherapie ein weniger vertrautes Verfahren und sie weisen gewöhnlich eine geringere Therapiemotivation auf als Jüngere. Unter Betagten ist der Anteil der Fremdmotivierten höher (Peters, 2000; Bäurle, 2000).

Ursächlich dafür werden das schon mehrfach erwähnte Ideal der Selbstbeherrschung und der befürchtete Verlust von Autonomie genannt, die als Selbstbehauptung interpretiert werden können. Des Weiteren wirken sich sozioökonomische Barrieren und negative gesellschaftliche Altersbilder nachteilig auf die Therapiemotivation alter Menschen aus. Daher kommt sowohl der Motivationsförderung Betagter als auch der Bereitschaft psychotherapeutisch Tätiger zu einer unter Umständen längeren Motivationsphase zentrale Bedeutung zu.

Möglicherweise ist eine verlängerte Motivationsphase eher in einem institutionellen Rahmen relevant. Unter Umständen gehören Betagte, die den Weg in eine niedergelassene Praxis finden, einer selektionierten und motivierteren Untergruppe der Altenbevölkerung an, die eine derartige Motivationsphase nicht benötigt. Untersuchungen zur Motivation alter Menschen unter Berücksichtigung des Settings könnten darüber genaueren Aufschluss geben. Da gegenwärtig jedoch die Mehrzahl psychisch erkrankter alter Menschen in Institutionen behandelt wird, erscheinen die Überlegungen dieses Abschnitts dennoch erforderlich.

Die bereits erwähnte depressive Patientin leidet im fünften stationären Behandlungsmonat weiter unter ihrem verlorenen Lebensmut. Das Ende der Motivationsphase zeichnet sich jedoch ab. An den Psychotherapiegesprächen ist sie spürbarer als Person beteiligt und zeigt zarte Ansätze der Selbstexploration. Ihre Selbstöffnung drückt sie hingegen weiterhin in selbstfernen Schilderungen aus. Kurze Zeit nach dem folgenden Gespräch formuliert sie erstmalig eigeninitiativ das Bedürfnis nach psychologischen Gesprächen und kommt aus eigenem Antrieb. Vorher musste sie geholt werden.

Frau A.: *Am liebsten ist, wenn man gar nicht mehr da wäre.*

Th.: *[... 10 Sekunden Pause ...] Sie empfinden Ihr Leben gerade so aussichtslos, dass Sie gar nicht mehr wissen, wie es weitergehen könnte, und am liebsten aufgeben würden.*

Frau A.: *Ja! [leise und berührt]*

Th.: *[... 15 Sekunden Pause ...] Was würde denn Ihr Mann dazu sagen, wenn er jetzt hier säße?*

Frau A.: *Er würde gerade weinen [... 10 Sekunden Pause ...], weil [...] ich bin eine ganz fröhliche Person gewesen. Allen alles getan, geholfen und gemacht. [...] Er kann es gar nicht glauben.*

Th.: *Und er würde weinen, weil er von dieser fröhlichen und hilfsbereiten Person gar nichts mehr wahrnimmt.*

Frau A.: *Ja. [... 10 Sekunden Pause ...] Er begreift Depression und alles, aber wehe, wenn ich danach was sag. Weint er grad [... 15 Sekunden Pause ...] Es ist alles so schwer. [...] Wie es weitergeht, nimmt einen auch Wunder.*

(Elfner, 2008, S. 84)

In der dem Psychotherapieprozess zugehörigen Motivationsphase, die einer Selbstexploration vorausgeht, werden Auftragsklärung und wachsendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung

verfolgt (Swildens, 1991, 2007). Gegebenenfalls sind prätherapeutische Kontaktreflexionen (Prouty et al., 1998) angezeigt, um einen therapeutischen Kontakt (wieder-)herzustellen. Je nach Störung gilt es spezifische Modifikationen zu beachten (Swildens, 1991). Bei einer Depression sind das Vermitteln von Hoffnung und gezielte aufklärende Informationen förderlich.

Motivation wird dabei nicht als eine wundersame Triebkraft verstanden, die von außen in die Betroffenen hineingegeben werden muss. Sie ist als Aktualisierungstendenz im Sinne eines übergeordneten Prinzips menschlicher Motivation (Höger, 2006) und eines naturwissenschaftlichen Phänomens der Selbstorganisation von Systemen (Kriz, 2006) bereits vorhanden, benötigt jedoch unter Umständen achtsame Ausdauer, um sich entfalten zu können. Sowohl die Tendenz zur Selbstentwicklung als auch das Streben nach Selbsterhalt müssen einfühlsam ernst genommen werden. In dieser Prozessphase kann die ausdrückliche Beachtung der Betroffenen in Verbindung mit einer differenzierten entwicklungsbejahenden Haltung ausgesprochen förderlich sein. Dabei ist zu bedenken, dass die älteren Patienten den in der Regel jüngeren Therapeuten auf ihrem Lebensweg einige Schritte voraus sind. Swildens (2007) weist darauf hin, dass jüngere Therapeuten in einem ihnen unbekanntem Lebensabschnitt für Ältere erst zu bedeutungsvollen Personen werden müssen, um willkommene Begleiter zu sein. Des Weiteren können in der Motivationsphase praktische Hilfestellungen und informative sowie aufklärende Angebote förderlich sein.

Informationsvermittlung und -aneignung

Nahezu alle in der Gerontopsychiatrie beschäftigten Berufsgruppen verfolgen das pädagogische Ziel, dass sich Patientinnen und Patienten Wissen aneignen. Innerhalb von Beratung und Psychotherapie finden Informations- und Aufklärungsgespräche statt. Mit Trainings sollen beispielsweise soziale oder alltagspraktische Kompetenzen verbessert werden. Der Sozialdienst ist gefordert, Informationen zur finanziellen Situation oder über mögliche Wohnformen zu geben. Pflegekräfte zielen auf eine Verhaltensänderung in der Körperpflege, der Haushaltsführung oder der Kommunikation ab.

Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass nicht das gelernt wird, was gelehrt wird. Wissensaneignung und Transfer des Gelernten sind von den Betagten selbst organisiert, können nicht von außen erzeugt werden. Die Weiterentwicklung von Kompetenzen muss an der Lebenssituation, den Lebensentwürfen und den biographiegebundenen Selbstdeutungen der Lernenden anknüpfen (Kunze, 2003). Daher können Lerninhalte nur als Angebote betrachtet werden, die Patienten vor dem Hintergrund ihrer eigenen Erfahrungen selbst in ihre Erfahrungsnetze einordnen oder auch nicht. Ein förderliches Klima kann den Lernprozess zusätzlich unterstützen.

Bei alten Menschen verändert sich die Relevanz von Wissensangeboten. Es ist zu beachten, dass sie von Zwängen der Familien- und Erwerbsarbeit gesellschaftlich entpflichtet sind. Lernen im Alter wird mehr zum Selbstzweck. Die subjektive Bedeutung des Gelernten rückt gegenüber fremdbestimmten Vorgaben in den Vordergrund. Insbesondere geht es um ein weiterlernendes Anknüpfen an bestehenden Erfahrungen (Kade, 2007) und ein Lernen für die Alltagsbewältigung selbst. Darüber hinaus müssen die kognitiven und körperlichen Umgestaltungsprozesse des Alterns sowie die Art und das Ausmaß der jeweiligen Störung in die Aufbereitung von Wissen einbezogen werden (Elfner, 2008). Es bedarf also einer genauen Passung zwischen den Wissensangeboten auf der einen Seite und der spezifischen Bedürfnislage Betagter auf der anderen Seite. Nur allzu häufig wird die fehlende Passung dem Alter an sich zur Last gelegt, statt die Relevanz des jeweiligen Angebots kritisch zu prüfen.

Die Aktualisierungstendenz selbst gibt einerseits Anstoß zum Lernen und strebt nach Kompetenzerweiterung (Rogers, 1969a). Andererseits können Lernangebote Angst und Widerstand auslösen, wenn das Selbstkonzept bedroht wird. Während Lernprozesse, die das Selbstkonzept erhalten und schützen, relativ schnell geschehen können, benötigen insbesondere die für das Selbst bedrohlichen Lernprozesse ein angstakzeptierendes und damit angst-

minderndes Beziehungsangebot (Kunze, 2003). Sowohl das Streben nach Kompetenzerweiterung als auch die Angst vor Veränderung müssen einfühlsam ernst genommen werden. Des Weiteren können nachvollziehbar strukturierte Wissensinhalte, eindeutig kommunizierte Rahmenbedingungen, unterstützende wohl wollende Rückmeldungen sowie der gemeinsame Entwurf von alternativen Handlungsmustern den individuellen Lern- und Wachstumsprozess nachhaltig fördern.

Die theoretischen und praktischen Ausführungen geben einen Einblick in die breiten Anwendungsmöglichkeiten des Personenzentrierten Ansatzes in der Alterspsychiatrie. Weitere Falldarstellungen und detailliertere Erläuterungen sind an anderer Stelle ausgeführt (Elfner, 2008; Elfner & Minder, 2002). Mit personenzentrierten Interventionen können gerontopsychiatrische Patientinnen und Patienten wirkungsvoll dabei unterstützt werden, ihr psychisches Wohlbefinden wiederzuerlangen oder zu bewahren. In der Gerontopsychiatrie Tätige sind dabei auf vielfältige Weise gefordert, ihre Arbeit an die besondere Bedürfnis- und Motivationslage dieser Personengruppe anzupassen. Dafür beantworten betagte Patientinnen und Patienten die erhaltene Zuwendung und Wertschätzung ihrer Person mit einer Dankbarkeit, wie sie in keinem anderen Bereich der Psychiatrie erwiesen wird.

Literatur

- Adams, W. L., Garry, P. J. & Rhyne, R. (1990). Alcohol intake in the healthy elderly. Changes with age in a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 211–216.
- Bäurle, P. (2000). Ist Psychotherapie auch für ältere Menschen geeignet? *Pro Mente Sana aktuell*, 1, 7–8.
- Baldwin, B. & Niklewski, G. (2002). Depressive Erkrankungen. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 436–448). Stuttgart: Thieme.
- Baltes, P. B. (2000). Gegen Vorurteile und Klischees. Die Berliner Altersstudie – neue Erkenntnisse über die Zielgruppe alte Menschen. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 80–84). Heidelberg: Springer.
- Bickel, H. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Alter. In H. Förstl (Hrsg.), *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.) (S. 11–26). Stuttgart: Thieme.
- Biermann-Ratjen, E. M., Eckert, J. & Schwartz, H. J. (1997). *Gesprächspsychotherapie* (8. Aufl.). Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer.
- Biermann-Ratjen, E. M. (2006). Krankheitslehre der Gesprächspsychotherapie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 93–116). Heidelberg: Springer.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Elfner, P. & Minder, J. (2002). Psychotherapie im Alter. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 33, 44–47.
- Ernst, C. (1997). Epidemiologie depressiver Störungen. In H. Radebold et al. (Hrsg.), *Depressionen im Alter*. Darmstadt: Steinkopff.
- Förstl, H. (Hrsg.) (2002). *Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselman, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M., Wagner, M. & Wilms, H. U. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Helmchen, H. & Kanowski, S. (2001). Gerontopsychiatrie in Deutschland. Gegenwärtige Entwicklung und zu künftige Anforderungen. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Gerontopsychiatrie und Alterspsychotherapie in Deutschland* (Bd. 4) (S. 11–95). Opladen: Leske und Budrich.
- Höger, D. (2006). Klientenzentrierte Persönlichkeitstheorie. In J. Eckert, E.-M. Biermann-Ratjen & D. Höger (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 37–72). Heidelberg: Springer.
- Hüther, G. (2004a). Psychotherapie und Beratung kann die Plastizität des Gehirns nutzen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 243–245.
- Hüther, G. (2004b). Die neurobiologische Verankerung von Erfahrungen und ihre Auswirkungen auf das spätere Verhalten. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 35, 246–252.

- Kade, S. (2007). *Altern und Bildung. Eine Einführung*. Bielefeld: Bertelsmann.
- Kipp, J. & Jüngling, G. (2007). *Einführung in die praktische Gerontopsychiatrie* (4. Aufl.). München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Kriz, J. (2006). *Self-Actualization*. Berlin: Books on Demand.
- Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.). (2004). *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht*. Bern: Huber.
- Kunze, D. (2003). *Lerntransfer im Kontext einer personenzentriert-systemischen Erwachsenenbildung*. Köln: GwG-Verlag.
- Lehr, U., Thomae, H., Schmitt, M. & Minnemann, E. (2000). Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters. Geschichte, theoretische Begründung und ausgewählte Ergebnisse des ersten Messzeitpunktes. In P. Martin, K. U. Ettrich, U. Lehr, D. Roether, M. Martin & A. Fischer-Cyrlies (Hrsg.), *Aspekte der Entwicklung im mittleren und höheren Lebensalter. Ergebnisse der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters ILSE*. Darmstadt: Steinkopff.
- Lehr, U. (2003). *Psychologie des Alterns* (10. Aufl.). Wiebelsheim: Quelle und Meyer.
- Linster, H. W. (1990). Gesprächspsychotherapie mit älteren Menschen. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 3, 144–153.
- Nikolaus, T. (2000). Physiologisches Altern, Morbidität und Mortalität. In T. Nikolaus (Hrsg.), *Klinische Geriatrie* (S. 10–16). Heidelberg: Springer.
- Perrig-Chiello, P., Perrig, W. J., Stähelin, H. B. & Ehrensam, R. (1997). Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen und subjektive und objektive Gesundheitsindikatoren im Alter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 10, 3–16.
- Peters, M. (2000). Aspekte der Psychotherapiemotivation Älterer und Möglichkeiten ihrer Förderung. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 25–33). Bern: Huber.
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen-Zutrauen-Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pörtner, M. (2006). Alt sein ist anders – ein Interview. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 37, 5–8.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prätherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1942a). *Counseling and Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1969a). *Freedom to Learn. A view of what education might become*. Ohio: Columbus.
- Rogers, C. R. (1980a). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosenmayr, L. (1990). *Die Kräfte des Alters*. Wien: Wiener Journal Zeitschriftenverlag.
- Spitzer, M. (2003). Neuronale Netzwerke und Psychotherapie. In G. Schiepek. (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 42–57). Stuttgart: Schattauer.
- Swildens, H. (1991). *Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie*. Köln: GwG-Verlag.
- Swildens, H. (2007). Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In J. Kriz & Th. Sluneko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des Personenzentrierten Ansatzes* (S. 123–137). Wien: Facultas.
- Uchtenhagen, A., Schnoz, D., Gross, C. & Grubenmann, D. (2006). *Alter und Sucht. Recherchen und Dokumentation zu evaluierten Interventionen*. Forschungsbericht aus dem Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich, Bericht Nr. 0221.
- Wolfersdorf, M., Schüler, M. & Le Pair, A. (2000). Klinische Psychotherapie mit älteren depressiven Patienten. In P. Bäurle, H. Radebold, R. D. Hirsch, K. Studer, U. Schmid-Furstoss & B. Struwe (Hrsg.), *Klinische Psychotherapie mit älteren Menschen* (S. 150–161). Bern: Huber.

Autor:

Peter Elfner, geb. 1962; Ausbildung als Physiotherapeut, Studium Universität Konstanz Dipl.-Psych.; Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, Personenzentrierter Psychotherapeut GwG / SGGT, GwG-Ausbilder in Personenzentrierter Beratung (Grundstufe); Anstellung in Gerontopsychiatrie der Integrierten Psychiatrie Winterthur; Ausbildertätigkeit Institut facilitate

Publikation: *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Reinhardt 2008

Korrespondenzadresse:

Peter Elfner
GAT Gerontopsychiatrisches Ambulatorium und Tagesklinik der
Integrierten Psychiatrie Winterthur ipw
CH-8400 Winterthur, Salstrasse 48
E-Mail: peter.elfner@institut-facilitate.de

Ulrich Pfeifer-Schaupp

Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit – Prä-Therapie in der Altenpflege

Zusammenfassung: Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, welche Bedeutung der von Garry Prouty entwickelte Ansatz der Prä-Therapie für den Bereich der Pflege von demenziell erkrankten alten Menschen hat. Zunächst wird die Entstehung des prä-therapeutischen Ansatzes beschrieben, die Ziele sowie die Praxis der Anwendung werden vorgestellt. Im zweiten Schritt wird die Vorgehensweise der qualitativ- deskriptiven explorativen Studie erläutert. Der Ansatz wurde an 111 Pflegekräfte vermittelt und von diesen im Alltag erprobt. Die Auswertung der Daten erfolgte auf der Grundlage der Grounded Theory. Drittens werden die Ergebnisse vorgestellt und anhand von Fallvignetten illustriert. Das Ergebnis des Projekts ist, dass der Ansatz einen Beitrag zur Verbesserung der Qualität in der Demenzpflege leisten kann. Zur Bezeichnung der Arbeitsweise wird der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit vorgeschlagen, um eine Verwischung mit der Arbeit in therapeutischen Kontexten zu vermeiden.

Schlüsselwörter: Prä-Therapie, Demenz, Altenpflege, Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit

Abstract: The article examines the relevance of Pre-Therapy for dementia care. The approach was developed by Garry Prouty. The article first presents the theoretical concept of Pre Therapy as developed from the Person-Centred Approach. In the project the approach was taught to 111 geriatric care staff. The data analysis is based on Grounded Theory. The experience of the staff and the results of transfer to practice are described. Case-vignettes of dementia care show the practical procedure with this method and demonstrate the possible applications. The result of the project is, that Pre-Therapy techniques can be useful for the improvement of care for severely demented patients. To characterize this kind of care-work the term Mindfulness Based Contact Work is suggested.

Key Words: Pre-Therapy, Dementia Care, Mindfulness based Contact Work

Die Bedeutung klientenzentrierter Grundhaltungen für die Altenpflege wird immer wieder betont (z. B. Morton, 1999/2002; Pörtner, 1996; 2005; Wittrahm, 1990). Garry Prouty hat den Personzentrierten Ansatz seit den 1960er Jahren zur „Prä-Therapie“ weiterentwickelt, einem Konzept für die Arbeit mit schwer kontaktgestörten Menschen. Prouty war Schüler von Eugene Gendlin, dessen Ansatz des Focusing und der Experienziellen Psychotherapie (Gendlin, 1978/1985; 1996/1998) eine wichtige Grundlage der Prä-Therapie darstellt. Prouty entwickelte seinen Ansatz ursprünglich für die Arbeit mit Menschen, die an einer schweren psychotischen oder autistischen Störung leiden oder die geistig behindert sind (Prouty et al., 1996; Pörtner 1996).

Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, inwieweit der Ansatz auch geeignet ist, einen Beitrag zur Verbesserung der Pflege von alten Menschen zu leisten, die an einer schweren demenziellen Störung leiden und deshalb als „kommunikationsunfähig“ oder „verwirrt“ gelten. Leiden im Alter wird hier allerdings nicht primär als Krankheit verstanden, sondern als eine existenzielle Grunderfahrung, die (fast) jeden von uns trifft bzw. treffen kann, also als eine Grenzsituation im Sinne von Karl Jaspers (Jaspers, 1994; Dörner &

Plog et al., 2000). Deshalb wird der Begriff der „demenziellen Erkrankung“ vorsichtig verwendet und wenn möglich ganz vermieden. Stattdessen bevorzuge ich phänomenologische Begriffe wie „Verwirrtheit“. Der Begriff der Verwirrtheit dient in der gerontologischen und gerontopsychiatrischen Pflege zur Beschreibung von Zuständen räumlicher, zeitlicher und personaler Desorientierung (Ground, 1996).

Die Ausgangsfrage des beschriebenen Projekts war, ob Prä-Therapie einen Beitrag zur Verbesserung der Pflegequalität für diese Zielgruppe leisten könne. Im Rahmen von Weiterbildungskursen wurde das Konzept der Prä-Therapie an Pflegekräfte vermittelt und dann von diesen im Alltag erprobt. Der Beitrag fasst die Ergebnisse des Projekts zusammen und illustriert die Erfahrungen der Pflegekräfte anhand von Fallvignetten.¹

¹ Ich danke Ursula Deinhart, Dozentin an der Caritasakademie für Gesundheits- und Sozialberufe in Freiburg, für die Kooperation, der Leitung der Akademie für die Unterstützung und besonders den Pflegekräften, die sich mit großem Engagement auf neue Erfahrungen eingelassen, ihre Erfahrungen dokumentiert und zur Verfügung gestellt haben.

Das Konzept der Prä-Therapie

Prä-Therapie ist meines Erachtens eine der wichtigsten Weiterentwicklungen des personenzentrierten Konzepts. Der prä-therapeutische Ansatz stellt eine Hilfe dar, um eine Brücke in die Welt von Klientinnen zu bauen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt in der Lage sind, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen. Es geht dabei um die Wiederherstellung der so genannten „Kontaktfunktionen“ der Klientinnen und die Herstellung einer Beziehung zu Menschen, die als „nicht therapiefähig“ gelten und die deshalb häufig abgeschoben oder aussortiert werden.

Der Begriff „Kontaktstörung“ beschreibt die Störung einer Beziehung zu sich selbst und zur äußeren Realität sowie zu anderen Menschen. Dieser Begriff hat zwar den Nachteil, dass er den Blick hauptsächlich auf Defizite lenkt. Aber er beschreibt zutreffend, was der Helfer bzw. die Pflegekraft erleben, wenn sie eine Beziehung aufzunehmen versuchen.

Das Konzept der Prä-Therapie entwickelte der amerikanische Psychologe Garry Prouty. Sein Anliegen war es, das personenzentrierte Konzept für die Arbeit mit schwer behinderten, autistischen oder schwer psychotisch gestörten Menschen fruchtbar zu machen. Prouty wuchs mit seinem geistig behinderten Bruder Bobby auf. Diese Erfahrung hat ihn tief geprägt und motiviert, sein Leben der Förderung von „geistig behinderten“ oder „kontakunfähigen“ Menschen zu widmen. „Die Erinnerungen an meinen Bruder sind mit quälendem Schmerz verbunden. Dieser Schmerz hat etwas von ‚an seiner Stelle sein‘. Ich weiß, dass ich als Kind an seiner Einsamkeit mitgelitten habe.“ (Prouty, 1998, S. 17)

Prouty besuchte zunächst das Teacher's College in Buffalo und wechselte dann zur dortigen Universität, wo er vom philosophischen Denken der Phänomenologie und von der Soziologie des symbolischen Interaktionismus geprägt wurde. Nach einem Wechsel an die University of Chicago lernte er Gendlin und seine „erlebensbezogene Methode“ kennen (Gendlin, 1996/1998). 1966 arbeitete Prouty in einer geschützten Werkstätte für geistig behinderte und psychisch kranke Menschen. Er bot dort psychologische Beratung und Psychotherapie an. Ausgehend von diesen Erfahrungen entwickelte Prouty seinen eigenen Ansatz, den er später „Pre-Therapy“ nannte.

Mit dem Begriff brachte Prouty zum Ausdruck, dass es bei dieser Arbeit um die Schaffung von Grundlagen für eine therapeutische Beziehung geht: um das Herstellen von psychologischem Kontakt. Prouty nahm an, dass jeder Halluzination und jedem autistischen Verhalten konkrete Erfahrungen zu Grunde liegen, die er als „prä-symbolisch“ bezeichnete. Er ging davon aus, dass das Bild oder die Erfahrung vorhanden wären, aber weder vom Klienten noch vom Therapeuten oder Helfer gedeutet werden könnten. Der Klient vermochte etwas *noch nicht* auszudrücken. Durch die Prä-Therapie sollten diese Erfahrungen oder vorsprachlichen Erlebensgehalte in einen expressiven Zustand gebracht werden; das heißt, die

Bedeutung wurde erkannt und einem sprachlichen Ausdruck zugänglich (Prouty, 1998).

Kontaktarbeit – Ziele und praktische Anwendung

Der Kern der Prä-Therapie ist die *Kontaktarbeit*. Diese erweist sich als außerordentlich hilfreich für die Arbeit mit psychotischen Patientinnen und Patienten (Deleu, 1992; Van Werde, 1990; 1998). Beschrieben wird auch die Anwendung in der Altenhilfe und bei der Arbeit mit behinderten Menschen (Pörtner 1996; 2005), also in Kontexten, in denen es nicht vorrangig um „Psychotherapie“, sondern ganz allgemein um hilfreiche und förderliche Kommunikation mit „sehr schwierigen Menschen“ geht. Das Ziel der Kontaktarbeit ist es, Wege zu finden, um mit „kontaktgestörten Menschen“ in eine Beziehung eintreten zu können (kommunikativer Kontakt) und ihnen (wieder) eine Beziehung zu sich selbst, zu den eigenen Emotionen, zum eigenen Körper (Selbstkontakt) und zur Realität in ihrer Umgebung (Realitätskontakt) zu ermöglichen bzw. diese Kontaktebenen zu fördern. Dabei werden prä-expressive Erfahrungen, das heißt vorsprachliche Erfahrungen vor der Explikation, aufgegriffen. In der Praxis bedeutet dies, sich auf das konkrete, wahrnehmbare Erleben zu konzentrieren und dieses zu „reflektieren“. Mit „existenzieller Einfühlung“ werden Brücken zum anderen Menschen gebaut. Prouty spricht auch von „Mit-Sein“: Dabei geht es darum, mit dem ganzen Wesen zu hören, mit dem Herzen wahrzunehmen. Wichtig für die Praxis ist es, Feinheiten der Reaktion bzw. der scheinbaren Nicht-Reaktion genau zu beachten und zu „reflektieren“; insbesondere hat es sich als hilfreich erwiesen, auf die Atmung zu achten. Praktisch wird dies durch sogenannte Kontaktreflexionen umgesetzt.

Kontaktreflexionen:

1. Situationsreflexion (SR): Ansprechen der äußeren Situation, z. B. „Ich höre die Kinder spielen“ – „Wir sind im Garten“ – „Hier ist es warm“. Die Situationsreflexion fördert den Kontakt zur Realität.
2. Gesichtsausdrucksreflexion (GR): Ansprechen des Gesichtsausdrucks, z. B. „Sie schauen mir in die Augen“ – „Tränen laufen über Ihre Wangen“ – „Deine Augen sind ganz starr“. Die Gesichtsausdrucksreflexion regt an, einen Kontakt zu eigenen Gefühlen (wieder) zu entwickeln.
3. Verhaltensreflexion (VR): Ansprechen des Verhaltens, z. B. „Du stehst auf“ – „Sie seufzen“. Die Verhaltensreflexion fördert den Selbst-Kontakt.
4. Körperhaltungsreflexion (KR): Wiedergeben der Körperhaltung, z. B. „Du schaukelst mit dem Oberkörper“ – „Dein Arm ist starr“. Die Körperhaltungsreflexion unterstützt den Kontakt zum eigenen Körper und trägt dazu bei, Abspaltung zu überwinden.
5. Wort-für-Wort-Reflexion (WWR): Das Gesagte wird Wort für Wort wiederholt, z. B.: Bewohnerin: „Sie kommen bald!“ – Helferin: „Sie kommen bald!“ Die Wort-für-Wort-Reflexion fördert das

Selbstvertrauen und bringt eine Anerkennung für das Gesagte zum Ausdruck.

6. Wiederaufgreifende Reflexion (WR): Wiederaufgreifen von Kontakt, der zu einem früheren Zeitpunkt bestand, z. B. (nach einer längeren Pause): „Sie haben gesagt: Sie kommen bald!“ Die wiederaufgreifende Reflexion weckt die Gefühle des Klienten und hilft ihm, sich zu erinnern.

(nach Prouty, 1998, S. 33 ff.)

Kontaktreflexionen sind ein Instrument, um dem Klienten einführenden Kontakt anzubieten. Die Kontaktfunktionen des Klienten sollen unterstützt werden. Sein Realitätskontakt – das heißt seine Wahrnehmung der Welt, sein affektiver Kontakt, der Kontakt mit dem „Selbst“, die Wahrnehmung von Gefühlen, Stimmungen und Emotionen sowie der kommunikative Kontakt, also der Kontakt mit dem anderen – soll ermöglicht, gefördert und erleichtert werden. Im Kontaktverhalten zeigen sich Veränderungen, die durch Kontaktreflexionen ausgelöst wurden und die Kontaktfunktionen des Klienten verbessern. Der Prozess, in dem die Kontaktfunktionen bei psychotischen, autistischen und behinderten Menschen durch die Kontaktarbeit bzw. Prä-Therapie zunehmen, wurde detailliert beschrieben (Prouty, 1994; Prouty et al., 1998).

Eine Hypothese, wie diese positive Wirkung von Kontaktreflexionen zustande kommt, liefert die Säuglingsforschung. Sie zeigt, dass insbesondere die präverbale Kommunikation mit Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen wesentlich für die Konstitution des kindlichen Selbst ist (siehe bereits Bettelheim, 1967/1983). Das kindliche Selbst als handlungsleitende Struktur entsteht in einer kontinuierlichen nonverbalen Interaktion mit erwachsenen Bezugspersonen. Das „Reflektieren“ kindlicher Laute, Mimik und Gesten durch erwachsene Bezugspersonen ist demnach nicht nur die Voraussetzung für das Entstehen stabiler Bindungen, sondern auch für Selbst-Strukturen. Säuglinge verfügen bereits von Geburt an über einen relativ differenzierten Wahrnehmungsapparat und nehmen eine hoch differenzierte präverbale Kommunikation nicht nur auf, sondern tragen dazu bei, sie aufrechtzuerhalten; sie initiieren sie auch von sich aus und wirken auf sie ein (Fröhlich-Gildhoff, 2007, S. 36 ff.).

Die personenzentrierten Grundhaltungen sind notwendige Bedingungen für förderliche menschliche Kommunikation. Voraussetzung dafür ist allerdings bekanntermaßen, dass der Klient in der Lage ist, psychologischen Kontakt aufzunehmen und die Realisierung der Grundhaltungen beim Helfer wahrzunehmen. Doch bei Menschen mit Demenz ist diese Voraussetzung nicht oder nur eingeschränkt gegeben. Sie sind in verschiedener Beziehung desorientiert. Diese Desorientierung hat unterschiedliche Dimensionen, wie sie insbesondere Naomi Feil in ihrem Konzept der Validation beschreibt.

Dimensionen von Desorientierung:

1. Räumliche Dimension: Verwurzelung und Heimat
2. Zeitliche Dimension: sinnhafte Ereignisse und Struktur

3. Soziale Dimension: Eingebettetsein in soziale Netzwerke
4. Identitätsdimension: Verlust der Orientierung in Bezug auf den eigenen Körper, die eigenen Gedanken, Sinn und Aufgaben im Leben

(siehe Morton, 1999/2002)

Projektdesign

Ziel des Projekts war es herauszufinden, ob sich der Ansatz der Prä-Therapie dafür eignet, Pflegekräften zu ermöglichen, psychologischen Kontakt zu Menschen mit schwerer Demenz herzustellen, die Desorientierung zu reduzieren und damit auch die Pflegequalität zu verbessern. Dazu vermittelte der Autor die Prinzipien der Kontaktarbeit im Rahmen von Weiterbildungskursen für Gerontopsychiatrie im Lauf von acht Jahren an insgesamt 111 Fachkräfte, zu 95 Prozent Frauen.

Die TeilnehmerInnen waren überwiegend AltenpflegerInnen, zum kleineren Teil auch Gesundheits- und Krankenschwestern, HeilerziehungspflegerInnen und SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen: 68 TeilnehmerInnen arbeiteten in Altenpflegeheimen, 12 in ambulanten Pflegediensten, sieben in Wohngruppen für demente Menschen und zwei in der Tagespflege. Sieben waren in sonstigen Kontexten tätig, z. B. im Krankenhaus. 90 Prozent der KursteilnehmerInnen absolvierten an der Akademie eine einjährige Gerontopsychiatrie-Weiterbildung, zirka zehn Prozent besuchten nur die Kurse zur Prä-Therapie.

Der Ansatz wurde im Rahmen dieses Kurses in einem Block von drei bis vier Tagen vermittelt. Im Abstand von ein bis zwei Jahren konnten die Fachkräfte an einem Aufbau- und Vertiefungskurs von weiteren zwei Tagen teilnehmen. Etwa 20 Prozent der KursteilnehmerInnen erarbeiteten sich das prä-therapeutische Vorgehen zusätzlich in kollegialen Lerngruppen.

In den Kursen wurde das Konzept zunächst im Plenum theoretisch vermittelt, anhand von Rollenspielen praktisch demonstriert und so direkt erlebbar gemacht; die Einübung erfolgte dann anhand praktischer Situationen aus dem Pflegealltag in Kleingruppen (zu jeweils drei Personen) mit Supervision.

Überprüfung der Anwendung im Bereich der Demenzpflege und Erfahrungen mit der Vermittlung

Zur Prüfung der Relevanz des Ansatzes wurde verschiedenes Datenmaterial im Sinne einer Triangulation ausgewertet (Flick, 1995): Protokolle teilnehmender Beobachtung durch eine Beobachterin im Kurs, Protokolle teilnehmender Beobachtung der Fachkräfte in ihrem Pflegealltag, Auswertungsberichte aller Fachkräfte am Ende des Kurses, Video-Aufzeichnungen von Präsentationen der TeilnehmerInnen am Ende des Gesamtkurses sowie schriftliche und

mündliche Berichte von TeilnehmerInnen ein bis vier Jahre nach Kursabschluss.

Die Auswertung orientierte sich an den Prinzipien der Grounded Theory (Strauss, 1991). Die Ergebnisse wurden mit TeilnehmerInnen und Kursassistenten sowie mit zwei externen Pflegewissenschaftlerinnen kommunikativ validiert (Kvale, 1995).

Erfahrungen mit der Vermittlung des Ansatzes an Pflegekräfte

Die personenzentrierte Grundhaltung ist Grundlage für die Anwendung des prä-therapeutischen Ansatzes. In den gerontopsychiatrischen Weiterbildungskursen, in denen wir tätig waren, gab etwa ein Drittel der Pflegekräfte an, vom Personenzentrierten Ansatz bereits gehört zu haben, zwei Drittel kannten ihn nicht. Mit der Umsetzung hatten die meisten zunächst Schwierigkeiten. Das personenzentrierte Vorgehen musste deshalb zunächst eingeübt werden, was vor den Blocks zur Prä-Therapie geschah. Das sogenannte „aktive Zuhören“ war der Mehrheit der KursteilnehmerInnen bekannt. Es kann zwar für das Einüben und Lernen des Ansatzes fruchtbar sein und mag auch eine Erleichterung und Förderung der Kommunikation z. B. mit Angehörigen von Pflegebedürftigen bewirken. Es zeigte sich aber, dass dieses Vorgehen zunächst vielfach im Sinne einer „Papiertechnik“ missverstanden wurde. Wichtig war es deshalb zu vermitteln, dass einführendes Verstehen über aktives Zuhören weit hinausgeht und auch mehr meint als das „Spiegeln“ von Gefühlen. Für die spätere Einübung der Kontaktarbeit war es wichtig, dass die TeilnehmerInnen direkt erfahren konnten, wie es ist, die Welt mit den Augen des anderen zu sehen, mit seinen Ohren zu hören, sich in seine Körperwahrnehmung hineinzuversetzen. Insbesondere war es für die Pflegekräfte wichtig zu spüren, was es heißt, auf das Erleben des anderen – nicht nur auf das Gesagte, sondern auch auf Mimik, Gestik und Körperhaltung – zu achten und dann auf der Grundlage einführenden Verstehens nicht alleine zu reden, sondern im Sinne von „Caring“, von besorgtem Sich-Kümmern, auch zu handeln (Binder & Binder, 1992).

Im Rahmen der Vermittlung des Ansatzes reflektierten die Pflegekräfte in einem nächsten Schritt, was bis dahin im Pflegealltag dazu beitrug, Schwierigkeiten mit BewohnerInnen zu erzeugen, und was sich als hilfreich und nützlich erwiesen hat. Wesentlich erschien uns, die Aufmerksamkeit dafür zu schärfen, was die Pflegekraft jeweils selbst zum Gelingen oder zum Scheitern von Begegnungen mit „kontaktgestörten“ Menschen beiträgt. Der Akzent lag also auf der Beschreibung konkreter Situationen und bestimmten Verhaltens.

Die KursteilnehmerInnen erwiesen sich als sehr kreativ bei der Suche nach Dingen, die „funktionieren“, und solchen, die häufig zu Problemen mit BewohnerInnen führen. In der Regel wurden bereits in diesem Schritt zahlreiche Elemente benannt, die später für

die Umsetzung der Kontaktarbeit wichtig sind. Es wurde deutlich, dass der Personenzentrierte Ansatz und seine Weiterentwicklung in der Prä-Therapie kein aufgesetztes, am Grünen Tisch entwickeltes theoretisches Konzept darstellen, das mit dem Pflegealltag nichts zu tun hat, sondern dass es darum geht, bisherige konstruktive Erfahrungen auszubauen, zu systematisieren und zu erweitern. Eine der Pflegekräfte brachte dies treffend auf den Punkt: „Wichtig ist für mich die Bestätigung bei vielem, was ich intuitiv schon so oder ähnlich gemacht habe. Jetzt hat es einen Namen.“

Hilfreich für die Pflegekräfte war Folgendes:

1. Lächeln, streicheln, Ruhe
2. „Initialberührung“
3. Ausdruck dessen, was ich durch Körperhaltung sagen will
4. Validation: mit Körperkontakt die Sprache unterstützen
5. Augenkontakt herstellen, aufmerksam zuhören
6. Im Gespräch mit den Angehörigen genau erklären, warum ich etwas tue
7. Kenntnis über die Biografie der BewohnerInnen
8. Aufmerksame Zuwendung, aktives Zuhören
9. Rituale, feste Bezugsperson im Pflegealltag
10. Die Tonlage der Bewohnerin aufnehmen und bestätigend antworten
11. Kontakt durch alle Sinne, z. B. Geruch
12. Wertschätzung, Ernstnehmen
13. Klare, eindeutige Gesten, ruhige Bestimmtheit
14. Anfassen, sanfte körperliche Berührung, Körperkontakt; wie es situativ passt
15. Zulassen von Gefühlen
16. Aushalten der Situation, Ruhe ausstrahlen, Verständnis
17. Unvoreingenommenheit
18. Klare Grenzen setzen: „Jetzt reicht’s!“
19. Rückzug und Freiheit zum Selbstkontakt
20. Sich (räumlich) auf die gleiche Ebene begeben
21. Kontaktaufnahme durch Mimik
22. Signal der Kontaktbereitschaft
23. Begleiten, wenn jemand unruhig umhergeht oder wegläuft
24. Ruhe, sich Zeit nehmen
25. Gegenstände in die Hand legen
26. Die eigene Hand in jene der Bewohnerin legen
27. Wahrnehmen der Person, sie respektieren
28. Autonomie im Rahmen des Möglichen gewähren
29. Kollegiale Unterstützung suchen

Es fällt auf, dass diese Auflistung hilfreicher Verhaltensweisen in der Sprache der Pflegekräfte bereits alle wesentlichen Elemente der personenzentrierten Grundhaltungen enthält. Die Sammlung dessen, was nicht funktioniert, kann helfen, dies im Folgenden zu vermeiden, das heißt auf Problemlösungen zu verzichten, die sich als unwirksam erweisen und die dazu beitragen, Probleme zu erzeugen.

Ein Beispiel:

Frau E. beschimpft die Pflegerinnen auf der Station unflätig. Dieses Verhalten wiederholt sich und hat schon ritualisierten Charakter angenommen. Als die Pflegerin nicht wie sonst üblich mit ihr schimpft oder sie zur Ruhe mahnt, sondern leise und bedeutungsvoll mit ihr flüstert, hört Frau E. mit ihren Beschimpfungen auf.

Es wird also die Aufmerksamkeit dafür geweckt, was „funktioniert“, was hilfreich und für die Kommunikation förderlich ist: „Wenn etwas funktioniert, mach mehr davon!“

Was nicht hilfreich war oder zu Schwierigkeiten geführt hat:

1. Ablehnung
2. Neugier im Sinne von „den anderen zum Objekt machen“
3. Unruhig und gehetzt sein, große Eile, schnell etwas verändern wollen, Stress, Unruhe, Ungeduld, keine Ruhe haben
4. Rituale nicht einhalten, den normalen Tagesablauf stören
5. Zeitvorgaben, Zeitdruck und als Konsequenz dessen: nicht bei diesem speziellen Patienten sein
6. Zu zielorientiert sein, Aufzwingen von Vorgaben, „Realitätsdruck“
7. Nicht erkennen, was der Mensch braucht, keine Bereitschaft zum Sprechen haben, nicht authentisch sein
8. „Überfall“, z. B. mit Gewalt ins Bett bringen
9. Nicht wirklich zuhören
10. Unverständliche Worte
11. Störung durch lautes Sprechen

Zu Schwierigkeiten im Kontakt führt also in der Regel ein Verhalten der Pflegekraft, das man als nicht-personenzentriert bezeichnen könnte.

Häufig stellten Pflegekräfte zu Beginn die Frage, ob Kontaktarbeit geeignet sei, funktionalen Zwecken (Waschen, Essengeben, Ins-Bett-Bringen usw.) zu dienen. Das kann zwar nach unserer Erfahrung durchaus sein, ist jedoch nicht das Wesentliche. Obersten Zweck der Pflege stellen die Erhaltung bzw. Erhöhung der Lebensqualität der BewohnerInnen dar. Wenn sie „berührt werden“, ist dies ein ganz wesentlicher Schritt. Diesen fundamentalen Grundsatz kennt man zwar aus der Pflegeausbildung, er gerät aber im Pflegealltag leicht aus dem Blick. Daran erinnert zu werden, war für einen großen Teil der KursteilnehmerInnen, wie sie später immer wieder berichteten, eine sehr wichtige Lernerfahrung.

Als hilfreiche Leitidee beim Erlernen des Ansatzes erwies sich für viele Teilnehmerinnen die Trias von Herz, Kopf und Hand, die auf Pestalozzi zurückgeht (Kern & Wittig, 1985, S. 153ff). Dabei geht es nicht darum, Techniken anzuwenden, um bestimmte funktionale Ziele zu erreichen, sondern um die Realisierung einer bestimmten Grundhaltung, um ein spielerisches Ausprobieren ohne Veränderungsdruck. „The techniques are simple, the art is difficult“, betonte Prouty in seinen Seminaren immer wieder. Man könnte es auch so

formulieren: Die Kunst ist es zu erkennen, dass Technik und Grundhaltung nicht voneinander zu trennen sind. Trotzdem – oder gerade deshalb – erweisen sich einige einfache Hilfsregeln als sinnvoll zur Unterstützung des Lernprozesses.

Hilfsregeln:

1. Versuche, auf das unmittelbare Erleben einzugehen, auf das, was „da“ und im Moment wahrnehmbar ist. Leitfrage: Was nehme ich wahr? Was nimmt wohl die Klientin wahr?
2. Gehe auf den Realitätssinn der Klientin ein, wo er sich zeigt. Bestätigung der Realität hilft zur Verankerung. Leitfrage: Wo zeigt die Klientin noch/bereits Kontakt zur Realität?
3. Die HelferIn muss genau hinschauen und genau zuhören. Leitfragen: Was sagt die BewohnerIn? Welchen Körperausdruck zeigt sie? Welche Gefühle und Bedürfnisse hat sie wohl? Welche kann und will ich jetzt erfüllen? Es geht um das Zuhören mit allen Sinnen. Nicht das Tun ist entscheidend, sondern Einfühlen und Mit-Sein

(Nach Prouty u. a., 1998, 28 ff.; vgl auch Pörtner, 1996, 2005)

Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit im Pflegealltag – Ergebnisse und Erfahrungen

Die Erfahrungen der Pflegekräfte mit der Umsetzung im Alltag waren überwiegend positiv. Zunächst seien einige Aussagen von Pflegekräften, die das Spektrum der Erfahrungen beleuchten, im Wortlaut angefügt.

Beispiele von Erfahrungen der Pflegekräfte bei der Umsetzung der Kontaktarbeit:

1. „Schwierig ist vor allem, die Ziellosigkeit zu lernen.“
2. „Wichtig ist der Mut, etwas Neues zu probieren, mich in den anderen hineinzusetzen und die Ideen dann umzusetzen.“
3. „Man muss die Theorie vergessen und den Menschen wahrnehmen.“
4. „Es ist auch okay, wenn's nicht geht.“
5. „Wenn Frau S. sehr schnell isst und ich esse dann auch ganz schnell mit, entsteht Kontakt; wenn ich dann das Tempo verlangsame, tut sie es auch.“
6. „Frau G. hat lange Zeit nichts getrunken. Ich habe immer wieder versucht, in ihre Körperhaltung zu gehen, setze mich vor sie hin und trinke mit – nach einem Jahr begann sie auch zu trinken.“
7. „Auf die eigene innere Stimme zu hören bringt oft Überraschungen.“
8. „Vielleicht kommt mehr an, als ich denke.“
9. „Einfach da sein reicht oft.“
10. „Kontaktarbeit macht Spaß!“
11. „Das Hauptproblem sind die Kolleginnen, die mein Verhalten befremdlich finden und unverständlich.“

Die Erfahrungen können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Die Umsetzung braucht Zeit und Geduld, nicht sofort zeigt sich zunächst (äußerlich) Erfolg. Ein wichtiger Effekt ist die Verlangsamung des Pfl egetempos: zu lernen innezuhalten, nichts zu tun und abzuwarten. Wesentlich scheint es, dass die Pflegekräfte sich und den BewohnerInnen Zeit geben.
2. Kontaktarbeit wirkt deeskalierend und beruhigt bei Konflikten. Auch funktionale Zwecke können häufig menschlicher, leichter und mit weniger Energieaufwand erreicht werden, wie in den folgenden Fallvignetten deutlich wird. Die wichtigste Erfahrung war allerdings nicht die Reduktion von Symptomen oder die Verbesserung funktionaler Abläufe, sondern die Verbesserung der Beziehungsqualität. Bedeutsam war die zunehmende Wachheit für BewohnerInnen und die Fähigkeit, etwas geschehen zu lassen und weniger zu „machen“.
3. Das bedeutet nicht „Ziellosigkeit“ oder „Zeitverschwendung“, wie manche HelferInnen zunächst befürchteten, sondern ein anderes, größeres Ziel: die Ermöglichung einer Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers (Buber 1984; Rogers & Buber 1992). Dabei ist oft eine Paradoxie zu erleben: Symptome freundlich willkommen zu heißen, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie verschwinden.
4. Die Ebene der Kontaktaufnahme muss mit der psychologischen Ebene übereinstimmen, auf der sich die Bewohnerin befindet. Das heißt, das „Nachmachen“ von Gesten oder das Wiederholen von Lauten sind nur dann angemessen, wenn verbal kein Kontakt möglich ist.
5. Bei Kontaktreflexionen erwies sich das „therapeutische Du“ als hilfreich, das sonst in der Altenpflege eher verpönt ist, also das Ansprechen mit dem Vornamen. Auch das Ansprechen in der dritten Person – wie bei Kindern – erhöhte häufig die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme. Es bestätigte sich, dass offene Formulierungen und ein fragender Tonfall hilfreich sind.
6. Wichtig war für viele die Einübung von Demut und Respekt vor unveränderlichem Leiden: Es kann manchmal auch darum gehen, Beziehungslosigkeit zu akzeptieren und Nicht-Kontakt oder die Ablehnung von Kontakt anzunehmen und auszuhalten.
7. In der Umsetzung erwies es sich für die Pflegekräfte als wichtig, auch eigene Grenzen zu respektieren, Distanz zu wahren und den richtigen Zeitpunkt abzuwarten.
8. Hilfreich und kontaktfördernd war es, alle Sinneskanäle zu nutzen, z. B. Gerüche beim Kochen, Musik, Rhythmik, Arbeit im Garten, Tiere, die Begegnung mit kleinen Kindern. Als wichtige Aufgabe erwies sich, auch die Gestaltung der Räume, die Möbel und sinnhafte Ereignisse (z. B. gemeinsames Kochen) zu nutzen, um eine Entwicklung der Kontaktarbeit von der Ebene des Face-to-face-Kontaktes in Richtung der Schaffung eines „Kontaktmilieus“ (Van Werde, 1998) zu fördern.
9. Es wurde auch berichtet, dass ein plötzlicher Kontaktabbruch für BewohnerInnen sehr problematisch sein kann, wenn die Pflege-

kraft, die mit Hilfe der Kontaktarbeit eine Beziehung aufgebaut hat, plötzlich versetzt wird oder ihr Praktikum beendet ist. Wir haben daraus gelernt, diesen ethischen Aspekt in den Kursen stärker zu betonen.

10. Schwierigkeiten machte vor allem die Betroffenheit durch starke eigene Gefühle – sie machten das Zuhören und die Kontaktarbeit schwierig. Zumindest hier erscheint die Möglichkeit einer zusätzlichen Supervision notwendig.

Die Prä-Therapie ist hilfreich für demente Menschen

Die Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit dementen Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz eine sinnvolle Ergänzung zum sonstigen Repertoire von Strategien und Konzepten.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es häufig, bei schwer gestörten BewohnerInnen einen situativen Bezug zur äußeren Realität zu vermitteln, Kontakt zu finden und (bessere) Beziehung zu schaffen, Inseln der Orientierung zu erreichen und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit ist vor allem die Haltung, nicht die Umsetzung einzelner Techniken.

Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Die Arbeit mit Kontaktreflexionen macht Pflegekräfte nicht zu TherapeutInnen, sondern kann sie in ihrer pflegerischen Arbeit auf der Grundlage ihrer spezifischen Professionalität unterstützen. Wir schlagen deshalb vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern von *Achtsamkeitsbasierter Kontaktarbeit* oder von *Mindfulness Based Contact Work*. Achtsamkeit erweist sich in vielen Therapieverfahren als zentraler Wirkfaktor (Heidenreich & Michalak, 2006).

Achtsamkeit charakterisiert das zentrale Anliegen des Personenzentrierten Ansatzes (Bundschuh-Müller, 2006; 2007; Knoche, 2007; Reisch, 2007). Achtsamkeit lässt sich als konzentrierte Zuwendung, als Aufrechterhalten ungeteilter, nicht urteilender Aufmerksamkeit (Kabat-Zinn, 2006) definieren. Mit oder ohne Achtsamkeit kann man ebenso Geschirr spülen oder Blumen gießen wie sich einem Menschen und seinen Bedürfnissen wie Gefühlen zuwenden. Der Begriff der Achtsamkeitsbasierten Kontaktarbeit macht deutlich, dass es dabei weder um Therapie noch um irgendeine beliebige Art der Kontaktaufnahme geht, sondern um eine Ich-Du-Beziehung im Sinne Martin Bubers und Carl Rogers (Buber, 1984; Rogers & Buber 1992).

Für den Bereich der Pflege erscheint der Begriff der Achtsamkeit zur Kennzeichnung des Ansatzes auch deshalb angemessen, weil hier alltagsorientierte Handlungen ganz wesentlich sind. Zum Medium der Kommunikation und des Kontakts können sachbezogene Handlungen werden, etwa Spritzen zu geben, Verbände anzulegen, Essen zu geben, BewohnerInnen zur Toilette zu bringen. Pflege steht im Spannungsfeld von personalen und sachbezogenen Handlungen: Das Aufräumen des Zimmers, das Waschen der Haare, das Baden oder Duschen, das Bereitlegen von Gegenständen für die Nacht etc. können achtsam oder unachtsam vollzogen werden. Außerdem kann der Begriff der Achtsamkeit auch auf die Bedürfnisse der Pflegekraft selbst, jene der Institution, der KollegInnen und Vorgesetzten bezogen werden sowie die Gestaltung eines angemessenen Milieus bezeichnen (vgl. Pörtner, 2005).

Der Alltag ist das Wesentliche

Wie Prä-Therapie als Ressource für die Arbeit mit dementen Menschen wirken kann, ist am besten anhand von konkreten Situations schilderungen nachvollziehbar. Die Ergebnisse sollen deshalb anhand einiger Erfahrungen von Pflegekräften illustriert und durch eine längere sowie mehrere kurze Fallvignetten anschaulich gemacht werden – ansonsten bliebe die Beschreibung der Ergebnisse blass und distanziert, und das würde dem Ansatz nicht gerecht.²

Die schriftliche Situationsbeschreibung vermag allerdings nur einen Teilaspekt des interaktiven Geschehens wiederzugeben, das sich nur begrenzt sprachlich adäquat ausdrücken lässt. Mimik, Gestik und Körperspannung, Tonfall usw. machen zentrale Qualitäten der Begegnung aus. Das tiefe Berührtsein vom anderen hat eine Dimension, die sich eher erleben denn beschreiben lässt. So sind etwa die relativ langen Pausen des Schweigens in den Sequenzen nicht „Leere“, sondern ganz wichtige Elemente der Interaktion.

Mit-Sein und Kontakt finden

In der folgenden Sequenz wird deutlich, dass es nicht möglich und auch nicht sinnvoll ist, die verschiedenen Kontaktreflexionen scharf voneinander abzugrenzen. Es geht vielmehr um ein fließendes Geschehen, bei dem das aufmerksame Schweigen genauso bedeutsam ist wie das sichtbare Tun.

Herr G. ist 76 Jahre alt, verheiratet und hat drei erwachsene Kinder. Er leidet an schwerer Demenz und an einer Aphasie und kann nur

noch einzelne Laute von sich geben. Zudem besteht der Verdacht auf eine Altersdepression. Herr G. hat zu anderen Bewohnerinnen des Pflegeheims kaum Kontakt, er sitzt meist in seinem Zimmer und meidet jeglichen Kontakt. Auch der Kontakt zum Pflegepersonal ist sehr eingeschränkt. Herr G. sitzt am Tag meistens auf dem Sofa oder im Rollstuhl mit starrem Blick geradeaus. Er macht einen ängstlichen Eindruck. Nachts schläft Herr G. oft sehr unruhig, trotz Schlaftabletten. Die Pflegerin kommt zu Herrn G. ins Zimmer. Herr G. sitzt mit steifer Körperhaltung auf dem Sofa und schaut mit starrem Blick geradeaus. Die Pflegerin begrüßt Herrn G. und will ihm die Hand geben. Herr G. zeigt keinerlei Reaktion. Seine Arme und Beine sind überkreuzt. Die Pflegerin setzt sich an das andere Ende des Sofas und versucht Herrn G. anzusprechen; er zeigt wieder keine Reaktion, beachtet sie nicht, sondern schaut weiter mit starrem Blick nach vorne ins Leere.

P. (Pflegekraft): „Ich sitze mit Ihnen auf dem Sofa.“ (Situations-Reflexion, SR)

Herr G. zeigt keine Reaktion.

P. (lange Pause): „Wir sitzen in Ihrem Zimmer.“ (SR)

Herr G. zeigt keine Reaktion.

P. (wiederum nach langer Pause): „Es ist sehr warm in Ihrem Zimmer. (SR) (Pause). Ihr Körper ist ganz steif. (Lange Pause.) Sie sitzen ganz ruhig da. Ihre Arme und Beine sind gekreuzt. (Körperhaltungsreflexion, KR) (Mehrere Minuten Pause.) Sie haben einen starren Blick nach vorne. (KR) (Schweigen) Sie bewegen sich nicht. (KR) (Schweigen) Sie schauen ängstlich.“

P. (nach längerer Pause) nimmt einen Stuhl und setzt sich Herrn G. gegenüber. Herr G. zeigt keine Reaktion, es wirkt auf die Pflegekraft, als schaue er durch sie hindurch und nehme sie gar nicht wahr.

P. übernimmt die Körperhaltung von Herrn G. und schaut ihm direkt in die Augen (etwa zwei Minuten lang). (KR)

Herr G. zeigt noch immer keine Reaktion.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa und bewegen sich nicht.“ (KR)

(Lange Pause). „Sie haben die Arme und Beine gekreuzt.“ (KR)

Herr G. löst die gekreuzten Arme und legt sie auf seine Beine.

P. löst ebenfalls die Arme und legt sie auf die Beine. (Verhaltensreflexion, VR) In dieser Körperhaltung sitzen sich beide einige Minuten schweigend gegenüber.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Ihr Körper ist ganz steif.“

Herr G. (nach längerer Pause) löst die Beine und stellt sie nebeneinander. Er schaut der Pflegerin direkt in die Augen.

P. schaut ihm ebenfalls in die Augen. (Gesichtsausdrucksreflexion) So sitzen beide einige Minuten.

P.: „Sie sitzen auf dem Sofa. (VR) – Ihre Arme liegen auf Ihren Beinen. – Sie schauen mich ängstlich an.“ (GR)

Herr G. zeigt zunächst keine weitere Reaktion, doch einige Minuten später sagt er „Mamama“ und lächelt.

P.: „Mamama“ (Wort-für-Wort-Reflexion, WWR). Sie lächelt zurück (GR).

² Ich danke Elisabeth Fritsch, Heike Kern, Patricia Ruppenthahl-Ott, Nina Sachs und allen namentlich nicht genannten Pflegekräften herzlich für ihre Berichte und für ihre einfühlsame Arbeit mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern.

Herr G. bewegt seine Beine, die steife Körperhaltung löst sich. Er schaut sich im Zimmer um. Herr G. macht nun einen entspannteren und zufriedenen Eindruck.

P. setzt sich zu Herrn G. auf das Sofa und bleibt noch einige Zeit bei ihm sitzen. Sie liest ihm aus der Zeitung vor.

Herr G. hört interessiert zu, teilweise kommentiert er das Vorgelesene mit „Mamamama“. Herr G. lächelt.

Biografisches Wissen

Adäquate Kontaktreflexionen gelingen häufig dann besonders gut, wenn entsprechende Kenntnisse der Biografie vorhanden sind. Reflektiert wird also nicht nur das aktuelle Verhalten, sondern gegebenenfalls auch die persönliche Lebens-Geschichte.

Herr M. ist 84 Jahre alt. Er soll abgeholt werden, um im Gemeinschaftsraum Kaffee zu trinken. Er weigert sich mitzugehen. Herr M. will keinen Kaffee. Er wirkt, als würde er etwas Schweres tragen. Er steht gebeugt da, eine Hand gebogen.

P.: „Kommen Sie, es gibt Kaffee!“ Sie nimmt ihn am Arm. Herr M. sträubt sich.

Die Pflegekraft nähert sich nochmals, diesmal von vorn.

P.: „Herr M., ich habe noch ein bisschen Kaffee, wollen Sie ein wenig?“

Herr M. zögert.

P.: „Oh, Sie haben was Schweres zu tragen, kommen Sie, ich helfe Ihnen!“ Die Pflegekraft nähert sich ihm und hilft ihm, die schwere Last zu tragen. (Verhaltensreflexion, VR) Sie nimmt ihm – pantomimisch – die Last ab.

Er geht jetzt bereitwillig mit zum Kaffeetrinken.

P.: „Ich wusste, er hat als Maurer gearbeitet, und ich hab auch mal auf dem Bau gearbeitet. Da ist es so, dass man nach der Pause nicht gleich wieder zum Kaffee darf. Aber wenn die Hausfrau was anbietet, was übrig ist, darf man. Und ich habe gesehen, er trägt was Schweres.“

Funktionale Zwecke

Die nächsten Vignetten zeigen, wie Kontaktreflexionen auch hilfreich sein können, um funktionale Zwecke (besser) zu erreichen.

Frau A., 82 Jahre alt, spricht fast nur die Worte „Ponti – Penti – Puti“. Wenn die Pflegekräfte sie bitten, eine Tablette zu nehmen, lehnt sie ab. Als die Pflegekraft fragt: „Darf ich Ihnen ein Puti geben?“, sagt Frau A. „Ja“ und nimmt die Tablette bereitwillig. (WWR)

Frau G. wird auf der gerontopsychiatrischen Station behandelt. Die Pflegekräfte und die Ärztin sind der Meinung, Frau G. brauche einen Katheter, da sie nicht urinieren will. Die Pflegekraft geht mit Frau G.

aufs Klo, schließt ab, lässt selbst auch die Hose herunter und drückt. (VR) Frau G. uriniert, bis das Uringefäß voll ist.

Bizarres, unverständliches oder störendes Verhalten

Kontaktreflexionen sind aber kein Allheilmittel. Hierzu sei ein weiteres Beispiel angefügt:

Herr L. stößt wütend eine Kanonade von Schimpfworten aus, als er gewaschen werden soll. Durch die im Kurs neu erlernte Kontaktarbeit soll er dazu gebracht werden, sich waschen zu lassen. Die Methode erweist sich jedoch in diesem Fall als wirkungslos. Es gibt zwar Kontakt, aber das Schimpfen hört nicht auf.

Kontaktreflexionen „wirken“ zwar oft auch bei unverständlich scheinendem oder „störendem“ Verhalten, allerdings scheint dies besonders dann der Fall zu sein, wenn sie nicht als Manipulationstechnik eingesetzt werden, das heißt wenn im Vordergrund die Beziehung und nicht das Bedürfnis der Pflegekraft nach Ordnung oder Ruhe stehen.

Frau B., 91 Jahre alt, sitzt im Stuhl und reibt die Hände an den Oberschenkeln. Sie macht das häufig und über lange Zeit. Die Pflegekraft setzt sich zu ihr und reibt sich in gleichem Tempo ebenfalls die Oberschenkel. (VR) Nachdem die Pflegekraft langsamer reibt, wird auch Frau B. langsamer. Die Pflegekraft hört mit einem Klatschen auf die Oberschenkel auf zu reiben. Frau B. hört ebenfalls auf.

Frau S. leidet an der Alzheimer Erkrankung. Sie trippelt ruhelos auf dem Gang auf und ab. Die Pflegekraft geht mit ihr und trippelt auch. (VR) Frau S. wird ruhiger, trippelt langsamer und wirkt zufrieden.

Frau M. sitzt am Tisch im Aufenthaltsraum und ist erregt. Sie wirft Gegenstände um sich und zerbricht dabei einen Engel aus Gips, der auf dem Tisch steht. Die anderen BewohnerInnen werden unruhig. Frau M. wird in ihr Zimmer gebracht und ins Bett gelegt. Sie lässt sich aber nicht beruhigen. Schließlich legt sich die Pflegerin für einige Minuten zu ihr ins Bett. Nach kurzer Zeit wird Frau M. ruhiger.

Einführendes Verstehen und Kontaktreflexionen

In der folgenden Vignette wird der fließende Übergang zu „normalem“ einführendem Verstehen deutlich.

Herr M. will das Bett nicht verlassen. Mehrere Pflegekräfte haben umsonst versucht, ihn dazu zu bewegen. Die Pflegekraft kommt ins Zimmer und flüstert ihm ins Ohr: „Heinz, komm, ich hab dir einen Kaffee gemacht!“. Herr M. steht auf.

P: (im Dialekt von Herrn M.) „Heinz, nachher rauchen wir noch ein Zigarettchen zusammen!“

Herr M. folgt ihr bereitwillig.

Kontaktreflexionen erweisen sich insbesondere dann als sinnvoll, wenn die Störung so schwer ist, dass einführendes Verstehen von der pflegebedürftigen Person nicht mehr ohne weiteres wahrgenommen werden kann.

Frau N. steht häufig wütend vom Tisch auf, weil sie sich von Äußerungen anderer Bewohnerinnen beleidigt fühlt und diese als Angriff auf sich selbst versteht. Sie will dann zur Tür hinaus. Wenn die Pflegekräfte versuchen, sie zurückzuhalten, wehrt sie sich. Wenn die Pflegekraft ihre Gefühle verbal aufnimmt – „Frau N., Sie sind jetzt sehr wütend!“ – reagiert sie nicht.

„Aber wenn ich selbst ihren wütenden Gesichtsausdruck annehme, die Körperhaltung übernehme, aufstampfe und sage: „Sie sind so wütend, Frau N.‘, dann stutzt sie, hakt sich bei mir ein und beruhigt sich.“

Bei Kontaktreflexionen muss also die Ebene stimmen.

Kontaktförderndes Tun

Kontakt wird häufig dadurch hergestellt oder gefördert, dass die Pflegekraft mit dem verwirrten Menschen gemeinsam etwas tut, was für diesen Sinn macht.

Herr L. hat immer wieder Zeiten, in denen er sich auf den Boden kniet und auf allen Vieren kriechend den Teppichboden absucht. Er kann nicht sprechen. Der Pfleger kniet sich zu ihm und sucht mit. „Herr L., Sie suchen was?“ Herr L. blickt auf und krabbelt in Richtung des Pflegers, sie suchen gemeinsam den Teppich ab. Herr L. lächelt.

Frau S. spuckt Mitbewohnerinnen und Pflegekräfte häufig an. Die Pflegerin nähert sich langsam, behutsam und fragt: „Frau S., darf ich mich zu Ihnen setzen?“ Frau S. schaut auf, die Pflegerin lächelt sie an. Dann nimmt sie ihre Hand. Sie sitzen fünf Minuten, atmen miteinander im gleichen Rhythmus. Frau S. spuckt nicht mehr.

Diskussion, Forschungsperspektiven und Zusammenfassung

Die durchgeführte Studie hat qualitativ-beschreibenden und explorativen Charakter. Die Ergebnisse qualitativer Untersuchungen dieser Art erheben nicht den Anspruch auf statistische Relevanz. Der Wahrheitsbegriff qualitativer Forschung ist ein heuristischer. Dabei geht es um kommunikative und insbesondere um ökologische Validität, das heißt um die Frage, ob die Ergebnisse einer Untersuchung

auch unter den komplexen Interaktionsbedingungen der sozialen Alltagswelt Gültigkeit besitzen (Kvale, 1995, S. 428). Dies ließ sich im Projekt eindeutig bestätigen. Es kann aber nicht der Anspruch erhoben werden, mit dieser Studie eine Wirkungsmessung vorzulegen.

Es stellt sich die Frage, ob die kurze Übungszeit von fünf Tagen ausreicht, um diesen anspruchsvollen Ansatz zu vermitteln und die Pflegepraxis tatsächlich längerfristig zu verändern. Die Beobachtungen der Handlungen der Pflegekräfte lassen vermuten, dass dies tatsächlich in vielen Fällen gelungen ist. Wir nehmen an, dass dies insbesondere dann gelingt, wenn die Fachkräfte bereits vorher intuitiv ähnlich gehandelt haben. Das wird aus der Personzentrierten Psychotherapie (Tausch & Tausch, 1990; 1995) sowie aus der Mäeutik (Schindler, 2003) ebenfalls berichtet.

Darüber hinaus scheint die Möglichkeit zur Reflexion und Übung in einer kollegialen Unterstützungsgruppe wichtig zu sein. Außerdem geschah die Vermittlung des Ansatzes in dieser Studie im Kontext eines gerontopsychiatrischen Kurses von einjähriger Dauer (die TeilnehmerInnen, die extern den Prä-Therapie-Block besuchten, verfügten bereits über eine abgeschlossene gerontopsychiatrische Zusatzqualifikation).

Für die Tatsache, dass ein Teil der Pflegekräfte (etwa 30 Prozent) das Konzept nicht nutzen konnte, mögen unterschiedliche Gründe ausschlaggebend sein. Die Rückmeldungen lassen vermuten, dass hier vor allem drei Faktoren wichtig sind:

1. Wo eine zumindest wohlwollende Duldung durch KollegInnen und Vorgesetzte nicht vorhanden war, gelang die Implementierung des Konzepts nicht oder nur sehr eingeschränkt.
2. Problematisch war für einen Teil der Pflegekräfte die Erfahrung des Kontrasts zwischen dieser auf Zuwendung und Menschlichkeit basierenden Arbeit und dem Leistungs- wie Zeitdruck in ihrer Institution, die sie danach schmerzhafter erlebten.
3. Für einen kleinen Teil der Pflegekräfte schien das Konzept zu weit weg von eigenen Haltungen und Werten. Auch diese Beobachtung ist aus der personenzentrierten Weiterbildung bekannt: Es gibt Menschen, zu denen der Ansatz einfach nicht passt und die trotz intensiven Trainings nicht oder nur sehr begrenzt in der Lage sind, die personenzentrierten Grundhaltungen angemessen zu realisieren (Tausch & Tausch, 1990).

Eine interessante Frage wäre, ob sich der Ansatz auch für Angehörige, z. B. im Rahmen von Demenz-Wohngruppen, nutzen lässt.

Fazit

Die eingangs gestellte Frage, ob das Konzept der Prä-Therapie für die Altenpflege, insbesondere für den Umgang mit demenzten Menschen, hilfreich sein kann, lässt sich positiv beantworten. Insbesondere bei Menschen mit schwerer Demenz, die mit anderen Methoden nicht oder kaum erreichbar sind, scheint der Ansatz Erfolg

versprechend. Allerdings geht es im Pflegealltag nicht um Prä-„Therapie“, sondern um alltagsorientierte pflegerische Arbeit. Es kann auch nicht der Anspruch erhoben werden, dass die Pflegekräfte in der kurzen Zeit tatsächlich gelernt hätten, Prä-Therapie anzuwenden. Deshalb schlagen wir vor, nicht von der Anwendung von Prä-Therapie zu sprechen, sondern die Begriffe Achtsamkeitsbasierte Kontaktarbeit oder Mindfulness Based Contact Work zu benutzen, um alltagsorientiertes kontakt-förderndes Handeln in nicht-therapeutischen Kontexten auf der Grundlage einer personenzentrierten Grundhaltung der Akzeptanz (und im Rahmen eines prä-therapeutischen Konzepts) zu bezeichnen.

Durch Kontaktreflexionen gelingt es bei schwer gestörten BewohnerInnen, Anker in der Realität zu vermitteln, schrittweise

Beziehung zu ermöglichen, Inseln der Orientierung zu finden und durch das Ansprechen von Struktur und Ereignissen eine zeitliche Orientierung zu ermöglichen. Damit lässt sich eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität von schwer dementen Pflegebedürftigen erreichen. Relevant bei der Kontaktarbeit sind nicht einzelne Techniken; es ist vor allem die Haltung. Das Konzept ist anschlussfähig an andere aus der Pflegeaus- und -weiterbildung bekannte Ansätze. Insbesondere lassen sich Bezüge zur basalen Stimulation und zur Validation herstellen. Viel versprechend ist eine Prüfung der Verknüpfungsmöglichkeit mit dem Konzept des Dementia Care Mapping von Tom Kitwood (Morton, 1999/2002) und dem von Cora van der Kooij entwickelten Ansatz der Mäeutik (Van der Kooij, 2002; Schindler, 2003).

Literatur

- Bettelheim, B. (1983). *Die Geburt des Selbst*. München: Kindler (Original erschienen 1967: *The Empty Fortress; Infantile Autism and the Birth of the Self*. New York: Free Press).
- Binder, U. & Binder, J. (1992). Überlegungen zum störungsspezifischen Umgang im Bereich der psychosozialen Versorgung am Beispiel von Schizophrenen, Neurotischer Depression und passiv-aggressivem Verhalten. In U. Straumann (Hrsg.), *Beratung und Krisenintervention. Materialien zu theoretischem Wissen im interdisziplinären Bezug*. (S. 115–130). Köln: GwG-Verlag.
- Buber, M. (1984). *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Bundschuh-Müller, K. (2006). „Alles was es ist sagt die Liebe ...“ Achtsamkeit und Akzeptanz in der Personenzentrierten und Experientialen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 405–456). Tübingen: dgvt.
- Bundschuh-Müller, K. (2007). Von Angesicht zu Angesicht. Gesprächspsychotherapie als achtsamkeitsbasiertes personenzentriertes Verfahren. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 75–83.
- Deleu, C. (1992) Hören und Überhören. Über das Hören von Stimmen und andere Halluzinationen. *GwG-Zeitschrift* 23 (2), 10–13.
- Deter, D. & Straumann, U. (Hrsg.) (1990). *Personenzentriert Verstehen – Gesellschaftsbezogen Denken – Verantwortlich Handeln*. Köln: GwG-Verlag.
- Dörner, K. & Plog, U. et al. (2000). *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (2. Aufl. der Neuausgabe von 1996). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Flick, U. (1995). Triangulation. In U. Flick, E. Kardorff, et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (S. 432–435). Weinheim: Beltz.
- Fröhlich-Gildhoff, K. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Ursachen, Erscheinungsformen und Antworten*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gendlin, E. T. (1985). *Focusing. Technik der Selbsthilfe bei der Lösung persönlicher Probleme*. Salzburg: Otto Müller (Original erschienen 1978: *Focusing*. New York: Bantam Books).
- Gendlin, E. T. (1998): *Focusing-orientierte Psychotherapie. Ein Handbuch der erlebensbezogenen Methode*. München: J. Pfeiffer bei Klett Cotta (Original erschienen 1996: *Focusing-oriented Psychotherapy*. New York: Guilford).
- Ground, E. (1996). *Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander*. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- Jaspers, K. (1994). *Philosophie*. 3 Bände. München: Piper.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Achtsamkeitsbasierte Interventionen im Kontext: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch* (S. 103–140). Tübingen: dgvt.
- Kern, P. & Wittig, H.-G. (1985). *Notwendige Bildung. Studien zur Pädagogischen Anthropologie*. Bern, Frankfurt/M: Peter Lang.
- Knoche, M. (2007). Im Einklang mit sich selbst. Personenzentrierte Beratung und Achtsamkeit. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 85–91.
- Kvale, S. (1995). Validierung: von der Beobachtung zu Kommunikation und Handeln. In U. Flick, E. Kardorff et al. (Hrsg.), *Handbuch qualitative Sozialforschung* (2. Aufl.). (S. 427–431). Weinheim: Beltz.
- Morton, I. (2002). *Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz*. Stuttgart: Klett Cotta (Original erschienen 1999: *Person-Centered Approaches to Dementia Care*. Bicester-Oxon: Winslow).
- Pörtner, M. (1996). *Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.

- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders. Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G. (1994). *Theoretical Evolutions in person-centered/experiential Therapy: Applications to schizophrenic and retarded Psychoses*. London: Praeger.
- Prouty, G. (1998). Die Grundlagen der Prä-Therapie. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde (1998). *Prä-Therapie* (S. 17–86). Stuttgart: Klett Cotta.
- Prouty, G., Pörtner, M. & van Werde, D. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Reisch, E. (2007). Achtsamkeit – ein Tor zur Erkenntnis. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 38, 69–74.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1992). Carl Rogers im Gespräch mit Martin Buber. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Bd. 3. Köln: GwG-Verlag.
- Schindler U. (2003). *Die Pflege demenziell Erkrankter neu erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Hannover: Vincentz.
- Strauss A. L. (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: Wilhelm Fink.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1990). *Gesprächspsychotherapie. Einfühlsame, hilfreiche Gruppen- und Einzelgespräche in Psychotherapie und alltäglichem Leben*. Göttingen: Hogrefe.
- Tausch, R. & Tausch, A. (1995). *Wege zu uns und anderen*. Reinbek: Rowohlt
- van der Kooij, C. (2002). *Mäeutik und integrierte, erlebensorientierte Pflege*. Reader des Instituts für mäeutische Entwicklung in der Pflegepraxis. (0.0.).
- van Werde, D. (1990). Die Wiederherstellung des psychologischen Kontakts bei akuter Psychose: Eine Anwendung von G. Prouty's „Pre-Therapy“. *GwG-Zeitschrift* 78 (1), 42–45.
- van Werde, D. (1998). Prä-Therapie im Alltag einer psychiatrischen Station. In G. Prouty, M. Pörtner & D. van Werde, *Prä-Therapie* (S.87–160). Stuttgart: Klett Cotta.
- Wittrahm, A. (1990). Lebensqualität durch Beziehungsqualität. Personenzentrierte Perspektiven für die Diskussion um eine menschengerechte Altenpflege. In M. Behr, U. Esser et al. (Hrsg.), *Jahrbuch für personenzentrierte Psychotherapie*, Bd. 1 (S. 159–179). Salzburg: Otto Müller.

Autor:

Ulrich Pfeifer-Schaupp, Prof. Dr., Professor für Sozialarbeitswissenschaft, Arbeitsschwerpunkt Klinische Sozialarbeit (Sozialpsychiatrie, Beratungsmethoden); Systemischer Therapeut und Supervisor (DGSF), Leiter des Freiburger Instituts für systemische Therapie und Beratung.

Korrespondenzadresse:

*Dr. Ulrich Pfeifer-Schaupp
Ev. Hochschule Freiburg
D-79114 Freiburg, Bugginger Str. 38
E-Mail: pfeifer-schaupp@eh-freiburg.de*

Penny Dodds

Prä-Therapie in der Demenzpflege

Zusammenfassung: *Im Rahmen einer britischen Studie wurde abgeklärt, inwieweit Prä-Therapie in der Demenzpflege anwendbar ist und welche Voraussetzungen dabei besonders berücksichtigt werden müssen. Bei Personen, die sich in einem prä-expressiven Zustand befanden, gewann die Kontaktreflexion des nonverbalen Verhaltens an Bedeutung. Im verbalen Bereich war der vermehrte Gebrauch von unbestimmten Pronomen relevant. Es wurden persönliche und soziale Faktoren eruiert, welche die Kontaktarbeit erschwerten oder behinderten.*

Schlüsselwörter: *Demenzpflege, Prä-Therapie, Kontaktarbeit, Kontaktreflexion, nonverbales Verhalten*

Abstract: Pre-therapy in dementia care. *A British study clarifies the extent to which pre-therapy is applicable in dementia care and which prerequisites must be given special consideration. In persons in a pre-expressive state, contact reflection of non-verbal behavior is of greater importance. With regard to verbal skills, the increased use of indefinite articles is relevant. Personal and social factors which adversely affect establishment of contact were also determined*

Key words: *dementia care, pre-therapy, establishing contact, contact reflection, non-verbal behavior*

In stationären Pflegeeinrichtungen gehören Körperpflege und pflegerische Aufgaben zu den Alltagspflichten der Mitarbeitenden. Schwer demenzkranke Menschen brauchen Hilfe bei grundlegenden täglichen Verrichtungen wie Waschen, Anziehen und Essen. Für eine einfühlsame Pflege von Menschen mit Demenz scheint sich die *Prä-Therapie* zu eignen (Van Werde & Morton, 1999).

Zu den zentralen Konzepten der Prä-Therapie gehört die *Kontaktarbeit* (Prouty, 1998). Dieses Konzept bezeichnet den Gebrauch von Kontaktwiedergaben bzw. *Kontaktreflexionen*. Hierzu gehören Reflexionen der Körperhaltung, des Gesichtsausdrucks, der Situation und der Wörter bei Personen, die nicht in Kontakt sind mit ihrem Erleben, ihren Gefühlen, ihrem Umfeld und die sich anderen Menschen nicht auf verständliche Weise mitteilen können. Diese Personen befinden sich in einem vorsprachlichen Zustand, der auch als *kontaktloser oder prä-expressiver Zustand* bezeichnet wird. Auf Seiten der Betreuungsperson erfordert dieser Zustand ein semiotisches Verstehen.

Die Kontaktreflexionen der Betreuungsperson beziehen sich auf das unmittelbare Erleben bzw. auf bildhafte Äußerungen desselben. Zum Beispiel gibt die Betreuungsperson den Gesichtsausdruck wieder oder wiederholt Körperbewegungen und Gesten. Mit Hilfe der Kontaktreflexionen werden *Kontaktfunktionen* angeregt. Dadurch entstehen Verhaltensweisen mit Realitätskontakt, affektivem Kontakt und kommunikativem Kontakt. Es wird also angenommen, dass durch Prä-Therapie reale, affektive und kommunikative Kontakte zunehmen. Personen kommen aus dem prä-expressiven Zustand

heraus, sie beginnen Kontakt aufzunehmen und sich auszudrücken (expressiver Zustand).

In Großbritannien ist die prä-therapeutische Kontaktarbeit in der Pflege und Betreuung von schwer demenzkranken Menschen relativ neu. Die Arbeit von Morton und Van Werde (1999) gab den Anstoß zu einer Studie im Rahmen einer *Dissertation* (Dodds, 2008), die hier in Form einer Zusammenfassung referiert wird. Mit ihr sollte die Anwendung von Kontaktarbeit im Bereich der Demenzpflege in Großbritannien erstmals systematisch untersucht werden.

Fragestellung

Proutys Methode der Prä-Therapie (Prouty et al., 2002) wurde mit unterschiedlichen Klientengruppen und verschiedenen Settings in Verbindung gebracht. Es stellte sich die Frage, ob Kontaktarbeit tatsächlich einen Beitrag zur Demenzpflege leisten kann. Die Fragestellung der Untersuchung lautete:

Was geschieht, wenn Pflegepersonen lernen, mit Kontaktreflexionen zu arbeiten und diese bei demenzkranken Menschen anzuwenden?

Mit der qualitativen Studie wurden zwei Anliegen verfolgt: Zum einen herauszufinden, was verbale und nonverbale Kontaktarbeit bei Menschen in fortgeschrittenen Stadien der Demenz bewirkt; ob sie – wie das bei anderen Klientengruppen der Fall war – beim Pflegepersonal eine stärkere emotionale Beteiligung auslöst und zu

mehr Kommunikation führt. Zum anderen sollten die Erfahrungen festgehalten werden, die das Personal beim Erlernen der Kontaktarbeit macht: Welche Probleme und Hindernisse zeigen sich bei ersten Versuchen der Umsetzung in die Praxis?

Vorgehen

Die Studie wurde nach der *Action Research Method* durchgeführt. Entscheidend bei diesem Ansatz ist, dass die Einführung von Veränderungen oder Innovationen mit den Mitarbeitenden *gemeinsam erarbeitet* und parallel dazu eine *Befragung* durchgeführt wird. Die Vorgehensweise ist *prozessorientiert*. Es geht darum, Veränderungen einzuführen und zugleich den Veränderungsprozess selbst zu erforschen. Der Schwerpunkt liegt auf „learning by doing“ (Mc Niff & Whitehead, 2006).

Die Daten wurden mit Hilfe von *Videoaufnahmen* erhoben. Dies erforderte Aufnahmen von Teamsitzungen, in denen die Pflegepersonen in Prä-Therapie unterwiesen werden; von Interaktionen mit demenzkranken Menschen, in denen Kontaktreflexionen verwendet werden; von Gesprächen mit dem Team über die Erfahrungen mit Kontaktarbeit.

Die Auswertung der Daten erfolgte mittels einer fortlaufender Vergleichsanalyse sowie mit der sog. Dimensional Analysis (Schatzman, 1991).

Die *Dimensional Analysis* stellt einen Ansatz dar, Daten unter Verwendung eines analytischen Rahmens strukturiert zu betrachten. Auf diese Weise kann detailliert beschrieben werden, wie die Daten analysiert wurden. Dabei werden zwei Konzepte verwendet: „Natural Analysis“ und „Dimensionen“. Für Schatzman ist die Natural Analysis der kognitive Prozess, der dazu eingesetzt wird, die Welt zu interpretieren und zu verstehen. Dimensionen werden eingesetzt, um die Eigenschaften, den Kontext und die Bedeutung von Phänomenen zu erfassen. Dadurch wird eine systematische, multi-dimensionale Datenanalyse möglich, so dass sich zentrale Dimensionen bzw. theoretische Perspektiven entwickeln (Kools et al., 1996).

Da Videoaufnahmen von demenzkranken Menschen gemacht wurden, musste aus ethischen Gründen ein sogenanntes *Framework of assent and consent* geschaffen werden – entsprechend den in Großbritannien geltenden Durchführungsbestimmungen für wissenschaftliche Forschung mit Menschen, die ihr Einverständnis für die Teilnahme an der Forschung nicht selbst geben können (Department of Health, 2001).

Mit dem Begriff „assent“ ist gemeint, dass eine Drittperson befugt ist, diese Zustimmung für jemanden zu erteilen, der selbst dazu nicht (mehr) in der Lage ist. Überdies wurden Bereitswilligkeit und Wohlbefinden der beteiligten Personen während der Videoaufnahmen ständig überprüft. Sobald sich jemand mit der Kamera unwohl fühlte, wurde die Kamera ausgeschaltet.

Die Untersuchung erstreckte sich über 18 Monate und umfasste elf Mitarbeitende aus drei verschiedenen Pflegeabteilungen. Drei von ihnen waren ausgebildete Pflegefachkräfte, die anderen acht Pflegehilfen hatten keine spezielle Ausbildung absolviert. In allen drei Abteilungen erfolgte stationäre Pflege für Menschen in fortgeschrittenem Stadium der Demenz.

Ergebnisse

Aus der Untersuchung ging hervor, dass Kontaktreflexionen wiederholt dazu führten, dass demenzkranke Personen sich vermehrt ausdrücken konnten. Die Pflegepersonen stellten verschiedentlich fest, dass sie ihre praktischen Aufgaben leichter erfüllen konnten und die Klienten weniger Widerstand leisteten, wenn sie mit Kontaktreflexionen arbeiteten.

Dass Kontaktreflexionen demente Personen expressiver machen, wurde u. a. an folgendem Beispiel deutlich: Die Reflexionen eines Mitarbeiters führten zu Augenkontakt und auch dazu, dass die demente Person auf ihre Umgebung reagierte. Doch war dies nicht immer der Fall. Manchmal reagierten die Personen nicht, oder der Mitarbeiter konnte wegen anderer Aufgaben die Kontaktarbeit nicht fortsetzen. Jedoch waren die Mitarbeiter generell der Meinung, dass – im Vergleich zu den üblichen Reaktionen – die Reaktion der demenzen Person auf Kontaktarbeit größer wurde.

Als charakteristisch für Kontaktarbeit mit Demenzkranken erwies sich der *vermehrte Gebrauch von unbestimmten Pronomen*. Im Allgemeinen wird in der Prä-Therapie Wert darauf gelegt, konkret zu reflektieren, d. h. Wörter, Situationen oder Handlungen möglichst genau wiederzugeben. Demenzkranke Menschen leben aber zuweilen in einer Welt, in der das, was sie mit ihrem inneren Auge sehen, nicht das ist, was andere sehen. Mit einer konkreten Reflexion lenken Betreuende also eine Person möglicherweise von ihrer subjektiven Realität ab, anstatt ihr dort zu begegnen. Zum Beispiel kann jemand ein Hemd festhalten, aber meinen, es sei ein Putzlappen oder ein Babyjäckchen. Es zeigte sich, dass der Gebrauch von unbestimmten Pronomen („Sie halten es“) Menschen oft besser helfen kann, zum Ausdruck zu bringen, wie sie die Welt erleben, als eine konkrete realitätsbezogene Reflexion („Sie halten das Hemd“).

Da die Ausdrucksfähigkeit durch demenzielle Prozesse, welche die verbale Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen, erschwert ist, stellte sich die Frage, ob die *nonverbale Kommunikation* an Bedeutung gewinnt. Aus der vorliegenden Untersuchung ging auch hervor, dass nonverbale Reflexionen in der Demenzpflege besonders relevant sind.

Das folgende Beispiel zeigt, wie eine demenzkranke Person sich nach und nach besser ausdrücken und mit der Betreuerin und dem Umfeld Kontakt aufnehmen konnte. Das geschah vorwiegend durch die Verwendung *nonverbaler Kontaktreflexionen*. Die Abkürzungen

bezeichnen die *Art der Reflexion* (KR: Reflexion der Körperhaltung, SR: Situationsreflexion, GR: Reflexion des Gesichtsausdrucks, WWR: Wort-für-Wort-Reflexion, WR: wiederaufgreifende Reflexion).

Betreuerin: „Wir gehen.“ (KR)
(Sie reflektiert das Gehen)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Da ist das Geländer.“ (SR)
(Die Betreuerin greift über ihn hinweg zum Geländer. Das könnte zu dringlich erscheinen; da aber das Sprachverständnis bei Menschen mit Demenz erheblich beeinträchtigt sein kann, müssen ihnen vermehrt visuelle und nonverbale Hinweise gegeben werden.)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Wir gehen, Ihre Hände an Ihrer Seite, das Geländer.“ (SR, KR, SR)
(Die verbalen Reflexionen werden nonverbal verdeutlicht.)

Bewohner: (keine Reaktion)
(Geht weiter, kein Augenkontakt, keine Veränderung im Verhalten.)

Betreuerin: „Da ist die Wand.“ (SR)
(Sie berührt die Wand, dazu muss sie so über ihn hinweggreifen, dass ihre Hand in sein Gesichtsfeld rückt.)

Bewohner: (Schaut auf die Hand der Betreuerin – Hinweis auf Kontakt.)

Betreuerin: „Da, Sie schauen auf meine Hand an der Wand.“ (SR, WR)

Bewohner: (Geht weiter – Kontakt ist abgebrochen.)

Betreuerin: „Wir gehen, Sie schauen zu Boden.“ (SR, GR)

Bewohner: (Berührt die Wand.)

Betreuerin: „Da ist ein Bild.“ (SR)
(Sie berührt die Ecke des Bilderrahmens.)

Bewohner: (Berührt den Rahmen – dass er sich mit dem Bild beschäftigt, ist ein Hinweis auf Realitätskontakt.)

Betreuerin: „Ihre Hand berührt den Rahmen.“ (SR)

Bewohner: (Blickt zum Bild, dann zur Betreuerin – Realitätskontakt mit dem Bild, kommunikativer Kontakt mit der Betreuerin.)

Betreuerin: „Sie schauen mich an und das Bild.“ (GR, SR)

Bewohner: „Grrrrrrrrrr.“
(Er berührt das Bild – es stellt einen Tiger dar –, schaut dann die Betreuerin an, knurrt und lächelt.)

Oft waren die Kontakte kürzer und flüchtiger. Ein Betreuer beschrieb, wie das einfache Wiedergeben von Körperbewegung und Gesichtsausdruck einen intensiven und nachhaltigen Augenkontakt auslöste, der den Kern eines zwischenmenschlichen Kontaktes bilden könnte:

„Er sah mich an und begann zu lächeln. Er spricht nicht viel. Als er lächelte, lächelte ich auch (GR). Ich sah ihm direkt in die Augen und sagte: ‚Hallo. Wie geht es Ihnen?‘ Das passiert nicht sehr häufig. Ich konnte nie mit ihm ins Gespräch kommen. Es war einfach nur das, verstehen Sie, er hat in diesem Moment realisiert, dass wir einander in die Augen sahen, und wir lächelten beide.“

Kontaktarbeit führte bei Menschen mit Demenz häufig unverzüglich zu emotionalem Kontakt. Zuweilen konfrontierten die Klienten ihre Bezugspersonen mit starken Emotionen. Beispielsweise bewirkte ein Betreuer mit Hilfe von Kontaktreflexionen, dass ein Bewohner – bruchstückhaft – davon sprechen konnte, wie er im Krieg kleine Kinder getötet hatte. Eine andere Bewohnerin rief nach ihrer Mutter, die vor vielen Jahren gestorben war. Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Begegnung mit einer Person mit starken Emotionen wie folgt:

„Sie sagte ‚Mum‘. Ich sagte ‚Mum‘ (WWR). Als das eine Weile so weiterging, fühlte ich mich immer mehr wie ihre Mutter. Es kam mir vor, als sei ich ganz in ihrer Welt, ja, als sei ich in ihr selber. Ich hatte das Gefühl, wir seien uns begegnet, weil ich in ihrer Welt war. Es gab in diesem Moment keine andere Welt. Ich fühlte, was sie fühlte, ihre Trauer ... und es war ein unglaubliches Privileg, dass ich mich in ihre Welt hineinbegeben und ihre Trauer fühlen konnte. Es war einfach nur unglaublich und ich war überwältigt. Ich ging da einfach hinein, und das ist, als würde man von einem anderen Menschen völlig überschwemmt.“

Für die Betreuenden war es aber nicht immer leicht, mit so intensiven Gefühlen zurechtzukommen. Das war vor allem dann der Fall, wenn sie bei ihnen *Hilflosigkeit* und *Hoffnungslosigkeit* auslösten. Sie hatten Angst davor, „eine Büchse voller Würmer aufzumachen“ oder Reaktionen hervorzurufen, denen sie im Rahmen des Stationsalltags nicht gewachsen waren.

Probleme bei der Kontaktarbeit

Die Studie förderte einige Faktoren zu Tage, welche die Kontaktarbeit erschwerten oder die Mitarbeitenden gar daran hinderten, Kontaktreflexionen anzuwenden.

So befürchteten die Pflegepersonen, *nicht genügend Zeit* zu haben, um sich einzelnen Klienten zu widmen. Sie scheuten sich, mit demenzkranken Menschen emotionale Gespräche in Gang zu bringen, denen sie dann doch nicht genügend Aufmerksamkeit schenken konnten. Meistens müssen Pflegepersonen eine ganze

Gruppe von Klienten betreuen, da bleibt ihnen kaum Zeit für Einzelgespräche.

In der Regel fühlten sich die Mitarbeitenden wohl, wenn die Kontaktarbeit zu positiven Gefühlen oder zu emotionaler Beteiligung geführt hatte, denn dann hatten sie das Gefühl, ihrem Gegenüber auf der Ebene seines Erlebens begegnet zu sein. Kontaktarbeit ist eine Hilfe, um sich Menschen mit Demenz zu nähern. Wenn starke, mitunter negative Emotionen ins Spiel kamen, konnte diese Nähe Pflegepersonen aber auch überfordern.

Im Lernprozess wurde deutlich, wie sehr Kontaktarbeit von der üblichen Kommunikationsweise des Pflegepersonals abweicht. Kontaktreflexionen erfordern, dass die Pflegepersonen die Welt des Klienten wahrnehmen und darauf eingehen. Das steht häufig im Widerspruch zu den gewohnten Kommunikationsformen, die von den Bedürfnissen der Pflegepersonen ausgehen.

Einzelne an der Studie beteiligten Pflegekräfte sagten aus, sie würden sich „unwohl“ fühlen, weil sie die Kontaktreflexionen als unnatürlich empfänden. Andere Pflegepersonen empfanden manchmal die Kontaktreflexionen zunächst auch als zu simpel, doch sobald sie anfangen, damit zu arbeiten, merkten sie, dass es schwieriger war, als sie geglaubt hatten. Es bedarf demnach einer längeren Zeit des Lernens und Anwendens der Kontaktreflexionen, bis das Pflegepersonal so damit umgehen kann, dass es sich dabei wohl fühlt.

Beispielsweise befürchteten einige Pflegekräfte, dass die Reflexionen als *Nachäffen* des Klienten empfunden werden könnten. Sie fühlten sich gehemmt, denn sie wollten nicht den Anschein erwecken, respektlos zu sein oder sich über die Klienten lustig zu machen. Diese Hemmung scheint mit internen Verhaltensregeln zusammenzuhängen, die festschreiben, wie Kommunikation stattfinden soll. Fragwürdig an dieser Gesprächsregelung ist, dass sie von der Annahme ausgeht, beide Seiten seien gleichermaßen in der Lage, sich auszudrücken. Dass Kontaktreflexionen diese Verhaltensregeln durchbrechen, löste aber beim Pflegepersonal manchmal Unbehagen und Widerwillen aus. Wenn Pflegepersonen nicht wirklich verstehen, wie Kontaktreflexionen *empathisch* angewendet werden, kann bei ihnen leicht das Gefühl aufkommen, es sei nicht respektvoll, andere Menschen einfach zu spiegeln.

Manchmal fanden es die Teilnehmenden schwierig zu beurteilen, ob eine Person mit Demenz sich in einem expressiven oder in einem prä-expressiven Zustand befand oder ob sie zwischen dem einen und dem anderen hin- und herschwankte. Das wurde zusätzlich erschwert durch organische Auswirkungen der Demenz. Patienten können oft sehr bewusst wahrnehmen, was sie fühlen und wie sie ihre Situation erleben, aber sie können es aufgrund von kognitiven und sprachlichen Beeinträchtigungen nicht zum Ausdruck bringen. Die Gefahr besteht, dass sie fälschlicherweise als prä-expressiv eingestuft werden und Kommunikationsversuche auf dieser Ebene dann zwangsläufig scheitern. Eine Mitarbeiterin beschrieb dies so:

„Ich habe gespiegelt und wiederholt, was er (der Patient) tat. Er wurde sehr ärgerlich und lief weg. Und eine andere Dame, die nicht sprechen kann, die ist auch sehr wütend geworden und hat mich sogar geschlagen.“

Schlussfolgerungen

Es war nicht das Ziel dieser Untersuchung, eine quantitative Analyse des Kontaktumfangs aus der Prä-Therapie durchzuführen. Das Ziel der Studie war lediglich, einen ersten Eindruck über die Einführung von Kontaktarbeit in der Demenzpflege zu gewinnen. Weitere Forschungsarbeit ist erforderlich, um die Frequenz der Reaktion auf Kontaktreflexionen zu quantifizieren.

Insgesamt hat die Studie ergeben, dass die Einführung von Kontaktarbeit sinnvoll, aber keineswegs einfach ist. Es kamen einige Faktoren zum Vorschein, welche die Arbeit mit Kontaktreflexionen erschwerten oder behinderten. Die Pflegepersonen fühlten sich durch die Rahmenbedingungen ihres Arbeitsumfeldes (z. B. durch Zeitdruck) in der Anwendung der Kontaktreflexionen behindert. Auch hatten sie Hemmungen, vor anderen Mitarbeitenden prä-therapeutisch zu arbeiten. Zum Teil kam dies von der Befürchtung, sie könnten dabei beobachtet werden, etwas zu tun, das merkwürdig erscheint, nicht funktionieren oder den demenzkranken Menschen aufregen würde.

Dieses Ergebnis der Studie zeigt, wie wichtig es ist, alle Beteiligten so einzubeziehen, dass sämtliche Mitarbeitenden und auch die Angehörigen wissen, worum es bei der Kontaktarbeit geht und weshalb sie angewendet wird. Bei der Einführung von Prä-Therapie ist es deshalb auch notwendig, sich über das Arbeitsumfeld und dessen Auswirkungen auf das Verhalten des Personals Gedanken zu machen. Kontaktarbeit stellt herkömmliche Kommunikationsformen in Frage und erfordert, dass sich Pflegepersonen auf die Welt des demenzkranken Menschen einlassen. Das ist nicht allen Pflegekräften angenehm. Manche fühlen sich wohler in einer Rolle, die ihnen nicht abverlangt, sich mit der Gefühlswelt demenzkranker Menschen zu befassen. Auch ist es manchen Pflegepersonen unangenehm, Einblick in diese Welt zu nehmen. Wenn in der Demenzpflege Kontaktarbeit eingeführt werden soll, muss gewährleistet sein, dass die Mitarbeitenden die nötige Unterstützung erhalten, um – wenn intensive Gefühle aufbrechen – der Situation gewachsen zu sein.

Nun stellt sich die Frage, ob Pflegepersonen überhaupt in der Lage sind, starke Emotionen auszuhalten, mit denen die Klienten sie zuweilen konfrontieren. Eine Voraussetzung für weitergehende Kontaktarbeit mit älteren und verwirrten Menschen scheint darin zu bestehen, dass das Pflegepersonal vermehrt mit den Grundlagen der personenzentrierten Arbeitsweise vertraut gemacht wird.

Die Mitarbeitenden können Kontaktarbeit lernen und anwenden, und der vorliegende Ansatz vermag ihnen zu einem besseren

Zugang zu den demenzkranken Personen zu verhelfen. Durch vermehrten Gebrauch nonverbaler Reflexionen und unbestimmter Pronomen wird es Pflegepersonen möglich, eine stärkere emotionale Beziehung zu den Patienten aufzubauen, was ihnen hilft, die Person in ihnen zu sehen.

Kontaktarbeit hat in der Demenzpflege viel zu bieten. Die Reflexionen wurden von den Mitarbeitenden gut begriffen, und obwohl deren Anwendung schwieriger war, als es auf den ersten Blick ange-

nommen werden konnte, stellten sie für das Personal eine konkrete, greifbare Hilfe dar, um sich in der Kommunikation mit ihren Klienten besser in deren subjektives Erleben einzufühlen. Kontaktarbeit ergänzt bestehende Pflegeansätze und eine qualifizierte Pflegeperson sollte sie in ihre bereits vorhandenen Kommunikationsfähigkeiten einbinden können.

Übersetzung aus dem Englischen von Marlis Pörtner

Literatur

- Department of Health (2001). *Seeking Consent: Working with Older People*. London: Department of Health.
- Dodds, P. (2008b). Pre-Therapy and Dementia: an action research project. *PhD Thesis*. University of Brighton, UK.
- Kools, S. et al. 1996. Dimensional Analysis: broadening the conception of grounded theory. *Qualitative Health Research*. 6 (3): 312-330.
- McNiff, J. & J. Whitehead (2006). *All you need to know about Action Research*. London: SAGE.
- Prouty, G., Van Werde, D. & Pörtner, M. (1998). *Prä-Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schatzman, L. (1991). Dimensional Analysis: Notes on an alternative approach to the grounding of theory in qualitative research. In D. R. Maines (Ed.). *Social Organisation and Social Process*. New York: Aldine De Gruyter.
- Van Werde, D. & Morton, I. (1999). The Relevance of Prouty's Pre-Therapy to Dementia Care. In I. Morton (Ed.). *Person-Centred Approaches to Dementia Care* (S. 139-166). Bicester: Winslow Press.

Autorin:

Penny Dodds, Lecturer and Nurse Specialist Practitioner in Older Persons Mental Health. Member of the International Pre-Therapy Network. Co-ordinator of the South East UK. Regional Pre-Therapy Interest Group (Lehrbeauftragte und Fachschwester für die geistige Gesundheit von Senioren. Mitglied des internationalen Prä-Therapie-Netzwerks. Koordinatorin der Prä-Therapie-Interessengruppe der britischen Region Südost).

Korrespondenzadresse:

*Penny Dodds
School of Nursing
Westlain House
University of Brighton
Falmer
East Sussex
UK - BN1 9PH
P.Dodds@brighton.ac.uk*

Maria Langfeldt-Nagel

Personzentrierte Gesprächsführung in der Ausbildung der Altenpflege

Zusammenfassung: *Psychologen arbeiten nicht nur unmittelbar mit alten Menschen, sie haben durch ihre Beteiligung an der Ausbildung von Altenpflegern und Altenpflegerinnen sowie als Supervisoren auch einen indirekten Einfluss. Durch Unterricht und Supervision sollen die Kompetenzen der Pflegenden so erweitert werden, dass das Wohlbefinden der betreuten alten Menschen gefördert und ihre Selbstbestimmung geachtet wird. Befragungen in verschiedenen Einrichtungen der Altenpflege ergeben jedoch, dass diese Ziele eher nicht erreicht werden. Altenpflegerinnen wiederum leiden darunter, dass ihre Bemühungen um die alten Menschen so wenig bewirken. Die Personzentrierte Gesprächsführung kann in vielen Situationen des Altenpflegealltags hilfreich sein, die betreuten alten Menschen emotional zu unterstützen und ihre Selbstbestimmung zu achten. Gleichzeitig entlastet sie auch die Pflegenden und trägt zu deren Berufszufriedenheit bei.*

Schlüsselbegriffe: *Altenpflege, Altenpflegeausbildung, Einfühlerndes Verstehen, Gesprächsanalyse, Personzentrierte Gesprächsführung, Selbstbestimmung*

Abstract: Person-centered conversations in the professional formation in nursing of elderly people. *As well as working face-to-face with elderly people, psychologists may also be indirectly involved with the elderly as supervisors and providers of training to geriatric nurses. Vocational training and supervision programs are designed to enable geriatric nurses to develop their overall competence in increasing elderly patients' well-being and respecting their right to self-direction. However, according to surveys in various types of residential homes, these aims are rarely achieved. As a result, nurses themselves tend to be frustrated when their care efforts fail to take effect. It was found that person-centered communication can be helpful in many everyday care situations with elderly people, by supporting them emotionally and respecting their right to self-direction. At the same time, it can alleviate the burden of caregiving and increase nurses job satisfaction.*

Key words: *geriatric care, vocational training for geriatric nurses, empathy, interpersonal communication analysis, person-centered communication, self-direction*

Kommunikation in der Altenpflege

Alte Menschen in Einrichtungen der Altenpflege

Die Medien zeichnen häufig ein sehr negatives Bild von Einrichtungen der Altenpflege. So wird beispielsweise immer wieder davon berichtet, dass alte Menschen in Heimen verwaarloosen. Ist das die Regel?

Um diese Frage zu klären, werden Untersuchungen herangezogen, in deren Rahmen Bewohner von Altenheimen gefragt wurden, was sie als Belastung erleben, welche Wünsche sie an die Pflege haben oder wie gute Pflege aussehen sollte (Brandenburg 1994, Garms-Homolowa 1998, Häussler-Sczegan 1998, Kruse & Schmitt 1999, Schwerdt 2002, Sonntag u. a. 2003, Wahl & Reichert 1994).

Die befragten alten Menschen beklagten, dass sich die Altenpflegerinnen¹ nicht für ihre individuellen Bedürfnisse interessieren, sie erlebten sich mehr als Objekte der Pflege denn als akzep-

tierte Partner. Nach Wünschen gefragt, machte ein großer Teil der Teilnehmer keine Angabe: „Das würde auch nichts ändern.“ Sie hatten aufgegeben, sich auch nur vorzustellen, was sie gerne hätten. Wenn Wünsche geäußert wurden, ging es um individuelle Zuwendung. Die befragten alten Menschen wünschten sich mehr Kontakte zu den Pflegenden, sie wünschten sich, geachtet und ernst genommen zu werden, sie wünschten sich auch mehr Entscheidungsfreiheit und Mitspracherecht (Sonntag u. a. 2003, Wagner u. a. 1996, Winter 1997). Neu aufgenommene Bewohner lebten sich dann gut ein und waren zufrieden, wenn sie Zuwendung von den Pflegenden bekamen, wenn sie emotional unterstützt wurden und wenn Selbstbestimmung möglich war (Klingensfeld 1999).

¹ Der Lesbarkeit willen wird auf die Nennung „Altenpfleger und Altenpflegerinnen“ verzichtet. Da in der Altenpflege überwiegend Frauen arbeiten, wird von „Altenpflegerinnen“ die Rede sein, die Altenpfleger sind mitgemeint. Im Gegenzug wird ansonsten die männliche Form gewählt und die Frauen sind jeweils mitgemeint.

Die alltägliche Kommunikation

Was kann getan werden, damit sich alte Menschen in Einrichtungen besser betreut fühlen? Die Altenpflegerinnen, die den ganzen Tag um sie herum sind, stellen wichtige Bezugspersonen dar. Im vorliegenden Beitrag soll gezeigt werden, wie Personenzentrierte Gesprächsführung helfen kann, die Pflege für die betreuten Menschen wie auch für die Altenpflegerinnen zufriedenstellend zu gestalten. Es handelt sich hier nicht um (Prä-)Therapie oder Beratung im engeren Sinne. Es geht um die ganz alltägliche Kommunikation der Altenpflegerinnen mit den betreuten alten Menschen und deren Angehörigen.

Altenpflegerinnen müssen in sehr unterschiedlichen Situationen mit den betreuten Menschen reden: Sie kündigen alltägliche Verrichtungen wie Körperpflege an und begleiten sie mit Worten; sie informieren und beraten; sie helfen alten Menschen, sich in einer Einrichtung der Altenpflege einzuleben; sie reagieren auf Widerstände; sie stehen in Krisen bei; sie begleiten Sterbende; sie versuchen, alte Menschen mit Demenz zu verstehen und mit depressiven alten Menschen umzugehen; sie informieren, beraten und unterstützen Angehörige. Sie nehmen Anteil am Leben der betreuten Menschen, manchmal sind sie auch die Einzigen, die regelmäßigen Kontakt halten.

In der Altenpflege Gespräche zu führen heißt weniger, dass man sich in einen ruhigen Raum zu einer Beratung zurückzieht. Das dürfte eher die Ausnahme darstellen. Altenpflegerinnen müssen ständig und in unpassenden Momenten reagieren. So werden Fragen wie beispielsweise „Warum lässt der liebe Gott mich so leiden?“ während der Körperpflege gestellt, wenn andere noch versorgt werden sollen. Es wird nicht auf eine ruhige Stunde gewartet, um über Einsamkeit zu klagen.

Psychologen können die Altenpflegerinnen in der Ausbildung auf ihre Aufgaben vorbereiten und sie im Rahmen von Fortbildung sowie als Supervisoren unterstützen. Zur Ausbildung in der Altenpflege gehört in Deutschland Unterricht in Psychologie und Gesprächsführung. Viele Einrichtungen bieten ihren Mitarbeiterinnen Supervision in Form von Teamsupervision an.

Der Schwerpunkt der Ausbildung sollte auf der alltäglichen Kommunikation liegen, auf den Möglichkeiten, auch unter Zeitdruck und in ungünstigen Momenten einfühlsam zu reagieren und den betreuten Menschen Wertschätzung zu vermitteln.

Ziele in der Altenpflege

Formulieren von Zielen

Eine bewusste Gestaltung der Altenpflege setzt voraus, die Ziele zu klären, die das Handeln im Alltag leiten (Langfeldt-Nagel 2006). Ziele sind festzulegen und zu konkretisieren. Wenn zwei angestrebte

Ziele im Widerspruch zueinander stehen, muss begründet entschieden werden, welches Vorrang haben soll. Wie dies geschehen kann, soll an zwei zentralen Zielen gezeigt werden:

- *Wohlbefinden fördern*
- *Selbstbestimmung achten*

So formuliert sind diese Ziele sehr allgemein. Sie müssen für den Alltag spezifiziert werden, damit abgeleitet werden kann, was es für eine konkrete Person in einer konkreten Situation zu erreichen gilt. Oft ist es sinnvoll, eine mittlere Ebene zwischen den allgemeinen und den konkreten Zielen einzuführen. Beim allgemeinen Ziel „Wohlbefinden fördern“ lassen sich auf der mittleren Ebene „körperliches“ und „psychisches Wohlbefinden“ unterscheiden. Für diese beiden Bereiche können dann auf der konkreten Ebene Ziele formuliert werden, z. B. „Schmerzfreiheit“ als eine Unterkategorie des „körperlichen Wohlbefindens“. Um ein solches Ziel zu erreichen, können beispielsweise Medikamente verordnet werden: „Herr Müller bekommt in bestimmten Abständen eine bestimmte Dosis Morphin.“ Psychisches Wohlbefinden wird befördert, wenn eine Person sich unterstützt fühlt. Im konkreten Fall lässt sich das so anstreben: „Die Betreuerin bleibt bei Herrn Müller, bis seine Schmerzen nachgelassen haben.“

Auf diese Weise entsteht eine Systematik von Zielen: Ein allgemeines Ziel wird auf einer mittleren Ebene genauer bestimmt, auf der konkreten Ebene werden Ziele so formuliert, dass sie sich in die Praxis umsetzen lassen. Die folgende Tabelle führt einige Beispiele an.

Allgemeine Ebene	Mittlere Ebene	Konkrete Ebene
Wohlbefinden	körperliches Wohlbefinden	schmerzfrei sein ausgeschlafen sein
	psychisches Wohlbefinden	zufrieden sein Freude erleben sich verstanden fühlen sich unterstützt fühlen sich wertgeschätzt fühlen
Selbstbestimmung	Kontrolle ausüben können	informiert sein etwas bewirken können etwas ablehnen können
	Entscheidungsspielraum haben	Handlungsalternativen haben seine Rechte kennen

Tabelle : Beispiele für eine Systematik von Zielen

Nicht immer ist die Verfolgung eines Zieles unproblematisch. Manchmal schließen sich Ziele gegenseitig aus. So kann die Realisierung des Zieles „Selbstbestimmung achten“ im Pflegealltag auf Schwierigkeiten stoßen. In unserer Gesellschaft steht die Selbstbestimmung in der persönlichen Wertehierarchie vieler Menschen ganz oben. Sozialgesetzbuch und Heimgesetz fordern, dass die Selbstbestimmung der Heimbewohner geachtet wird. Für die meisten Menschen ist es ein äußerst unangenehmer Gedanke, pflegebedürftig und damit von anderen abhängig zu werden. Die

Angst davor ist so groß, dass sich die wenigsten mit dem Problem auseinandersetzen. So kommt dann ein Umzug in ein Altenheim oft überraschend und ist häufig nicht selbst bestimmt.

Von jedem Menschen in einer Gemeinschaft werden Einschränkungen gefordert. In einer Einrichtung der Altenpflege müssen verschiedene Dienste miteinander koordiniert werden. Auch innerhalb einer Einheit ist eine Struktur nötig, um die Arbeit bewältigen zu können. Routinen sind nützlich, um den betreuten Menschen wie auch den Pflegenden Übersicht und damit Sicherheit zu vermitteln. Es ist die immerwährende Aufgabe der Altenpflegerinnen, das Recht auf Selbstbestimmung der betreuten Menschen mit den Erfordernissen der Institution in Einklang zu bringen. Die lange Tradition der Unterordnung sowohl der betreuten Menschen wie auch der Mitarbeiter unter Institutionen erfordert eine besondere Sensibilität für dieses Problem.

Konflikte zwischen angestrebten Zielen entstehen häufig dann, wenn alte Menschen beispielsweise Diäten, die für ihr körperliches Wohlbefinden nötig sind, nicht einhalten wollen, wenn sie sich weigern, Medikamente einzunehmen, oder wenn sie Pflegemaßnahmen ablehnen. Soll hier der Selbstbestimmung der Vorrang eingeräumt werden? Dazu gilt es abzuklären, ob der betreute Mensch ausreichend informiert ist, um Entscheidungen treffen zu können. In der Pflege stellt sich zudem die Frage, ob kranke und behinderte alte Menschen noch die physische oder psychische Kraft haben, etwa bei Schwäche, Schmerzen oder Verwirrtheit, selbstbestimmt zu handeln. Das gilt besonders für psychisch kranke Menschen. Vor allem bei Demenzen und Depressionen sind die Betroffenen durch ihre Krankheit behindert, die volle Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen. In solchen Fällen gilt es, der Fürsorge begründet einen höheren Stellenwert einzuräumen. Wie dies geschehen kann, wird etwa bei Elfner (2008) deutlich.

Realisierung der Ziele durch die Art der Kommunikation

Wie kann die Kommunikation zwischen den Altenpflegerinnen und den betreuten alten Menschen gestaltet werden, um Ziele wie „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ zu erreichen? In einem Experiment von Langer und Rodin (1976) wird gezeigt, welche *minimalen Unterschiede* in der Formulierung einer Rede zu deutlichen Unterschieden im Wohlbefinden führen.

In der Untersuchung wurde folgende *Hypothese* geprüft: Das Gefühl, Verantwortung für sich zu übernehmen, hat bei Altenheimbewohnern positive Auswirkungen. Der Direktor eines gut geführten Altenheimes hielt vor zwei Wohnbereichen, deren Bewohner sich hinsichtlich der physischen und psychischen Gesundheit nicht unterschieden, unterschiedliche Reden. Beim ersten Wohnbereich betonte er, dass die Bewohner Verantwortung für sich selbst hätten, dass sie ihre Zimmer einrichten könnten, wie sie es wollten, und das Personal ihnen dabei helfen würde; dass sie selbst entscheiden könnten, welchen Beschäftigungen sie nachgehen wollten, und

dass sie bei Unzufriedenheit Änderungen herbeiführen könnten. Schließlich bekamen sie noch einen Blumentopf geschenkt mit der Aufforderung, sich um ihn zu kümmern.

Bei der Rede vor dem zweiten Wohnbereich betonte der Direktor, dass er wünschte, dass alle sich wohl fühlten, und das Personal angewiesen wäre, alles für ihr Wohlbefinden zu tun. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten auch einen Blumentopf, aber mit dem Hinweis, dass sich die Altenpflegerinnen darum kümmern würden.

Die Bewohner des ersten Wohnbereiches wurden in den Wochen nach der Rede aktiver und fühlten sich glücklicher als vorher. Dieser Effekt wurde bei jenen des zweiten Wohnbereiches nicht festgestellt. Die Betonung der eigenen Verantwortung führte zu mehr Wohlbefinden und mehr Aktivität.

Das Experiment zeigt, wie wichtig es ist, was gesagt wird. Es genügt nicht, sich wohlwollend um die betreuten Menschen zu kümmern. Altenpflegerinnen machen häufig die Beobachtung, dass alte Menschen nach der Aufnahme in ein Altenheim passiver werden und die Stimmung schlechter wird. Das Experiment von Langer und Rodin zeigt, dass diese Entwicklung nicht zwangsläufig eintreten muss.

Die Altenpflegerinnen

Belastungen in der Altenpflege

Der Beruf der Altenpflegerin stellt hohe Anforderungen. Wie werden diese erlebt? Was wirkt belastend? Zu diesem Thema liegen einige Untersuchungen vor (Garms-Homolowa 1998, Koch-Straube 2003, Montada 1996, 386f, Kruse & Schmitt 1999, Wahl & Kruse 1994, Zimber u. a., 1999).

Altenpflegerinnen betreuen in der Regel alte Menschen, deren körperliche oder geistige Fähigkeiten nachlassen, die chronisch krank oder gebrechlich sind, bei denen kaum Aussicht auf Besserung besteht. Die Pflege endet gewöhnlich mit dem Tod der betreuten Menschen. Vor allem bei Krankheiten wie Demenz und Depression entstehen Probleme. Belastend ist in diesen Fällen die gestörte Kommunikation, dass „nichts rüberkommt“. Manche Bemühungen der Altenpflegerinnen stoßen auf Widerstand bei den alten Menschen, der ihnen unverständlich erscheint. Als Belastung werden auch bestimmte Verhaltensweisen alter Menschen wie aggressives Verhalten, Ungeduld und Jammern erlebt.

Es wird aber nicht nur geklagt in der Altenpflege. In einer Untersuchung von Muthny & Bermejo (1999) gab die Hälfte der befragten Altenpflegerinnen an, die Arbeit mit den alten Menschen als positiv zu erleben. Wenn eine vertrauensvolle Beziehung hergestellt werden konnte, wenn am Alltag der betreuten Menschen teilgenommen wurde, wenn die Pflege Wirkungen zeigte und zu mehr Lebensfreude führte, wurde die Arbeit als zufriedenstellend erlebt (Heinemann-Knoch 1998).

Es sind nicht nur die kranken oder sterbenden alten Menschen, die belasten. Die Strukturen der Einrichtungen der Altenpflege sind leider nicht immer so, dass eine zufriedenstellende Arbeit möglich ist. Gewöhnlich gilt es ein enormes Arbeitspensum zu bewältigen, die meisten Altenpflegerinnen schieben Überstunden vor sich her. Aus finanziellen Gründen werden nicht nur ausgebildete Altenpflegerinnen eingesetzt, je nach Gesetzeslage sind 50 % oder mehr der Pflegenden nicht ausgebildet. Das führt häufig zu Spannungen im Team.

Die Folgen der Belastungen zeigen sich am Gesundheitszustand der Altenpflegerinnen: Fast ein Drittel ist emotional erschöpft, mindestens ein Fünftel kaum intrinsisch motiviert, bei einem Viertel ist die Arbeitszufriedenheit gering. Im ersten Jahr nach der Ausbildung gab ein Viertel der Altenpflegerinnen den Beruf auf, nach drei bis fünf Jahren war die Hälfte ausgeschieden. Von den Frauen nannte ein gutes Drittel psychische und physische Überlastung als Grund, bei den Männern waren es hauptsächlich die schlechten Arbeitsbedingungen, die zur Berufsaufgabe führten (Meifort & Becker 1996, Meifort 1997).

Eine Arbeit kann dann nicht als zufriedenstellend erlebt werden, wenn die gesetzten Ziele nicht zu erreichen sind. Gerade die Ziele „Selbstbestimmung“ und „emotionales Wohlbefinden“ werden nach den Aussagen der betroffenen alten Menschen nicht realisiert. Das kann verschiedene Gründe haben. Natürlich ist bei unzureichender Personalausstattung eine zufriedenstellende Altenpflege nicht möglich. Es sind aber nicht nur die äußeren Bedingungen, die die Arbeit erschweren. Manche Konzepte in der Altenpflege lassen einerseits den alten Menschen wenig Selbstbestimmung und stellen andererseits an die Altenpflegerinnen unerfüllbare Ansprüche, so dass diese zwangsläufig Misserfolge erleben.

Solche Konzepte sind in guter Absicht entstanden. Man wollte die „Satt-und-sauber-Pflege“ überwinden und auch die psychischen Bedürfnisse der betreuten alten Menschen berücksichtigen. So wurde gefordert, „ganzheitlich“ zu pflegen, ohne zu klären, was darunter zu verstehen sei und ob der Anspruch eingelöst werden könne. Die meisten Pflege-theorien haben einen ganzheitlichen Hintergrund. Auch die Pflegeleitbilder der Einrichtungen der Altenpflege betonen meistens die ganzheitliche Pflege. Das kann dazu führen, dass man psychische Vorgänge in Analogie zu körperlichen behandelt. Es werden „Pflegediagnosen“ wie „chronisch geringes Selbstbewusstsein“, „Verdrängung von Gefühlen“, „Störung der persönlichen Identität“ oder „beeinträchtigte Anpassung“ vorgeschlagen; und es kann auch vorkommen, dass festgelegt wird, in welchem Zeitraum solche „Störungen“ behoben werden sollen (Christiansen 2001, Sowinski & Behr 2002).

Abgesehen davon, dass diese pseudopsychologischen Diagnosen theoretisch nicht fundiert sind, werden die Altenpflegerinnen in keiner Weise dafür ausgebildet. Sie bleiben ratlos; es scheint aber so, als ob alles machbar sei und es eher an ihren mangelnden Fähigkeiten liege, wenn sie die betreuten Menschen nicht auf den von den Pflegenden festgelegten Weg bringen.

Die Altenpflegerinnen müssen also klären, was sie erreichen wollen und was sie erreichen können. Geschieht dies nicht, kann es keine klare Zielorientierung geben. Damit entsteht dann das Gefühl, nie genug getan zu haben. Die Entwicklung vertrauensvoller Beziehungen zu den betreuten Menschen würde damit behindert.

Altenpflegeschülerinnen und -schüler

Die Schülerschaft in den Fachseminaren für Altenpflege ist in verschiedener Hinsicht sehr heterogen. Es sind keineswegs nur junge Leute, die ihre erste Ausbildung machen. Sehr viele der Schülerinnen und Schüler werden umgeschult. So variiert das Alter von 17 Jahren bis Anfang 50. Auch die vorhergehende Bildung ist sehr unterschiedlich. Als Eingangsvoraussetzung wird ein mittlerer Bildungsabschluss verlangt, entweder eine zehnjährige Schulzeit oder ein kürzerer Hauptschulbesuch und eine mindestens zweijährige abgeschlossene Berufsausbildung.

Hier treffen Menschen mit den unterschiedlichsten Berufslaufbahnen zusammen: Es gibt promovierte Schülerinnen, solche mit Hauptschulabschluss, einer Ausbildung und langem Berufsleben ebenso wie auch junge, die gerade die Schule verlassen haben. Die Schüler und Schülerinnen kommen aus verschiedenen Nationen.

Die Heterogenität der Schülerschaft ist ein Vorteil für den Unterricht. Durch die unterschiedlichen Lebensläufe der Schüler und Schülerinnen ergeben sich unterschiedliche Sichtweisen. Diese Vielfalt macht den Unterricht lebendig.

Die Ausbildung

Seit dem Jahre 2003 ist eine bundeseinheitliche Altenpflege-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung in Kraft. Die Ausbildung zum Altenpfleger und zur Altenpflegerin dauert drei Jahre und findet im Wechsel von Unterricht und praktischer Ausbildung statt. Für den theoretischen Unterricht sind mindestens 2100 Stunden vorgesehen. Der Unterricht ist in „Lernfeldern“ organisiert. Eines davon ist „Anleiten, beraten und Gespräche führen“, das 80 Stunden umfasst und folgende Lerninhalte vorsieht:

- Kommunikation und Gesprächsführung
- Beratung und Anleitung alter Menschen
- Beratung und Anleitung von Angehörigen und Bezugspersonen
- Anleitung von Pflegenden, die nicht Pflegekräfte sind

Das Lernfeld „Die eigene Gesundheit fördern“ enthält u. a. die Punkte

- Stressprävention und -bewältigung
- Kollegiale Beratung und Supervision

Es sollen „pflegerelevante Grundlagen“ der Psychologie vermittelt werden, die nicht weiter spezifiziert sind und für die auch keine feste Stundenzahl vorgesehen ist.

Personzentrierte Gesprächsführung

Für die Ziele „Wohlbefinden fördern“ und „Selbstbestimmung achten“ ist es wichtig, wie miteinander geredet wird. Die Personzentrierte Gesprächsführung bietet emotionale Unterstützung bei gleichzeitiger Achtung der Selbstbestimmung und trägt zum Erreichen dieser Ziele bei. Sie sollte daher ein wichtiges Element in der Ausbildung der Altenpflegerinnen sein.

Wenn Altenpflegeschülerinnen gefragt werden, was sie vom Psychologieunterricht erwarten, so ist die Antwort meistens: „Ich möchte die alten Menschen verstehen.“ Dahinter steht allerdings die Erwartung, für bestimmte Verhaltensweisen rezeptartig Deutungen zu erhalten. Das Angebot der Personzentrierten Gesprächsführung kann daher zunächst einmal Enttäuschung hervorrufen. Es werden keine Methoden vermittelt, die zu einer Überlegenheit führen, auch keine, mit denen man Problemlösungen elegant durchsetzen kann; der Partner „führt“ das Gespräch, wie die Lösung aussehen wird, bleibt offen. Das kann Unsicherheit auslösen. Es widerspricht auch dem Selbstverständnis, für alles eine vernünftige Lösung parat zu haben und sie durchsetzen zu müssen. Die Personzentrierte Gesprächsführung erfordert eine andere Sichtweise.

Analyse von Gesprächen

Es ist zunächst hilfreich zu klären, wie Kommunikation abläuft und wie Störungen entstehen. Das Kommunikationsmodell von Schulz von Thun (1989) eignet sich dazu, die Komplexität einer Aussage zu demonstrieren. In jeder Aussage stecken verschiedene Informationen; dem Gesprächspartner steht frei, auf welche er reagieren will. Es geht also nicht nur darum, was und wie etwas gesagt wird, sondern auch, was gehört und verstanden wird.

Schulz von Thun unterscheidet vier Aspekte einer Aussage:

- *Sachinhalt*: Worüber ich informiere.
- *Selbstoffenbarung*: Was ich von mir selbst preisgebe.
- *Beziehung*: Was ich von dir halte und wie wir zueinander stehen.
- *Appell*: Wozu ich dich veranlassen möchte.

Der Gesprächspartner kann einen der Aspekte auswählen. Schulz von Thun spricht in seinem Modell von vier Ohren, auf denen gehört werden kann.

Das Modell eignet sich gut für die Analyse alltäglicher problematischer Gesprächssituationen. Dazu ein Beispiel:

Die Altenpflegerin eines ambulanten Dienstes kommt zu spät zu einer Patientin. Sie sollte um acht Uhr da sein. Die Patientin sagt: „Es ist schon halb neun.“ Was kann bei dieser Aussage gehört und verstanden werden?

Je nachdem, auf welches „Ohr“ sie trifft, wird das Gespräch unterschiedlich verlaufen:

- *Sach-Ohr*: Wie ist der Sachverhalt zu verstehen?

Es wird eine Feststellung über die Uhrzeit getroffen. Befremdlich wäre jedoch, wenn die Altenpflegerin sachlich antworten würde: „Ja, es stimmt, es ist halb neun.“ (Allenfalls könnte eine unfruchtbare Debatte beginnen, ob es tatsächlich schon halb neun sei oder erst 8 Uhr 25.)

- *Selbstoffenbarungs-Ohr*: Was geht im Gesprächspartner vor?

Die Altenpflegerin kann sich überlegen, was in der Patientin vorgehen mag und wie sie sich fühlt. Die meisten Menschen werden ärgerlich, wenn sie warten müssen. Eine pflegebedürftige Patientin ist möglicherweise auch beunruhigt oder bekommt Angst. Wenn die Altenpflegerin auf die Selbstoffenbarung hört, fühlt sie sich ein und wird bei ihrer Antwort die Gefühle der Patientin berücksichtigen: „Sie waren beunruhigt?“

- *Beziehungs-Ohr*: Was denkt er von mir? Wie steht er zu mir?

Die Altenpflegerin mag sich fragen „Was hält sie von mir?“ und zu dem Schluss kommen: „Sie hält mich für unzuverlässig.“ Wenn sie das heraushört, wird sie sich möglicherweise verteidigen – „Was glauben Sie, was heute alles los war!“ – und vielleicht sogar zu einem „Gegenangriff“ übergehen: „Sie müssen auch mal Rücksicht nehmen!“

- *Appell-Ohr*: Was soll ich tun, denken, fühlen? Was will er von mir?

Als Appell ist zu verstehen: „Werden Sie zuverlässiger!“ oder „Kümmern Sie sich besser um mich!“ Da die Altenpflegerin ihr Versäumnis nicht rückgängig machen kann, entwickelt sie möglicherweise Schuldgefühle. Oder sie versucht eine Kompensation: „Morgen werde ich dafür etwas länger bleiben.“

Für Altenpflegeschülerinnen ist es zunächst ungewohnt, eigene Analysen anzustellen und Alternativen durchzuspielen. Sie erwarten eher Rezepte, wie in einer bestimmten Situation zu reagieren sei. Sie sind manchmal enttäuscht und erachten die vier Seiten einer Nachricht als unnötig kompliziert. Deshalb ist es notwendig, viele Beispiele der Schülerinnen zu analysieren. Vor allem die Unterschiede zwischen dem Hören der Beziehungsbotschaft und der Selbstoffenbarung gilt es herauszuarbeiten.

Häufig berichten Altenpflegerinnen, dass sich Angehörige über unzureichende Pflege beklagen. Die Altenpflegeschülerin Anna berichtet über ein Gespräch mit dem Enkel einer Bewohnerin:

Enkel: Ist meine Großmutter gewaschen worden?

Anna: Ja, sie ist fertig für die Nacht.

Enkel: Was ist das für ein Saustall! Die Waschlappen sind trocken.

Anna: Sind Sie gekommen, um uns zu kontrollieren? Wir benutzen Einmalwaschlappen.

(Frau M., 2001)

Annas Antwort zeigt, dass sie die Botschaft über die Beziehung herausgehört hat: Dieser Enkel denkt, dass ich meine Arbeit nicht richtig mache, und will mich kontrollieren. Daher fühlt sie sich ungerechtfertigt angegriffen und antwortet unfreundlich. Es fällt schwer, sich gegen Vorwürfe nicht zu verteidigen, besonders wenn man sie für ungerechtfertigt hält. Falsche Aussagen stehen zu lassen, um zu fragen, was im Gesprächspartner vor sich geht, ist nicht leicht. Die Möglichkeit, anhand des Modells von Schulz von Thun eine andere Sichtweise einzunehmen, hilft aber dabei. Anna hätte sich fragen können, was in dem Enkel vorgeht. Er hat wahrscheinlich von schlechter Pflege in Heimen gehört und möchte verhindern, dass seine Großmutter vernachlässigt wird.

Betreute alte Menschen gehen nicht immer freundlich mit den Altenpflegerinnen um. Fast alle Schülerinnen berichten, dass sie beschimpft und auch tätlich angegriffen werden.

Einige der Bewohner sitzen im Tagesraum des Wohnbereichs. Das Radio ist eingeschaltet, es wird Tanzmusik gespielt. Herr S., mittelgradig dement, klagt sehr häufig, dass er wirr im Kopf sei und man ihm helfen solle. Die Tanzmusik scheint ihm zu gefallen, er wirkt ruhig und zufrieden. Die Altenpflegeschülerin sieht eine Möglichkeit, ein Gespräch anzuknüpfen: „Haben Sie gerne getanzt?“ Herr S. schimpft: „Lassen Sie mich in Ruhe mit Ihrem Geschwätz.“ (Frau L., 2001)

Hier handelt es sich um einen Appell, dem die Altenpflegerin ohne Probleme nachkommen kann. Sie wird jedoch kaum emotionslos reagieren. Welche Gefühle bei ihr auftreten, hängt davon ab, welchen Aspekt sie wahrnimmt. Hört sie die Selbstoffenbarung, wird sie bedauern, Herrn S. überfordert zu haben, und sich vornehmen, ihr künftiges Verhalten seinen Fähigkeiten anzupassen. Fragt sie sich, was Herr S. von ihr hält, wird sie sich abgewertet fühlen und sich ärgern.

Altenpflegerinnen hören bei alten Menschen mit Demenz gewöhnlich auf die Selbstoffenbarung: Der alte Mensch fühlt sich unwohl und kann sich nicht anders verständlich machen.

Behinderung von Gesprächen

Auch gut gemeinte Gespräche verlaufen manchmal so, dass zwar viel Zeit damit verbracht wird, die Beteiligten trotzdem unzufrieden sind. Wenn etwa ein betreuter Mensch klagt, dass das Leben eintönig sei, ist eine Altenpflegerin geneigt, ihm einen guten Rat zu geben: „Machen Sie dies oder das, dann geht es Ihnen besser!“ Bei Klagen über die Schwierigkeiten des Lebens wird korrigierend eingegriffen: „Sie dürfen sich nicht so beklagen. Anderen geht es viel schlechter.“ Solche Aussagen führen gewöhnlich nicht weiter; sie werden daher „Gesprächsbarrieren“ oder auch „Gesprächslaster“ genannt. Es gibt verschiedene Listen über behindernde Aussagen (z.B. Gordon 2002, Weber 2000).

In der Altenpflege werden Gespräche vor allem durch folgende Hindernisse blockiert (nach Weber 2000):

- *Dirigieren* („Gehen Sie zur Biografiearbeit. Das wird Ihnen gut tun.“)
- *Bagatellisieren* („Das ist doch nicht so schlimm. Morgen sieht die Welt schon wieder ganz anders aus.“)
- *Examinieren* („Warum wollen Sie nicht in den Aufenthaltsraum gehen? Da hätten Sie doch Gesellschaft.“)
- *Moralisieren* („Sie sollten nicht nur an sich denken!“)

An einem Gespräch, das Altenpflegeschüler S. mit einer Bewohnerin eines Pflegeheimes geführt und anschließend protokolliert hat, soll gezeigt werden, wie ein gut gemeintes Gespräch für beide Seiten unbefriedigend verlaufen kann:

Die Situation: Schüler S. teilt das Frühstück aus. Frau M. muss wegen einer Blutuntersuchung nüchtern bleiben.

Frau M.: „Sagen Sie mal, bekomme ich heute kein Frühstück? Ich hungere hier nur, ich wiege schon zwei Kilo weniger, seit ich hier bin!“

S.: „Sie bekommen das Frühstück nach der Blutentnahme. Das ist doch nicht so schlimm, wenn Sie jetzt ein bisschen warten müssen.“

Frau M.: „Ja, ja, gestern habe ich Diabetikerkost bekommen, obwohl ich keine Diabetikerin bin.“

S.: „Sie haben das Essen selber angekreuzt. Warum haben Sie nicht aufgepasst und falsch angekreuzt?“

Frau M.: „Ja, Sie haben Recht, ich bin an allem schuld. Mein Gott, ich möchte nach Hause.“

S.: „Frau M., regen Sie sich nicht auf. Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen, dann ist es nicht mehr so langweilig und Sie denken nicht mehr an Ihren Hunger.“

Frau M.: „Wann kommt Dr. T.? Ich muss mit ihm sprechen. Man geht hier verloren. Auf jeden Fall möchte ich die Infusion loswerden, die stört mich sehr.“

S.: „Am besten, Sie sprechen mit Dr. T. darüber.“

Frau M.: „Er kommt aber nicht! Wo ist er? Ich habe keine Lust mehr.“ (Sie fängt an zu weinen.)

S.: „Frau M., das ist doch nicht so schlimm. Es wird alles wieder gut.“

Die Stationsleiterin kommt und kümmert sich um die weinende Frau M. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 82f)

Schüler S. war mit dem Verlauf des Gespräches nicht zufrieden. Frau M. war unglücklich. Die Stationsleitung musste intervenieren. S. war unter Druck, weil er auch noch anderen Bewohnern das Frühstück bringen musste. Er nahm eine erzieherische Haltung ein und machte Frau M. Vorschläge, wie sie mit ihrem Ungemach umzugehen habe. Er bagatellierte (*Das ist doch nicht so schlimm! Es wird alles wieder gut.*), examinierte (*Warum haben Sie nicht aufgepasst ...*) und dirigierte (*Versuchen Sie, sich ein bisschen zu beschäftigen ...*). Frau M. fühlte sich nicht verstanden.

In der professionellen Arbeit kommt leicht die Vorstellung auf, vernünftige Lösungen parat haben zu müssen. Es kann als Versagen erlebt werden, sie nicht durchsetzen zu können. Hier lässt sich ansetzen. Statt sich zu sagen „Ich habe versagt, wenn ich eine vernünftige Lösung nicht durchsetzen kann“ ist es möglich zu fragen: „Wie erlebt das der betreute alte Mensch?“

Einführendes Verstehen

Wenn im Unterricht die beschriebenen Gesprächshindernisse behandelt wurden, kam häufig die Frage: „Aber was sollen wir denn sagen?“ Wie kann man so miteinander reden, dass sich die alten Menschen verstanden und akzeptiert fühlen? Das Hören auf die Selbstoffenbarung und das Verbalisieren der vermuteten Gefühle werden „Einführendes Verstehen“ genannt. Es ist ein Weg, emotionale Unterstützung zu bieten und gleichzeitig die Selbstbestimmung der betreuten Menschen zu respektieren.

Folgende Fragen können gestellt werden:

- Wie sieht das mein Gesprächspartner?
- Was erlebt und fühlt er jetzt?
- Welche Bedeutung hat das, was er sagt, für ihn?

Es geht um das Verstehen des Gegenübers. Das Einführende Verstehen kann nicht als Technik eingeübt werden. Es setzt Offenheit für den Gesprächspartner voraus und die Bereitschaft, dessen Blickwinkel einzunehmen. Um sich vom Gesprächspartner führen zu lassen, ist eine akzeptierende Haltung notwendig.

Für den Unterricht ist es hilfreich, Gespräche protokollieren zu lassen. Es kommt vor, dass ein Gespräch zunächst unbefriedigend verläuft und dann – oft eher unbewusst – auf das Gefühl des Gesprächspartners eingegangen wird. Danach nimmt das Gespräch eine andere Wendung.

Im folgenden Beispiel wird deutlich, wie die Argumentation auf der Sachebene manchmal nicht weiterführt. Schwester Andrea berichtet über ein Gespräch mit der Tochter einer vor drei Wochen aufgenommenen Bewohnerin:

Die Tochter beschwerte sich bei mir, dass ihre Mutter viel alleine sei. Sie hätte mehr Betreuung erwartet. Ich erklärte ihr, dass wir da seien, wenn sie Hilfe benötige. Ansonsten hätten wir ihr angeboten, an Gemeinschaftsveranstaltungen teilzunehmen. Das habe die Mutter abgelehnt. Die Tochter erklärte, warum sie die Mutter ins Heim habe bringen müssen und dass sie es sich anders vorgestellt habe. Ich sagte dann: „Die Heimübersiedlung war für Ihre Mutter sehr schwer, und für Sie ist es auch nicht leicht. Sie könnten Ihrer Mutter helfen, sich einzugewöhnen.“ Die Tochter fragte, wie die Hilfe aussehen könnte. Ich habe ihr dann gesagt, dass sie die Mutter in den Tagesraum begleiten könnte. Dann fiel es ihr nicht so schwer, zu den anderen Bewohnern Kontakt aufzunehmen. Die Tochter hat dann noch gesagt, dass

es nicht immer leicht wäre mit ihrer Mutter. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 198)

Schwester Andrea antwortete auf die Beschwerden der Tochter zunächst auf der Sachebene. Erst als die Tochter sich durch den Satz „... für Sie ist es auch nicht leicht ...“ verstanden fühlte, war sie bereit, Vorschlägen zu folgen. Sie konnte dann auch zugeben, dass es nicht nur an den Altenpflegerinnen lag, dass ihre Mutter Schwierigkeiten mit dem Eingewöhnen hatte.

Wenn versucht wird, sich in den Gesprächspartner hineinzusetzen, kann eine schwierige Situation sehr schnell verändert werden. Schwester C., die im ambulanten Dienst Frau J. betreut, berichtet:

Frau J. hat seit frühester Jugend spastische Lähmungen, die immer schlimmer werden. Sie kann kaum noch gehen oder sitzen. Sie leidet unsagbar unter Schmerzen. Ihre Willensstärke hat ihr bis jetzt immer geholfen. Sie lässt sich nicht gern anfassen. Da dies aber immer häufiger nötig wird, ist sie oft unzufrieden und uns gegenüber auch ungerne. Als ich sie wieder einmal aus dem Bett holen wollte, wurde sie sehr ungehalten und schimpfte, ich hätte sie nicht richtig angefasst. Ich setzte mich neben sie, legte den Arm um sie und sagte: „Sie haben große Schmerzen und es ist nicht leicht für Sie zu erleben, dass es jeden Tag schlimmer wird.“ Ich fügte noch hinzu, dass alle aus dem Team ihr helfen wollten. Sie antwortete: „Das weiß ich ja.“ Sie war beruhigt und gab sich in der nächsten Zeit auch Mühe, nicht mehr mit uns zu schimpfen. (Langfeldt-Nagel 2004, S. 90)

Schwester C. hat trotz der Vorwürfe von Frau J. einfühlsam geantwortet. Ein einziger Satz führte zu einer Veränderung des Verhaltens und zu einem entspannten Umgang.

Das Einführende Verstehen erleichtert die alltägliche Kommunikation. Dazu einige Gesprächssituationen, die in der Altenpflege häufig vorkommen:

Bei Beschwerden – vonseiten betreuter alter Menschen oder deren Angehöriger – wird gerne mit *Rechtfertigungen* reagiert. Hingegen führt Einführendes Verstehen wie „Sie sind verärgert“ oder „Sie sind enttäuscht“ meistens dazu, dass die Beschwerden auf der Sachebene weiterverhandelt werden können. Man kann auch die enttäuschten Erwartungen ansprechen: „Sie haben etwas anderes erwartet.“ Mit dem Einfühlen ist noch nichts über die Berechtigung der Vorwürfe gesagt.

Immer wieder kommt es vor, dass Wünsche nicht erfüllt werden können oder dass etwas abgesagt werden muss. Die Altenpflegerinnen sind dann geneigt, schnell *Ersatzangebote* zu machen und die Enttäuschung zu übergehen oder zu bagatellisieren. Um diese zu verarbeiten, ist es günstiger, das Gefühl aufzugreifen: „Sie sind jetzt sehr enttäuscht.“

Manchmal fordern Ratsuchende dazu auf, Probleme zu lösen. So wird etwa gesagt: „Was soll ich denn tun?“ Oder: „Sie als aus-

gebildete Altenpflegerin müssen mir doch sagen können, was ich da tun soll.“ Der erste Impuls dürfte bei den meisten sein, sich auf das Problem einzulassen und *Lösungen* zu präsentieren. Will man das nicht, kann auf das Gefühl eingegangen werden: „Sie sind ganz ratlos?“ Die Altenpflegerin bietet so Unterstützung, ohne die Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen.

Manchmal versuchen die betreuten alten Menschen, Altenpflegerinnen in ihre Familienangelegenheiten hineinzuziehen. Da werden beispielsweise die Angehörigen angeklagt, dass sie nicht zu Besuch kommen, und die Altenpflegerinnen aufgefordert, Partei zu ergreifen oder auch die Verwandten zur Rede zu stellen. Die erste Reaktion bei den Altenpflegerinnen mag darin bestehen, die Familienangelegenheiten ordnen zu wollen. Wenn sie sich darauf einlassen, sind sie manchmal enttäuscht, weil die Sichtweisen der Familienmitglieder erheblich differieren können. Sie wissen dann nicht, wen sie bedauern sollen, und fühlen sich ausgenutzt. In solchen Situationen ist es hilfreicher, sich auf das Gefühl des Gesprächspartners zu konzentrieren, etwa: „Sie ärgern sich über Ihren Sohn?“ Der Gesprächspartner fühlt sich verstanden, ohne dass seiner Aufforderung, Partei zu ergreifen, nachgekommen wird.

Es ist noch nicht lange her, dass in der Altenpflege vermittelt wurde, demente alte Menschen seien zur „Realität“ zurückzuführen. Das führte bei diesen zu Unruhe und Widerstand. Eher hilft es, ihnen in ihre Welt zu folgen und ihre Gefühle zu verstehen. Manchmal kann schon beruhigen, wenn nur der Versuch gemacht wird, sie zu verstehen: „Ich versuche, Sie zu verstehen, es gelingt mir im Moment nicht.“ Freundliche Zuwendung kann helfen, Spannungen abzubauen. Es kann auch ein Scherz sein, mit dem Verständnis ausgedrückt wird und über den der demente alte Mensch lachen kann. Es ist viel Beobachtung nötig, um herauszufinden, was einen dementen alten Menschen beunruhigt oder ängstigt. Manches unverständliche Verhalten, mancher Widerstand lässt sich erklären, wenn man die Biografie kennt. Es ist daran zu denken, dass Frauen, die sich nicht ausziehen lassen wollen, möglicherweise eine Vergewaltigung erlitten haben; Männer können Kriegsgräuere erlebt haben. Gerade demente alte Menschen müssen sicher sein, dass ihr Widerstand – oft ihre einzige Möglichkeit, sich auszudrücken – verstanden und respektiert wird.

Einführendes Verstehen bietet nicht nur emotionale Unterstützung für die betreuten alten Menschen, es schafft auch Entlastung für die Altenpflegerinnen. Sie müssen keine Lösungen präsentieren, sondern können sie gemeinsam mit den betreuten Menschen erarbeiten; sie müssen nicht Partei ergreifen (und vorher abwägen, wer wohl Recht hat); sie müssen auch nichts gegen den Willen der betreuten Menschen durchsetzen; sie müssen sie zu nichts „bringen“ und müssen sie auch nicht „motivieren“, etwas zu tun, wofür sie sich nicht selbst entschieden haben. Gleichzeitig wird das Ziel „Selbstbestimmung achten“ realisiert. Die Altenpflegerinnen können vertrauensvolle Beziehungen aufbauen und damit ihre Arbeit als erfolgreich erleben.

Kongruenz

Eine Voraussetzung für das Einfühlende Verstehen ist das Bewusstwerden der eigenen Gefühle und Empfindungen. Besteht Kongruenz zwischen dem Selbstbild und dem, was im Körper vorgeht bzw. was davon wahrgenommen werden kann? Altenpflegerinnen kommen mit Vorstellungen über sich selbst und über pflegebedürftige alte Menschen in ihren Beruf. In der Ausbildung wurden im Laufe der Zeit verschiedene Vorstellungen über das Alter vermittelt, alte Menschen beispielsweise als gütig und weise beschrieben. In der Praxis erleben die Altenpflegerinnen aber klagende, jammernde, nörgelnde und manchmal auch gehässige alte Menschen.

In der Gerontopsychologie wurde die Kompetenz alter Menschen betont. Den Abbau im Alter erklärte man mit mangelnden Anforderungen an die alten Menschen; „Aktivierung“ wurde das Zauberwort in der Altenpflege. Die Altenpflegerinnen haben es jedoch eher mit alten Menschen zu tun, die auch bei guter Pflege immer schwächer werden.

Die Widersprüche zwischen ihren Vorstellungen vom Alter und ihren Wahrnehmungen können dazu führen, dass sich Altenpflegerinnen für wenig kompetent halten. Sie stellen fest, dass sie ihrem eigenen Idealbild einer Helferin nicht entsprechen. Die Inkongruenz muss irgendwie verarbeitet werden. Eine Möglichkeit ist, sie auf die Umstände zu schieben. So ist dann häufig zu hören: „In der Praxis geht das nicht“ oder „Dazu haben wir keine Zeit“. So wird ein Schutzschild gebildet, der hilft, die Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit nicht schmerzlich bewusst werden zu lassen und die Grenzen der Belastbarkeit nicht wahrzunehmen.

Das Umfeld in der Altenpflege ist nicht immer hilfreich dabei, Erfahrungen angemessen zu verarbeiten. In der langen christlichen Tradition der Pflege wurde von den Helfenden gefordert, die eigene Person nicht wichtig zu nehmen. Das gilt heute weniger, jedoch herrscht häufig ein Klima der Konkurrenz vor. Schülerinnen erhalten eher selten Unterstützung, ihre Schwierigkeiten werden manchmal damit abgetan, dass sie für den Beruf nicht geeignet seien. Die Erfahrung eigener Schwächen wirkt dann bedrohlich.

In der Ausbildung und in der Supervision ist es daher wichtig, den Altenpflegerinnen Raum zu geben, ihre Vorstellungen vom Altern, vom Helfen und von den Beziehungen zwischen ihnen und den betreuten Menschen zu klären. Wesentlich für die Kongruenz ist die Wahrnehmung des eigenen Erlebens. Die Altenpflegerinnen brauchen Unterstützung, z. B. um sich ihres Ärgers über Beschwerden, ihrer Wut, wenn alte Menschen gehässig über andere reden, ihrer Ungeduld, wenn demente alte Menschen immer wieder die gleichen Sätze wiederholen, bewusst zu werden. Wenn auch solche „unpassenden“ Gefühle akzeptiert werden, lassen sich Fassaden abbauen.

Im zweiten Schritt geht es darum zu überlegen, ob es in der konkreten Situation angebracht und hilfreich ist, die eigenen Gefühle mitzuteilen, und wenn ja, wie dies geschehen kann, ohne den Gesprächspartner zu verletzen. Wie die Wahrnehmung und die

Mitteilung der eigenen Gefühle helfen können, Beziehungen zu klären, wird am folgenden Gespräch deutlich.

Die Altenpflegeschülerin T. berichtet über das Gespräch mit der Ehefrau eines Patienten mit einer Hemiparese links nach einer Apoplexie, dessen Lagerung ihr übertragen wurde:

Die Ehefrau des Patienten war jeden Tag anwesend. Ich hatte den Patienten auf die linke Seite gelagert.

Ehefrau: „Mein Mann kann nicht gut auf dieser Seite liegen. Er fühlt sich nicht wohl dabei.“

T.: „Es ist aber wichtig für Ihren Mann, wenn wir ihn lagern, damit die Wahrnehmung des Körpers stimuliert wird. Außerdem möchten wir dadurch die Spastizität hemmen. Schauen Sie doch mal zu, dann können Sie später diese Lagerung selbst vornehmen.“

Ehefrau: „Wenn mein Mann nun aber mal Wasser lassen muss? Kann er dann wieder auf den Rücken?“

T.: „Nein, klingeln Sie, dann komme ich und reiche Ihrem Mann die Urinflasche.“

Als ich später in das Zimmer kam, lag der Patient auf dem Rücken.

Ehefrau: „Ich habe gleich gesagt, mein Mann kann nicht auf der Seite liegen.“

T. (Ich merkte, wie eine Wut in mir aufstieg, und antwortete so freundlich und gelassen, wie ich nur konnte): „Ich hatte Ihnen doch erklärt, warum diese Lagerung so wichtig ist, und außerdem werden Sie sehen, dass Ihr Mann sich an diese Lagerung gewöhnen wird, es ist nur am Anfang so unbequem.“

Ehefrau: „Mein Mann musste aber mal Wasser lassen und so konnte ich ihm die Urinflasche nicht reichen.“

T.: „Aber wieso haben Sie dann nicht geklingelt, auch darum hatte ich Sie gebeten. Wenn alle Besucher so sind, dann braucht man keine Behandlungen mehr, dann ist alles für die Katz.“

Ehefrau: „So meinte ich das doch nicht, natürlich möchte ich, dass nur alles Mögliche für meinen Mann getan wird.“

T. (Ich fühlte, dass ich ungerecht war, und fragte aus der Unsicherheit heraus): „Was ist denn los mit Ihnen? Haben Sie kein Vertrauen? Oder trauen Sie mir nichts zu?“

Ehefrau: „Nein, nicht doch, ich sehe ja, wie liebevoll Sie mit meinem Mann umgehen und auch mit seinem Bettnachbarn, aber ich komme mit dieser Situation nicht klar.“

T.: „Das liegt wohl daran, dass Sie nichts über diese Krankheit und Behandlungen wissen. Vor der Ausbildung hatte ich auch keine Ahnung.“

Ehefrau (wirkt traurig): „Ich habe meinen Mann noch nie so hilflos gesehen, ich selber fühle mich so hilflos. Was kann ich denn nur machen, um ihm zu helfen?“

T. (Ich fühlte mich selbst hilflos): „Sie möchten Ihrem Mann mehr helfen, fühlen sich aber selber hilflos.“

Ehefrau: „Ja, ich möchte gerne helfen, ich sollte mich besser beim Pflegepersonal informieren, vielleicht kann ich dann mit dieser Situation besser umgehen.“

T. (Ich fasste Mut zu sagen): „Bevor ich Ihren Mann jetzt wieder lagere, möchte ich noch etwas sagen: Ich war eben ganz schön sauer auf Sie, weil Sie es nicht verhindert haben, dass Ihr Mann sich auf den Rücken gelegt hat.“

Ehefrau: „Dafür helfe ich Ihnen jetzt bei der Lagerung.“

Ich war wütend auf Frau X. und später über mein eigenes Verhalten frustriert. Ich habe ziemlich viel falsch gemacht. Aber dieses Gespräch hat es ermöglicht, dass ich heute noch Kontakt zu Frau X. habe. Wir gehen offener miteinander um. (Frau T., 1993)

In diesem Gespräch zeigt sich, wie das Überspielen von Gefühlen zu einem unbefriedigenden Gesprächsverlauf führt. T. möchte höflich bleiben und schluckt ihren Ärger hinunter, kann aber die Freundlichkeit nicht durchhalten und drückt ihren Ärger schließlich in Vorwürfen aus. Der Ehefrau wird im Laufe des Gespräches bewusst, dass ihre eigene Hilflosigkeit hinter ihrem Widerstand steht, und teilt dies auch mit. Diese Offenheit führt bei T. zum Verständnis für die Nöte der Ehefrau. T. vermag dann auch selbst ihren Ärger auszudrücken.

Durch das Wahrnehmen und Akzeptieren eigener Gefühle kann sich mehr Selbstbewusstsein entwickeln. Die eigenen Grenzen werden bewusst – eine Voraussetzung dafür, sich nicht zu überfordern. Die Berücksichtigung der eigenen Gefühle und Bedürfnisse hilft auch, jene der betreuten alten Menschen wahrzunehmen und zu akzeptieren.

Fazit

Die Personenzentrierte Gesprächsführung ermöglicht es, in der alltäglichen Kommunikation die Selbstbestimmung der betreuten alten Menschen zu achten und ihnen emotionale Unterstützung zu bieten. Die Zuwendung, das Zuhören, das Folgen in die Welt des Gesprächspartners und das Akzeptieren seines Erlebens, seiner Sichtweise und seiner Gefühle führen auch in der Beziehung zwischen einem Helfer und einem hilfsbedürftigen alten Menschen zur Kommunikation in Augenhöhe. Die alten Menschen fühlen sich so eher verstanden, sie können ihre Angst vor Abhängigkeit abbauen und sich besser mit ihrer Situation auseinandersetzen. Auch im Zustand großer Schwäche können sie sich respektiert fühlen.

Wenn die Pflegenden die eigene Person beachten, sich ihrer Vorstellungen, Gefühle und Reaktionen bewusst werden und die eigenen Grenzen akzeptieren, wird es möglich, Fassaden und Schutzmechanismen abzubauen. Die Beziehungen zu den betreuten Menschen werden bewusster gestaltet; auf diese Weise können die Altenpflegerinnen ihre Arbeit als zufriedenstellend erleben.

Literatur

- Brandenburg, H. (1994). Soziologie des Heims. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 67–81). Bern: Huber.
- Christiansen, I. (2001). *Problemlösungen durch Pflegemanagement*. Siegen: Pflegedokumentation.
- Elfner, P. (2008). *Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Reinhardt.
- Garms-Homolowá, V. (1998). Potentiale für eine selbstständigere Lebensführung. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 128–147). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gordon, T. (2002). *Die neue Beziehungskonferenz. Effektive Konfliktbewältigung in Familie und Beruf*. München: Heyne.
- Häussler-Sczepan, M. (1998). Zusammenfassende Bewertung und Empfehlungen für Forschung und Praxis. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 148–162). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1, Stuttgart: Kohlhammer.
- Heinemann-Knoch, M., Korte, E. u. Schwarz, B. (1998). Arbeits- und Sichtweisen der Mitarbeiter/innen. In M. Häussler-Sczepan, *Möglichkeiten und Grenzen einer selbstständigen Lebensführung in Einrichtungen* (S. 105–110). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147/1, Stuttgart: Kohlhammer.
- Klingensfeld, H. (1999). *Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Koch-Straube, U. (2003). *Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie*. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.), Reihe Pflegewissenschaft, Bern: Huber.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (1999). Konfliktsituationen in Alten- und Altenpflegeheimen. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 155–169). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Langer, E. J. & Rodin, J. (1976). The Effects of Choice and Enhanced Personal Responsibility for the Aged: A Field Experiment in an Institutional Setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191–198.
- Langfeldt-Nagel, M. (2004). *Gesprächsführung in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Langfeldt-Nagel, M. (2006). *Psychologie in der Altenpflege*. München: Reinhardt.
- Meifort, B. (1997). Berufsbildung, Beschäftigung und Karrieremöglichkeiten von Frauen in der Altenpflege in der BRD. *Materialien zur Frauenpolitik*, 10, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Meifort, B. & Becker, W. (Hrsg.) (1996). *Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Montada, L. (1996). Machen Gebrechlichkeit und chronische Krankheit produktives Altern unmöglich? In M. M. Baltes & L. Montada (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 382–392). Frankfurt a. M.: Campus.
- Muthny, F. A. & Bermejo, I. (1999). *Fortbildungs- und Supervisionsbedarf in der Altenpflege*. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.) (1999), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 202–210). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Schulz v. Thun, F. (1989). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Schwerdt, R. (2002): *Gute Pflege in der Beurteilung von Menschen mit Pflegebedarf*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sonntag, A., Bischkopf, J., Ritz, A., Jakob, A. & Angermeyer, M. C. (2003). „Pflege mit Herz, Gesundheit oder Sterben.“ Wünsche zur Veränderung der Pflegesituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 36, 280–286.
- Sowinski, C. & Behr, R. (2002): *Bundeseinheitliche Altenpflegeausbildung*. Köln: Kuratorium Deutsche Altenhilfe, KDA.
- Wagner, M., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301–316). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H.-W. & Kruse, A. (1994). Sensible Bereiche der pflegerischen Arbeit in Heimen. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 83–111). Bern: Huber.
- Wahl, H.-W. & Reichert, M. (1994). Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In A. Kruse & H.-W. Wahl (Hrsg.), *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort* (S. 15–47). Bern: Huber.
- Weber, W. (2000). *Wege zum helfenden Gespräch*. München: Reinhardt.
- Winter, M. (1997). Lebenswelt Altenheim: Zur Rolle professionell Pflegenden bei der sozialen Unterstützung pflegebedürftiger Heimbewohner. *pschomed* 9/2, 87–90.
- Zimber, A., Albrecht, A. & Weyerer, S. (1999). Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in der stationären Altenpflege: Auswirkungen der Pflegeversicherung. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 185–199). Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.

Autorin:

Maria Langfeldt-Nagel, Diplom-Psychologin, Dr. paed., 1942, Unterrichtstätigkeit an Fachseminaren für Altenpflege für die Fächer Psychologie und Gesprächsführung
Lehrtätigkeit u. a. zum Thema „Psychologie des Alterns“

Korrespondenzadresse:

M. Langfeldt-Nagel
Falkensteinerstr. 4
60322 Frankfurt
maria.langfeldt@t-online.de

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 personzentrierter Beratung, die immanenten Handlungsanteile im Verhältnis zu institutionellen Vorgaben zu reflektieren und personzentriert 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 verspüren. 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. Beispielsweise 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 hineinzusetzen und andererseits die personenzentrierte Haltung zu leben (s. u.).

Insbesondere 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 Wohnortswechsel 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 mitschwingenden 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 welchen 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 gekläarter 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 scheinbar 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 geduldigen „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 vormals 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 Augenentfernung, 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, wenngleich 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 Tür 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

Ellen Ensinger-Boschmann

Personzentrierte Gruppenarbeit mit demenziell erkrankten Menschen zur Unterstützung des Selbstwahrnehmungs- und Bewältigungsprozesses

Zusammenfassung: *Psychosoziale Maßnahmen für demenzkranke Menschen werden im Gegensatz zu medikamentösen Behandlungsprogrammen immer noch kritisch hinterfragt. In diesem Erfahrungsbericht einer seit vier Jahren bestehenden Gruppe sollen Möglichkeiten und Grenzen psychosozialer Gruppenarbeit besonders im Hinblick auf die Anwendung des Personzentrierten Ansatzes (PZA) aufgezeigt werden. Welchen Effekt hat der Ansatz bei dementen Menschen und für den Gruppenprozess? Entgegen der immer noch vorherrschenden Meinung, die kognitive Abbauprozesse mit fehlender Selbstreflexion und Verhaltenssteuerung gleichsetzt, können im vorurteilsfreien Umgang mit dementen Menschen Lernprozesse ermöglicht und innerhalb des Gruppenprozesses Verständigung untereinander und Verständnis füreinander in Gang gesetzt werden.*

Schlüsselwörter: *Erlebnisgruppe, Gruppenprozess, Lernerfahrung, Kommunikationsfähigkeit, familienentlastende Projekte*

Abstract: *Person-centered group work with persons with dementia to support the process of self perception and coping with dementia. Psychosocial interventions for persons with dementia are still underestimated in comparison to medical/pharmacological treatment programs. This report describes the experiences obtained with a group during four years, and sketches the possibilities and limits of psychosocial group work, especially in the context of the application of the person-centered therapy/approach/method. What are the effects of the person-centered method for persons with dementia and for the group process? Contrary to the still dominating opinion which sets the cognitive degradation a par with the lack of self reflection and behavioral control, it is possible to encourage learning experiences for persons with dementia in an interaction free of prejudice as well as the group process itself initiate an understanding among the members and a high level of appreciation for each member of the group.*

Keywords: *Experience- Group, Dementia, Learning Experience, Communication Capabilities, Family Disburdening Projects*

Die Erlebnisgruppe begann vor vier Jahren mit vier Teilnehmern, sie ging aus einer Einzelberatung mit einem relativ jungen demenziell erkrankten Mann in frühem Stadium hervor, der sich wünschte, innerhalb einer Gruppe angstfrei kommunizieren zu können. Nach rund einem Jahr war die Gruppe auf neun Mitglieder angewachsen, nun hat sie acht feste Mitglieder. Die ausschließlich männlichen Gruppenteilnehmer sind zwischen 60 und 74 Jahren alt und hatten unterschiedliche Demenzdiagnosen im frühen Stadium. Alle vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde sind noch dabei, allerdings sind die graduell unterschiedlichen demenziellen Entwicklungsmuster jetzt stärker spürbar. Die Gruppenstruktur ist sehr homogen. Alle Teilnehmer haben in einer beruflich gehobenen Position gearbeitet, sind in langjähriger Ehe verheiratet, haben alle – bis auf einen Teilnehmer – erwachsene, berufstätige Kinder, die sich mehr oder weniger an der Versorgung beteiligen. Die Ehefrauen tragen durchwegs die Hauptlast der Versorgung und Pflege.

Krankheitsbilder und Potenzial der Teilnehmer innerhalb der Gruppe

Herr A., 68 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2001, mittleres Erkrankungsstadium, hat ein gutes personelles, örtliches und zeitliches Orientierungsvermögen, registriert, wenn die Gruppenleiterin pünktlich oder einmal unpünktlich ist. Reagiert nicht auf Fragen oder Anforderungen, leichte Wortfindungsstörung, kann sich freuen und genießt kleine Freuden (Zigarette, Kaffee und Kuchen). Da ihm die Wertschätzung der Gruppe wichtig ist, hat er gelernt, mit seinen Wünschen auf einen günstigen Zeitpunkt zu warten, bemerkt nur das Positive in einem äußerst ritualisierten Sprechablauf.

Herr B., 73 Jahre, Demenzdiagnose seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, ist örtlich, zeitlich, personell und situativ gut orientiert, starke Wortfindungsstörung, er kommt noch alleine in die Gruppe und

erledigt vorher oder nachher Arztgänge etc. Er ist humorvoll, ein aufmerksamer Zuhörer, bringt seiner Frau immer „Mannemer Dreck“ aus der Konditorei mit. Trotz seiner schweren Wortfindungsstörung beteiligt er sich in liebenswürdiger Weise an dem Gruppengespräch und zeigt sehr viel Geduld und Verständnis für die noch schwerer kranken Gruppenmitglieder.

Herr C., 69 Jahre, Alzheimer Demenz seit 2003, schweres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell nicht mehr orientiert (war zu Beginn anders, da erkannte er noch die Gruppenmitglieder, z. B. konnte er die neueren und die älteren Mitglieder sowie die Gruppenleiterin unterscheiden). Nun erkennt er nur noch das Café und den großen quadratischen Tisch des Gruppenraums als irgendwie vertraute Örtlichkeit, legt ein höfliches Benehmen an den Tag, lässt Damen immer den Vortritt und hilft jedem in die Jacke. Von ihm habe ich die Unterscheidung von Mütze und Hut gelernt. Er steht immer unter Spannung, manchmal beteiligt er sich aber mit einem Witz am Gespräch, der uns alle frappiert – und dann kann man deutlich sehen, wie in diesem Moment die Spannung weg ist. Auf nonverbaler Ebene kämpft er um seine Menschenwürde; wenn man ihn zu etwas zwingt oder ihm etwas aufdrängt, reagiert er unwillig bis aggressiv.

Herr D., 74 Jahre, Demenzdiagnose 2003, seit 2008 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ, zeitlich, örtlich und personell gut orientiert. Da er früher sehr sportlich war, ist er durch die auftretenden Sprech- und Bewegungsstörungen eines diagnostizierten „Sekundärparkinson“ sehr irritiert. Wegen seines Humors, seiner Präsenz und seines Problembewusstseins ist er so etwas wie der Leader der Gruppe.

Herr E., 60 Jahre, vaskuläre Enzephalopathie seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, ist situativ und personell orientiert, zeitlich und örtlich im Laufe der Zeit weniger. Ein eher schweigsamer Mann, aber sehr hilfsbereit, begeisterungsfähig und mitfühlend gegenüber den Gruppenmitgliedern. Will nichts müssen, will nur wollen – ihn in einer schwierigen Situation um Hilfe zu bitten, ist immer erfolgreich.

Herr F., 64 Jahre, Depression mit demenzieller Entwicklung nach Herzoperation 2001, seit 2008 diagnostizierte Alzheimerdemenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell und situativ orientiert, örtlich und zeitlich weniger, was durch seine Sehschwierigkeiten verstärkt wird. Aufgrund seiner früheren Gewerkschafts- und Parteiarbeit gruppenerfahren und mit viel Wortwitz sehr präsent in der Gruppe, trotz seiner Ängstlichkeit mit vielen depressiven Elementen kann er sich über den Kontakt und den Trost, die er in der Gruppe erfährt, freuen.

Herr G., 66 Jahre, frühe Demenz seit 2003, mittleres Erkrankungsstadium, situativ, personell und zeitlich orientiert, ein sportlicher und immer gut gelaunter Mann, aber eher still wegen seiner Wortfindungsstörungen, die sich im Laufe der Zeit verstärkt haben. Spielt

noch Tennis in seinem Verein, das Joggen musste er aufgeben, weil er sich örtlich nicht mehr zurechtfindet. Ein geduldiger Zuhörer, liebt Wortspiele, die ihm viel Spaß machen. Wenn man ihm auf der Nase herumtanzt, kann er mit Vehemenz für Ordnung in der Gruppe sorgen. Das macht auf die Gruppenmitglieder viel Eindruck.

Herr H., 65 Jahre, frontotemporale Demenz seit 2004, frühes Erkrankungsstadium, situativ, örtlich, zeitlich und personell orientiert, kommt und geht alleine nach Hause, ein schweigsamer Mann mit vielen depressiven Elementen, leichte Wortfindungsstörung, stark ritualisiertes Mitteilungsbedürfnis.

Herr I., 72 Jahre, Demenzdiagnose seit 2003, seit 2007 Levy-Körperchen-Demenz, mittleres Erkrankungsstadium, personell, situativ, zeitlich und örtlich orientiert, schwerhörig, aber ein aufmerksamer Beobachter, sehr präsent in der Gruppe und wegen seiner höflichen Umgangsformen geschätzt. Aufgrund der sich verstärkenden Wahnvorstellungen hat ein Aufenthalt im ZI¹ ihn so pflegebedürftig gemacht, dass er sich nie mehr wirklich erholt hat und nicht mehr in die Gruppe kommen kann. Er ist allen Gruppenteilnehmern außer Herrn C. noch lebhaft im Gedächtnis. Ich führe ihn deshalb auf, weil er in Gesprächen, z. B. über Krankheit, ZI etc., immer noch eine Rolle spielt.

Vorgehensweise bei der Gruppenarbeit

Bei unserer Gruppenarbeit mit den demenziell erkrankten Männern versucht die Gruppenleiterin die einzelnen Personen mit ihrer besonderen Lebensgeschichte und Individualität in den Vordergrund zu stellen und nicht die Krankheit mit ihren Defiziten und Verhaltensstörungen, wie es das medizinische Modell macht. Grundannahme ist, dass auch Personen mit Demenz einsichts- und lernfähig sind – dieses Lernen ist allerdings nicht am Erreichen einer bestimmten Leistung wie beim Gedächtnistraining orientiert und kommt auch völlig ohne Bewertung aus. Der Gruppenprozess selbst bietet eine Lernerfahrung an, z. B. sich als (dementer) Mensch anders zu sehen, seine Gefühle in stärkerem Maße zu akzeptieren, offener zu sein für die Bedeutung dessen, was sich außerhalb wie innerhalb seiner selbst abspielt (Rogers, 1977/2004).

Die Gruppenleiterin installiert mit den Betreuern innerhalb der Gruppe ein Interaktionsnetz. Durch unser Zuhören und den von Empathie gekennzeichneten Stil entsteht die Kommunikationsbereitschaft der Gruppenmitglieder untereinander. Im Sinne einer hilfreichen Beziehung (Rogers, 1977/2004) sind eine positive Einstellung und Verständnis gegenüber dementen Menschen richtungweisend; immer mit der Frage, ob wir dem Anderssein der Demenzkranken gerecht werden, ob wir die Entsprechung zu dem finden, was sie bei uns suchen – wie Anerkennung, Menschenwürde,

1 Institution der Psychiatrie

Geduld – oder was sie für sich selbst suchen, z. B. Klarheit, Sinn oder Lebensfreude. Die Welt des dementen Menschen ist ihm selbst und uns nie wirklich klar und wir können die Bedeutung seiner Erfahrung und deren Sinngebung oft nur dunkel erahnen. Letzten Endes müssen wir Doppeldeutiges wie Widersprüchliches tolerieren und die Situation offenlassen, mit der Zuversicht auf spätere, zufällige Klärung.

Entscheidend für das Gelingen dieses emphatischen Verstehens ist die Kongruenz. Demente Menschen haben generell ein Augenmerk auf die Gestimmtheit der Menschen, die mit ihnen umgehen. Sie haben ein besonderes Sensorium für die Unstimmigkeit, wenn das Gesagte nicht dem Verhalten entspricht, das sich in Mimik, Gestik und Prosodie ausdrückt. Dies spüren sie; genau das verwirrt sie auch zusätzlich, macht sie misstrauisch oder lässt sie sich zurückziehen. Da demente Menschen permanent auf der Suche nach Sinn und Bedeutung sind, müssen die Gruppenleiterin und die Betreuer eindeutig sein, d. h. sie müssen das meinen, was sie sagen. Das hat Bedeutung vor allem bei dem, was stört und die Betreuer in Spannung versetzt. Ein Beispiel soll das veranschaulichen:

Wir sitzen um unseren Tisch; Herr C. steht auf und stellt sich unschlüssig an den Tisch. Die Leiterin sieht ihn freundlich an und fragt: „Möchten Sie sich wieder setzen?“ Manchmal genügt die Nachfrage und Herr C. setzt sich wieder. Wenn Herr C. sich nicht setzen will, sagt er „Nein!“ oder „Also Leut‘, was soll das?“ oder „Muss das sein?“

Wenn es uns nicht gelingt, *wirklich* freundlich zu sein, wenn wir insgeheim verärgert oder ungeduldig sind, weil Herr C. beispielsweise schon zum dritten Mal aufsteht, spürt er das und reagiert darauf mit Unschlüssigkeit und/oder Ungehaltensein. Von Herrn C. aus gesehen, möchte er nicht mehr reden, ihm fehlen – wie an seinen Reaktionen abzulesen ist – die Aufmerksamkeit und das Verständnis für das Gespräch. Da die Gruppe selbst aber schon viel Erfahrung damit hat, geht sie manchmal so vor:

Wenn schon eine Weile (etwa eine gefühlte halbe Stunde) vergangen ist, schlägt in dieser Situation ein Teilnehmer vor, „Machen wir doch jetzt schon eine Pinkelpause und gehen dann spazieren!“ Manchmal geht Herr C. auf den Vorschlag ein und sagt „Ja, gerne, damit bin ich einverstanden“. Manchmal gehen die Gruppenteilnehmer jedoch nicht auf diesen Vorschlag und das Bedürfnis von Herrn C. ein. Wenn er sich dann auf Nachfrage hin nicht mehr setzen möchte, begleitet ihn ein ehrenamtlicher Helfer freundlich nach draußen, dreht eine kleine Runde um den Block und kommt nach kurzer Zeit wieder mit Herrn C. zurück. Jetzt freut sich Herr C., wieder bekannte Gesichter zu sehen, und setzt sich an seinen Platz in unserer Gesprächsrunde.

Das Bemühen um Kongruenz gibt die Möglichkeit, unsere innere Resonanz im Blick zu haben und *unsere* Reaktion auf unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten der Gruppenteilnehmer kritisch zu

hinterfragen. In kollegialen Gesprächen versuchen die Betreuer sich bewusst zu machen, dass z. B. unser „Ärger“ die Situation für Herrn C. noch unverständlicher werden lässt, als sie es für ihn schon ist. Da ist jedoch nicht nur „Ärger“ über Störungen, sondern auch Angst der Betreuer, dass etwas „Unvorhergesehenes“ passieren könnte. Besonders bei Ausflügen entsteht die Angst vor chaotischen, unübersichtlichen Situationen, etwa dass die Gruppenmitglieder bei Rot über die Straße laufen oder aus einer Irritation heraus in die falsche Richtung (weg-)laufen, dass sie in die Frauentoilette gehen und ins Waschbecken pinkeln *könnten*. Diese Angst lässt uns oft reglementierend eingreifen und dies provoziert bei den Gruppenteilnehmern Unwilligkeit oder Verzweiflung darüber, dass sie wieder etwas falsch gemacht haben. Nur wenn wir unsere Angst immer wieder thematisieren und in ihren Nuancen verstehen, finden wir entweder angemessene Verhaltensweisen entsprechend der Situation oder verwerfen die Angst. So etwa verhindert die Zwanghaftigkeit unseres versicherungsrechtlichen Denkens einen überlegten Umgang mit potenziellen Gefahren. Erst durch die feine Unterscheidung *unserer* emotionalen Zustände können wir die Emotionen anderer besser wahrnehmen und differenzieren. Diese Achtsamkeit befähigt uns, unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten zuzulassen, indem wir zunächst dem Impuls des dementen Menschen folgen, eine Beruhigung der Situation und eventuell später Klärung herbeiführen. So gelingt es, ein unterstützendes Umfeld zu schaffen, welches das Recht auf Fehler miteinschließt. Bleibt dieses Spannungsfeld unreflektiert, dann passiert es, dass unverständliches oder nicht-perfektes Verhalten als Kompetenzverlust generalisiert oder als Gefahrenpotenzial überschätzt wird.

Zur Akzeptanz gehört es, die Demenz in ihrer Funktionsweise und von ihrem Wesen her zu verstehen. Die Liebenswürdigkeit der Gruppenteilnehmer macht es uns leicht, sie in ihren Fähigkeiten zu bestätigen und sie nicht als mit dem Etikett „Demenz“ versehene Menschen zu behandeln – all dies sollte in der folgenden Darstellung des praktischen Teils unserer Gruppenerfahrung deutlich werden.

Beschreibung der Erlebnisgruppe

Ziel der Gruppenarbeit

Die vier Gruppenmitglieder der ersten Stunde hatten nach eigenem Bekunden das Interesse, ohne Versagensängste zu kommunizieren, noch etwas zu erleben und von der Welt etwas mitbekommen zu können. Innerhalb des geschützten Rahmens der Gruppe sollte die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit – Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen – erreicht werden. Das Gesprächsangebot fördert diesen Prozess zwischen den beteiligten Personen, indem Vorlieben geäußert, Meinungen gebildet und Entschlüsse mehrheitlich gefasst werden. Die Gruppenleitung schlägt allenfalls vor; gemacht wird aber das, was die Gruppenmitglieder aufgrund ihrer Befindlichkeit oder ihres Interesses äußern und entscheiden.

Die Integration des Krankheitsbildes in das jeweilige individuelle Selbstbild wird dadurch in Gang gesetzt, dass die Gruppenteilnehmer ihre unterschiedlichen Fähigkeiten und Handicaps erleben, über eigene Bewältigungsstrategien sprechen und jene der anderen Gruppenteilnehmer erfahren können. Daraus erwächst das Verständnis für sich selbst und füreinander.

Die Aktivitäten

Die Gruppe trifft sich jeden Montag zur gleichen Zeit am gleichen Ort (dem am Neckar liegenden „Gesundheitstreffpunkt Mannheim“) für zweieinhalb Stunden, und das – um Kontinuität und Regelmäßigkeit zu gewährleisten – ohne Ferienpause (ausgenommen Oster- und Pfingstmontag). Anfangs begann die Gruppe mit der Planung von Ausflügen (erstes Thema: „Am Neckar entlang“). Die Thematik der Ausflüge veränderte sich im Laufe der Zeit („Mannheim macht sich schön – Stadtjubiläum 2007“ und „Welche Stadt liegt schon an zwei Flüssen?“) – die Themen haben mit der unmittelbaren Lebensumwelt zu tun und liegen den Männern irgendwie am Herzen, z. B. lieben sie Stadtpläne, Landkarten und Wegrichtungen wie Norden oder Süden, den Neckar flussaufwärts oder flussabwärts. Mit der Frage des Ziels ist auch die praktische Frage „Wie kommen wir dahin?“ verbunden: zu Fuß, mit der Straßenbahn oder dem Schiff (am Anfang noch mit dem Fahrrad). Schon bei der Planung werden vielfältige lebensgeschichtlich relevante Erinnerungen wach, etwa an den Arbeitsplatz, an Familienausflüge, ob es sich um gebürtige oder zugewanderte Mannheimer handelt. Auch das Problem, was es für sie bedeutet, nicht mehr Auto zu fahren, kommt dabei zur Sprache.

Nach dem Planungstreffen findet dann beim folgenden Treffen die Exkursion statt, das Erlebnis. Beim nächsten Planungstreffen verknüpfen sich die Erinnerungen an das Erlebte mit der Planung des nächsten Ausflugs. Diese Regelmäßigkeit der Treffen und die immer gleiche Abfolge von Planung und Aktion ermöglichen demenziell erkrankten Menschen durch den ritualisierten Ablauf Erinnerung – ein dem Alltag entlehntes Gedächtnistraining.

Im Laufe der letzten beiden Jahre haben die Gruppenteilnehmer die Gesprächsrunde bevorzugt, das sogenannte Planungstreffen. Zu Beginn hingegen waren die Exkursionen – das Erlebnis, das der Gruppe ihren Namen gab – beliebter. Unserer Beobachtung nach liegt das nicht nur an der Verschlechterung der körperlichen Befindlichkeit – Fahrradfahren ist nicht mehr möglich –, sondern daran, dass die Vertrautheit untereinander und das Selbstvertrauen der demenziell Erkrankten beim Gespräch gewachsen sind. Bei den Planungstreffen sitzen wir zusammen in „einer Runde“ um einen großen quadratischen Tisch. In der Mitte, zentriert, steht ein Blumenstrauß oder ein anderes schönes Symbol der Jahreszeit, das zum Betrachten einlädt. Hier ist der Ort, an dem sich die Gruppenmitglieder kennengelernt haben, die Ausflüge planen und ihre Erinnerungen austauschen. Hier ist auch der Ort, an dem sie ihre Gedanken sammeln können und freundliche Zuhörer finden. Hier

erleben sie sich als ernst genommene und verstehende Gesprächspartner und fühlen sich in der Gesprächssituation als kompetent. Sie erkennen sich gegenseitig – allerdings als Personen, nicht mit Namen – und ermessen ihre unterschiedlichen Schwierigkeiten und Fähigkeiten.

Die Betreuer

Am Anfang gab es drei Betreuer: eine Gruppenleiterin mit personenzentrierter Gesprächsausbildung, einen ehrenamtlichen Helfer sowie einen zusätzlichen ehrenamtlichen Helfer für die Ausflüge, zur Urlaubs- oder Krankheitsvertretung. Mit der größer werdenden Gruppe und der Verschlechterung des Krankheitsbildes bei einigen Teilnehmern erweiterte sich die Anzahl der Betreuer vor einem Jahr auf vier Betreuer: eine Gruppenleiterin, eine Sozialarbeiterin, einen ehrenamtlichen Helfer (Musiker) sowie einen weiteren ehrenamtlichen Helfer (Sozialarbeiter) für die Ausflüge und als Krankheits- und Urlaubsvertretung.

Gruppenerfahrung im Laufe von (bisher) vier Jahren

Verbesserung von Sprechen und Zuhören

Zwei Drittel der Teilnehmer haben Sprachstörungen unterschiedlicher Schwere und Genese und sind durch eine Vielzahl organisch oder emotional bedingter Wortfindungsstörungen gehandicapt. In der Öffentlichkeit neigen sie dazu, vorsichtshalber zu schweigen. Nicht so in der Gruppe – in der Gesprächsrunde können sie ihrer Langsamkeit folgen, haben Zeit und Raum für ihre Gedanken und Gefühlsäußerungen. Wiederholungen sind eher interessant. Bei sich auftuenden Wortlücken suchen alle zusammen vorsichtig tastend die verloren gegangenen Wörter.

Ein Beispiel: Bei der Planung einer Exkursion nach Worms zum uralten jüdischen Friedhof erzählt Herr B. von der romantischen, fast gespenstischen Atmosphäre in der Abenddämmerung, „wenn die ...“ – und dann passiert es: Das Wort ist weg. Herr B. versucht, den Begriff zu umschreiben: „... so weiße Dinger, die aufsteigen, besonders dann, wenn es feucht ist“ (O-Ton) Es geht ein lustiges Ratespiel los, was „weiße Dinger“ sein könnten, die in der Nähe des Rheins sind, in der Abenddämmerung „wabern“, wie es Herr B. mit sanft schwingenden Händen beschreibt. Das Wort „Nebelschwaden“ findet sich bald.

Alle beteiligen sich an der Suche nach dem Begriff; Herr C. versteht den Wortkontext nicht ganz genau, aber er kommentiert die Suche immer wieder mit den Worten: „Na so was, mer werres doch noch finne!“ Bis heute denken alle in Verbindung mit dem jüdischen Friedhof in Worms an den Begriff und das gemeinsame lustige

Rätselraten. Alle erinnern sich noch an das schreckliche Regenwetter beim Besuch des jüdischen Friedhofes, wo wir dann in ein Wormser Café flüchteten, ohne Nebelschwaden gesehen zu haben, obwohl es ziemlich feucht war.

Dieses Beispiel steht für die Verbesserung von Sprechen, Zuhören, Aufnehmen und Verstehen. Das nachfolgende Gespräch beschreibt die Assoziationsfähigkeit beim Umgang mit Worten und die Fähigkeit der Teilnehmer, miteinander zu kommunizieren.

Einmal stehen pinkfarbene Tulpen auf dem Tisch. Herr C. bewundert die schönen Blumen. Schweigen. Alle schauen auf die Tulpen. Schweigen. Die Gruppenleiterin bringt ins Spiel, dass Tulpen ja viele Farben haben können und ob ihnen die Farbe Pink gefalle.

GL: „Finden Sie Pink schön oder andere Farben schöner?“ Schweigen. Dann meint Herr E., ein eher schweigsamer Mensch: „Pinke-Pinke ist schöner!“ Lachen. Nur Herr A. und Herr F., zwei Nicht-Mannheimer, und auch ein Betreuer schauen etwas verwirrt. „Wissen Sie, was Pinke-Pinke ist?“, fragt Herr D. in die Runde hinein. Kurze Pause, und mit einem bedeutungsvollen Nicken und seiner etwas heiseren Stimme murmelt er dann „Geld“. Lachen. Allgemeines Gemurmel: „Hätten wir gern“ oder „Hamm’ wer nicht“. Lachen. Dann wird das Wortspiel von Herrn D., unserem beredtesten Mitglied, weitergeführt: „Pinkelpause ist am schönsten“, bemerkt er triumphierend lächelnd. Lachen. „Besonders im Gänsemarsch“, kommentiert Herr E. und spielt auf unsere infolge der unübersichtlichen räumlichen Situation etwas umständliche Art an, die Toilette zu benutzen: Wir gehen nämlich immer alle zusammen durch einen langen Gang in einen anderen Gebäudeteil. Über das mit der Pinkelpause verbundene Problem des Harndrangs, auf die Angst, nicht rechtzeitig auf die Toilette zu kommen bzw. sich auf einer neuen Toilette nicht schnell genug zurechtzufinden, wollen die Gruppenteilnehmer jedoch ausdrücklich nicht reden.

Kommunikationsprozess untereinander – Grenzen der Selbstreflexion

Der Kommunikationsprozess der Gruppenmitglieder untereinander läuft stets langsam an und erfordert von den Betreuern geduldiges Warten. Wenn die Teilnehmer nach Betreten des Raums um den Tisch herum sitzen, betrachten sie erst einmal den Tisch und die anwesenden Personen. (Manchmal kommentiert Herr A. die Sitzordnung: „Frau Boschmann, Sie sitzen aber nicht da, wo Sie letztes Mal saßen.“) Sie bemerken an der Zahl der anwesenden Personen, ob einer oder mehrere fehlen. Es ist schon ein Ritual, dass sie nachfragen, ob die Fehlenden auf Urlaub oder krank sind. Die Namen der Abwesenden benennen sie nicht, das erfolgt dann meist mit dem ersten Satz der Betreuer (die Begrüßung findet unter großem Hallo auf der Straße statt): „Herr E. ist in Urlaub und Herr F. immer noch im Krankenhaus.“ Schweigen. Wir stoßen mit der bereitgestellten Apfelsaftschorle an. (Herr A. kommentiert fast immer die Qualität der Schorle mit den Worten: „Das war schon immer gut und ist auch

heute wieder gut.“) Schweigen. Wir warten auf den Impuls, der von den Gruppenmitgliedern kommt. Schweigen. Manchmal bemerken sie die den Tisch schmückenden Dinge, wie z. B. die pinkfarbenen Tulpen, und sagen etwas dazu, manchmal nicht. Schweigen. Warten. Schweigen. Aber irgendwann kommt ein Einwurf von den Teilnehmern, der zum Gesprächsthema wird. Und dann sind wir drin im Thema, mit dem sie sich konzentriert etwa eine halbe Stunde befassen – sei es die Planung des nächsten Ausflugs, sei es eine kleine Erinnerung an einen der vergangenen Ausflüge, sei es das Wetter, sei es der Urlaub eines Gruppenmitgliedes, sei es die Sorge um das Wohlbefinden eines kranken Gruppenmitgliedes.

Herr F. ist seit längerem im Krankenhaus (ZI), und bei jedem Treffen, an dem die Gruppenmitglieder feststellen, dass er nicht da ist, fragen sie nach ihm. „Ist Herr F. immer noch im ZI?“

GL: „Ja.“

Herr G.: „Haben Sie ihn besucht? Geht es ihm gut?“ (Ich habe ihnen einmal gesagt, dass ich Herrn F. besuchen werde.)

GL: „Ich glaube, ja.“

Herr D., Herr G., Herr E., Herr B.: „Wann kommt er wieder?“ (Herr A. oder Herr C. fragen nie nach den abwesenden Gruppenmitgliedern.)

GL: „Leider weiß ich es nicht.“ Schweigen. Trauriges Schweigen.

GL: „Haben Sie Sorge, dass es Herrn F. nicht gut geht?“ Schweigen.

GL: „Sie waren alle selbst im ZI, können Sie sich noch daran erinnern?“

Eisiges Schweigen. Darüber möchten die Teilnehmer nicht reden. Nur Herr D. sagt dann mit einer wegwerfenden Handbewegung: „Versuchskaninchen – freiwillig, zehn Tage, dann habe ich es abgelehnt.“ (Es ist das zweite Mal, dass ein Gruppenmitglied so lange im ZI war, und Herr D. möchte gerne in der Gruppe über die Wirkungsweise der Medikamente reden und spricht das Thema öfters an, aber die anderen wollen nicht.) In diesen Momenten wird deutlich, dass die Gruppe sich eigentlich zum Spaßhaben zusammenfindet, und dies ist ein Thema, worüber sie erklärtermaßen – zumindest in der Gruppe – nicht reden wollen, und das akzeptieren wir, auch Herr D.

Wir spüren den Impulsen der Teilnehmer nach, beispielsweise als Herr F. aus dem ZI kam. Nach dem Frage- und Antwortritual, wer da ist und wer nicht, begrüßten ihn alle freundlich. Einige fragten ihn, wie es ihm gehe (es war deutlich sichtbar, dass es ihm nicht gut ging). Herr F. ist in der Gruppe wegen seines feinsinnigen Humors ein beliebtes Mitglied. Früher vorher hatte Herr F. immer einen kleinen Witz auf den Lippen und brachte dadurch viel Lustiges in die Gruppe ein.

Herr F.: „Ich fühle mich nicht fit und ich wollte deshalb gar nicht kommen. Ich fühle mich gar nicht wohl und wenn ich hier etwas falsch mache, dann bitte ich dies von vornherein zu entschuldigen. Ihr wisst, ich bin immer gern hierher gekommen, aber jetzt fühle ich mich einfach nicht fit.“ Betroffenes Schweigen.

Herr G.: „Das ist traurig, vielleicht geht es Ihnen bei uns bald besser.“

Herr F.: „Das glaub' ich nicht, mir ist einfach unwohl und ich fühl' mich unsicher und ich würde gerne in der Gruppe bleiben, aber mir ist unwohl und ich wollt' deshalb gar net komme, also wenn ich was falsch mache, dann entschuldigt des bitte.“

Herr E.: „Das ist nicht schlimm, wenn Sie was falsch machen, bitte bleiben Sie bei uns in der Gruppe ... das wird schon werden“, und lächelt ihn freundlich an. „Ja, Ja“, stimmen einige mit ein.

Herr F.: „Ich weiß net, ich glaub' net.“

GL: „Sie wollten unbedingt nach Hause, Herr F., hat sich das Unwohlsein zu Hause ein wenig gebessert?“

Herr F.: „Nein, eigentlich net, ich bin net fit, ich kann nirgends allein hingehen, ich bin auch zu Haus so hilflos und hab immer Angst, was falsch zu mache.“

Herr D.: „Oh je, un immer mit de Mutter hinnedran ... da kann man es nie richtig machen.“ Leises (verlegenes) Lachen der anderen Gruppenteilnehmer.

Schweigen. Schweigen. Herr F. geht nicht darauf ein – bei ihm ist es Realität, dass er von seiner Ehefrau häufig korrigiert wird.

In dieser Situation überlegte ich mir, in welcher Weise ich intervenieren sollte, ob Herr F. auch ähnlich wie Herr D. unter dem korrigierenden Verhalten seiner Frau leidet, aber in diesem Moment hat mich das Unbehagen von Herrn F. diesbezüglich anders reagieren lassen und ich nahm den Gesprächsfaden in der folgenden Weise wieder auf:

GL: „Haben Sie die Hoffnung, dass es zu Hause besser wird, Herr F.?“

Herr F.: „Die Ärzte hawwe gsagt, dass ich abwarten muss. Also, wie gesagt, ich komm' gern in die Gruppe, aber ich sag's nochmal, ich bin net fit un des müsst ihr entschuldige.“

Herr G.: „Sie brauchen sich nicht zu entschuldigen, wir sind froh, wenn Sie kommen. Es wird sicherlich besser werden. Wir wünschen Ihnen alles Gute.“

„Ja, das wünschen wir Ihnen“, stimmen mehrere mit ein.

Hier wird deutlich, dass die Gruppenteilnehmer die Situation von Herrn F. verstehen, aber das Thema Medikamente oder das korrigierende Verhalten der Ehefrauen ist zu schwierig, um thematisiert werden zu können. Da hängt zu viel dran, etwa die beängstigende Zukunftsperspektive wie die Heimfrage, auch wenn es nur um Urlaub oder Erkrankung der pflegenden Ehefrau geht. Vom Selbstverständnis der Gruppenmitglieder her handelt es sich nicht um eine Selbsterfahrungsgruppe, sondern um eine Erlebnisgruppe, „eine schöne Abwechslung innerhalb einer langen Woche“, wie Herr G. die Treffen charakterisierte. Über individuelle Probleme wollen sie weniger sprechen, über Probleme innerhalb der Gruppe schon. Die Teilnehmer wollen in der Gruppe einen Weg finden, mit ihrer Erkrankung auskommen. Ihre Strategie ist, die Krankheit mit Humor

zu bewältigen, auf die Krisensituation eines Gruppenmitglieds aber auch mit Mitgefühl zu antworten.

Integration des Krankheitsbildes in das individuelle Selbstbild

Die Demenz ist durch Bilder von Verwirrtheit, Kontrollverlust und völliger Abhängigkeit medial geprägt. Diese Bilder ängstigen die Betroffenen. Im frühen Krankheitsstadium fällt es ihnen schwer, ihren Zustand damit in Einklang zu bringen und das Krankheitsbild zu akzeptieren. In den letzten beiden Jahren erleben die Gruppenteilnehmer die schmerzlich fortschreitende Krankheitsentwicklung von Herrn C., einem Gruppenmitglied der ersten Stunde. Dessen zeitweise auftretende Unruhe oder völliges Nichtverstehen einer Situation verlangt einiges von ihnen (und von den Betreuern) ab. Sie erleben aber auch, dass Herr C. in völliger Ruhe und Einssein mit sich selbst nicht selten vernünftig und inhaltsadäquat einen zur Situation passenden Kommentar machen kann.

Ein Beispiel: Wir haben zur Weihnachtszeit Nürnberger Lebkuchen gegessen, und im Gespräch kommen die Gruppenteilnehmer auf den „Mannemer Dreck“, sozusagen das Gegenstück zum Nürnberger Lebkuchen. Sie vergleichen beides miteinander. Zu dem Problem, dass der Nürnberger Lebkuchen bekannter ist, bemerkt Herr C.: „Wie man so ein wohlschmeckendes Lebensmittel ‚Mannemer Dreck‘ nennen kann – das ist nicht werbewirksam.“ (O-Ton) Herr C. hatte eine leitende Position in der Modebranche; man sieht nicht nur, wie sein aus der Biografie resultierendes Wissen im aktuellen Bezug richtig zum Tragen kommt, sondern auch, dass er in entspanntem Zustand seine Gedanken sammeln, dem Gespräch folgen und sich daran beteiligen kann.

Dieses Beispiel veranschaulichte, dass Demenz nicht mit „Blödsinn“ gleichzusetzen ist, sondern eine durch Stress verursachte Irritation der Schaltstelle Gehirn darstellt. Diese Erkenntnis erleichtert den Gruppenteilnehmern, das Krankheitsbild in ihr Selbstbild zu integrieren. Das Beispiel zeigt auch, dass die Teilnehmer das Gefühl der Ruhe in der Gruppe als Schlüssel für ihre Kommunikationsfähigkeit gefunden haben. Sie haben gelernt, dass sie sich artikulieren können, wenn man ihnen Zeit und Aufmerksamkeit zugesteht – auch außerhalb der Gruppe. Dies soll ein weiteres Beispiel zeigen:

Nach dem Planungstreffen gehen wir meist in ein altes Mannheimer Café in der Nähe, das sehr bekannt ist für seinen guten Kuchen. Anfangs ist es für die Gruppenteilnehmer schwierig, selbst zu bezahlen. Sie haben Angst, nicht schnell genug den Preis zu verstehen, den richtigen Geldschein zu finden etc. Aber im Laufe der Zeit – das Umfeld des Cafés und die Bedienung sind ihnen vertraut – können sie mit „Zahlen bitte“ die Rechnung bestellen und bezahlen. Die Bedienung trägt durch ihre Persönlichkeit viel dazu bei, sie spricht jeden einzeln an, lässt genügend Zeit für die etwas umständliche Suche im

Geldbeutel und hat auch immer einen netten Spruch auf den Lippen, der die Gruppenteilnehmer zum Lachen bringt. Ganz anderes passiert uns beim zuvor beschriebenen Ausflug in einem Café in Worms: Auch in einer ihnen fremden Umgebung müssen die Teilnehmer ihre Rechnung begleichen. Beim Bezahlen geht die Bedienung nun nicht auf die jeweils gezückten Geldbeutel ein, sondern präsentiert einem Betreuer die Rechnung mit der Begründung, dass es so schneller gehe. Lange erinnern sich die Teilnehmer noch an die unfreundliche Bedienung, die sie nicht selbst zahlen hat lassen.

Leider können die Gruppenteilnehmer sich das Gefühl des „Gesammeltseins“ nicht durchgehend im öffentlichen Raum (z. B. in der Straßenbahn, auf der Bank, beim Postschalter, im Geschäft) zurückerobert oder bei anderen Menschen einfordern. Sie können es in kleinen Schritten und nur da anwenden, wenn sie erkennen, dass der Gesprächs- oder Verhandlungspartner sich auf sie einlässt. Wenn sie merken, dass sie Geduld oder Einfühlungsvermögen nicht einfordern können, bleibt die Integration des Krankheitsbildes in das Selbstbild äußerst schmerzhaft.

Verständnis für sich selbst und füreinander

Beispiel: Nach einer für uns alle – auch für die Angehörigen – aufwühlenden Problemsituation mit Herrn C., dessen demenzielle Entwicklung am weitesten fortgeschritten ist, stellt die Gruppenleiterin im folgenden Planungstreffen vorsichtig die Frage, wie die anderen Gruppenteilnehmer die Unruhe von Herrn C. (häufiges Aufstehen, ungeschlüssiges Um-den-Tisch-Herumlaufen) sehen und wieweit sie dies mittragen wollen. Für die Gruppenteilnehmer selbst ist dies keine Frage. Hier dem Sinn nach die Meinung der Gruppenteilnehmer: „Herr C. ist Mitglied der ersten Stunde. Sein Verhalten stört manchmal, aber wir können das aushalten.“ Jeder von ihnen signalisiert Mitleid, weil sie bemerkt haben, dass Herr C. gerade in diesem Spannungszustand Schmerzen, Kummer oder vielleicht nur eine Frage hat, die er nicht mehr in Worte fassen kann. „Er bleibt bei uns – er ist unser Mann“ fasst Herr D., ein noch sehr beredtes Gruppenmitglied, die Situation zusammen.

Die Gruppenteilnehmer können für das fehlerhafte Verhalten von Herrn C. Verständnis aufbringen und „aushalten“, weil sie diesen zeitweise auftretenden Zustand von Herrn C. verstehen. Sie kennen aus eigener Erfahrung die Qual, wenn sie sich und anderen ihre Befindlichkeit nicht erklären können. Das weitere Beispiel zeigt, dass die Gruppenteilnehmer fehlerhaftes Verhalten erkennen.

Herr A. hat mit der Demenz ein Suchtproblem entwickelt – Rauchen ist für ihn das höchste Glück. Er weiß, dass er in der Gruppe nicht rauchen darf. Anfangs schottet er sich auf den Ausflügen oder auf dem Weg zum Café von der Gruppe ab, um unterwegs rauchenden Personen eine Zigarette für 20 Cent abzukaufen. Dadurch gerät die Gruppe in Schwierigkeiten, weil die anderen auf ihn warten müssen und deshalb

wütend sind (einmal geht er auch dabei kurzzeitig verloren). Bis auf einen Teilnehmer, der im Berufsleben viel geraucht hat, sind alle Gruppenteilnehmer überzeugte Nichtraucher, sie lehnen Herrn A. und sein Verhalten ab. Nach einem Gespräch der Gruppenleiterin mit der Ehefrau von Herrn A. gibt diese seither einem Betreuer ein Päckchen mit ein paar Zigaretten für den Fall mit, dass ihr Mann rauchen möchte. Jetzt wendet sich Herr A. auf unseren Spaziergängen oder auf dem Weg zum Café immer an den Betreuer und es entstehen keine Konfusion oder ungewollte Wartepausen mehr für die Gruppe. Auch toleriert die Gruppe jetzt sein Verhalten mit Amusement.

Herr A. kennt die ablehnende Haltung gegenüber dem Rauchen auch von zu Hause her. Inzwischen hat er gelernt, während der Planungstreffen länger zu warten, und will nicht mehr wie früher schnell einmal rausgehen, um zu rauchen. Jetzt schlägt er nach angemessener Zeit immer als Erster in der Runde vor, „wann es ans Spaziergehen geht, um wieder ordentlich zu laufen“, worüber die Gruppenteilnehmer je nach Lust und Laune abstimmen – nicht ohne sich eine bissige Bemerkung über sein tatsächliches Bedürfnis zu verkneifen.

Diskussion der Effektivität der psychosozialen Gruppenarbeit

In Gatterer (2007) werden Ergebnisse von Studien zusammengefasst, in denen Effekte von psychosozialen Maßnahmen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen untersucht wurden. Ein Ergebnis ist unter anderem, dass individualisierte, biografische Unterstützungsprogramme effizienter als globale Trainings von Funktionen sind. Ein weiteres Ergebnis ist, dass psychosoziale Maßnahmen einen messbar positiven Einfluss auf den Verlauf der Demenzerkrankung haben, indem Verhaltensstörungen positiv beeinflusst und die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden. Dadurch kann eine signifikant längere Betreuungszeit zu Hause erreicht werden.

Diese Ergebnisse lassen sich durch die eigene Gruppenerfahrung bestätigen: Die Kommunikationsfähigkeit in der Gruppe hat sich verbessert, die Verhaltensstörungen haben sich verringert oder werden von der Gruppe toleriert. Die Gruppe besteht seit nahezu vier Jahren, und trotz Verschlechterung des Krankheitsbildes – uns Betreuern ist die Entwicklung zur mittelschweren bis schweren Demenz kaum negativ aufgefallen – stellt niemand das Weiterführen der Gruppe in Frage. Zu erkennen ist, dass sich Mitgefühl und Selbstwertgefühl als wesentliche Bestandteile des Gruppengefühls herauskristallisiert haben, ebenso wie innerhalb dieses positiven Bezugssystems Personen und Ereignisse für die dementen Gruppenmitglieder erinnerbar werden.

Eine offene Frage ist, ob die Teilnehmer lernen könnten, Verständnis bzw. Entschleunigung für sich in kleineren kommunikativen Kontexten einzufordern, ähnlich wie beim oben geschilderten Kaffeetrinken. Eine andere weitergehende Frage ist, ob das Gefühl

der Achtsamkeit und das daraus resultierende Mitgefühl durch die Elemente Wiederholung und Ausdauer so verstärkt werden, dass dieses positive Gefühl nicht „irgendwie“, sondern durch Bildung tatsächlicher synaptischer Verbindungen Erinnerung ermöglicht (Singer & Ricard, 2008).

Um zum Praktischen zurückzukehren: Die Merkmale des Gruppengefühls, Mitgefühl und Selbstwertgefühl, helfen den Teilnehmern der Gruppe, sich in anderen institutionellen Kontexten außerhalb der Gruppe zurechtzufinden, z.B. in weitergehenden Betreuungsangeboten der Tagespflege, in die einige Teilnehmer der Gruppe seit einem Jahr gehen. Durch das erworbene Gruppengefühl besitzen sie die Fähigkeit, sich aufeinander zu beziehen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Ein Beispiel: Herr E., der seit neuestem in der Tagespflege ist, hilft dem Gruppenmitglied Herrn C. in die Jacke, wenn die Tagespflege zu Ende geht. Das ist für Herrn C., wenn er am Ende des Tages ist und in der Hektik der Situation nicht mehr versteht, was los ist, das Startsignal zum Gehen. Herr E., kennt diese Geste des In-die-Jacke-Helfens aus der Gruppe von Herrn C., der in seinem Berufsleben in der Modebranche gearbeitet hat.

Unseres Erachtens liegt die Effektivität einer personenzentriert geleiteten Gruppenarbeit darin, dass dadurch langfristige Versorgungskonzepte zu Hause einfacher möglich werden. Weitergehende, familienentlastende Angebote wie Tagespflege stoßen auf mehr Akzeptanz bei den demenzkranken Menschen, einfach dadurch, dass sie sich nicht so verloren fühlen, wenn ein Bekannter aus der Gruppe da ist. Auch die Angehörigen wollen schließlich, dass Demenzkranke nicht nur untergebracht sind, sondern sich dort auch wohlfühlen können.

Literatur

- Gatterer, G. (2007). Effizienz spezifischer neuropsychologischer und klinisch-psychologischer Interventionen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40, 88–95.
- Bischoff, R., Simm, M. & Zell, R. (2004). *Der Kampf gegen das Vergessen*. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung.
- Singer, W. & Ricard, M. (2008). *Hirnforschung und Meditation. Ein Dialog*. Frankfurt/M: Suhrkamp.
- Rogers, C. R. (1973/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. R. (1977/2004). *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Hüther, G. (2001). *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Unterstützungsprogramme für Angehörige und familienentlastende Projekte

Um die häusliche Versorgung zu gewährleisten, sind kontinuierliche Unterstützungsprogramme für pflegende Angehörige unumgänglich. Neben der Möglichkeit der Einzelberatung bieten wir eine angeleitete Selbsthilfegruppe für die Ehefrauen in Form von vierteljährlichen Workshops an, bei denen geeignete Referenten zu den von den Ehefrauen selbst gewählten Themen Stellung nehmen. Um die Bedingungen der Arbeit mit Angehörigen aufgrund unserer Erfahrungen zu skizzieren und auszuwerten, wäre ein weiterer Artikel nötig. Für die Ehefrauen selbst bedeutet die Selbsthilfegruppe im Wesentlichen die Möglichkeit, einander gegenseitig zu stärken, ihre Erfahrungen auszutauschen und sich teilweise privat zu Unternehmungen am Wochenende zu treffen, um nicht immer alleine mit dem kranken Ehepartner zu sein.

Für uns Betreuer sind die Ehefrauen in den Workshops im Wesentlichen Stichwortgeber für die Planung von Unterstützungsangeboten an ihrer Bedürfnislage entlang, wie z. B. dem kürzesten Kurzzeitpflegeangebot (ein bis zwei Übernachtungen), wenn sie ungestört an Familienfesten oder Theateraufführungen teilnehmen wollen. Auch hier kommt, wie oben geschildert, das Gruppengefühl positiv zum Tragen, wenn es gilt, ein erweitertes Betreuungsangebot in Form einer Kurzzeitübernachtung von ein bis zwei Nächten ohne Stress für die demenziell Erkrankten zu schaffen.

Eine weiteres Projekt ist, Sportgruppen für demenziell Erkrankte im mittelschweren Stadium zu ermöglichen, da die Gruppenteilnehmer entweder aus Sportgruppen herausgefallen oder in keine Sportgruppe integriert sind. Diese Sportgruppe wird in Kooperation mit einem Verein konzipiert, der sich auf Gesundheitssport spezialisiert hat.

Autorin:

Ellen Ensinger-Boschmann, Dipl. Päd. und Soz. Arb., arbeitet seit 13 Jahren in der Beratungsstelle VIVA, die nach neuen Wegen bei der psychosozialen Versorgung alter Menschen, besonders der altersverwirrten Menschen, sucht. Ein Arbeitsschwerpunkt ist der Personenzentrierte Ansatz (PZA)

Korrespondenzadresse:

*Ellen Ensinger-Boschmann
Beratungsstelle Viva für ältere Menschen und ihre Angehörigen
68309 Mannheim, Jenaer Weg 7/2
Telefon: 0049-621-703435
E-Mail: e.boschmann@beratungsstelle-viva.de*

Mark Galliker

Gesprächspsychotherapie mit einer älteren Frau

Zusammenfassung: Dargestellt wird der therapeutische Prozess bei einer 73-jährigen depressiven Frau. Die ersten Therapiestunden standen ganz im Zeichen der Herstellung eines Kontaktes zur Klientin. Der Therapeut konzentrierte sich zu Beginn der Therapie auf die Wiedergabe ihrer verbalen Beiträge und später dann auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte. Er unterstützte so gut wie möglich die Exploration der Klientin und gelangte zunehmend von einseitig empathischen zu dialogischen Wiedergaben.

Schlüsselwörter: Zugehende Beratung und Therapie, Verbalisierung, Selbstexploration, empathische und dialogische Resonanz, therapeutischer Prozess

Abstract: Talking therapy with an elderly woman. The therapeutic process of a 73-year-old woman with depression is presented. The first hours were used entirely to establish contact with the client. The therapist initially focused on reflecting the client's utterances and later on the verbalization of emotional experiences. He supported the client's self-exploration as far as possible and increasingly progressed from unilateral empathetic reflection to dialog-based reflection.

Key words: proactive counseling and therapy, verbalization, self-exploration, empathetic and dialog-based resonance, therapeutic process

Die im Folgenden beschriebene Gesprächspsychotherapie (GPT) mit einer 73-jährigen Frau¹, welche in psychopathologischer Hinsicht als depressiv und alkoholabhängig eingestuft wurde, dauerte 32 Therapiestunden. Es handelt sich um einen Praxisbericht, in dem einige wenige relevante Gesprächsausschnitte dargestellt werden und auf theoretische Erörterungen weitgehend verzichtet werden muss. Der Bericht gliedert sich in drei Teile, wobei die einzelnen Abschnitte durch einen Wohnortswechsel der Klientin während der Therapie und durch die Eingewöhnung am neuen Wohnort extern vorgegeben wurden.

Die Therapie wurde im Rahmen der so genannten *Zugehenden Beratung und Therapie* einer ambulanten Beratungsstelle für ältere und verwirrte Menschen und ihre Angehörigen in einer süddeutschen Industriestadt durchgeführt. Bei dieser Vorgehensweise geht es im Unterschied zur „Prä-Therapie“ nicht in erster Linie darum, individuelle Bedingungen für Veränderungen mitunter im Sinne von Rogers' (1959/1987) erster Voraussetzung zu persönlichen Veränderungen in der Therapie zu fördern (vgl. u. a. Prouty, 1998), sondern objektive (insbesondere räumliche) Voraussetzungen für ein Individuum so zu gestalten, dass eine Therapie realisierbar wird (vgl. u. a. Karl & Nittel, 1980). Bei den ersten fünf – noch nicht elektronisch festgehaltenen – Therapiestunden (s. u.) handelte es

sich vor allem um einfache verbale Wiedergaben im Sinne der klassischen GPT (Rogers, 1942/1985).

Anhand der im Folgenden in komprimierter Form dargestellten Fallgeschichte soll der Frage nachgegangen werden, ob sich die Durchführung einer GPT mit einer älteren Klientin überhaupt als sinnvoll erweisen kann. Obwohl dies seit Jahrzehnten wissenschaftlich nicht mehr in Frage gestellt wird (vgl. u. a. Bergeest & Rönnecke, 1980), ist die Auffassung nach wie vor weit verbreitet, dass Psychotherapie – und insbesondere auch GPT – mit älteren Menschen ein wenig lohnendes oder sogar riskantes Unterfangen darstellt. Beim vorliegenden Beispiel kommen neben der Voraussetzung des Alters noch weitere Faktoren hinzu, die eine GPT als fragwürdig erscheinen lassen könnten: Das Setting (GPT bei der Klientin zu Hause) ist ungewöhnlich, und zwischen der Klientin und dem Therapeuten bestehen relativ große Unterschiede im sprachlichen Ausdruck. Ist die Durchführung einer GPT nur mit Angehörigen der Mittelschicht möglich, die vielleicht noch über besondere Kompetenzen hinsichtlich der Verbalisierung verfügen, oder hängt der therapeutische Fortschritt eher von anderen Faktoren ab?

Anmeldungsgrund

Frau K. wurde von einer Sozialarbeiterin wegen einer schweren Depression und eines massiven Alkoholproblems zur Therapie angemeldet. Die Klientin wollte allerdings von Ärzten, Psychiatern,

1 Die in diesem Artikel angeführten Informationen (Namen, Altersangaben usw.) wurden ohne wesentliche Informationsverluste anonymisiert und leicht verändert.

Psychologen und Sozialarbeitern nichts mehr wissen. Angesichts des sehr schlechten Befindens von Frau K. vereinbarte man dennoch, einen Therapieversuch zu wagen. Unter Berücksichtigung der psychiatrischen Diagnose (Anpassungsstörung mit lang andauernder depressiver Reaktion bei einer instabilen Persönlichkeit mit Alkoholabusus) äußerten die Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle den Verdacht auf Borderline. Schließlich wurde eine Persönlichkeitsstörung mit einem Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie im Selbstbild, verbunden mit deutlicher Impulsivität, angenommen (DSM-IV, 301.83).

Gemäß OPD (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) zeigte sich ein „geringes strukturelles Integrationsniveau“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 120). Diese Diagnose verwies insbesondere auf Probleme hinsichtlich der Kompetenz, eigene Impulse, Affekte, den Selbstwert und damit Bezüge zu den Mitmenschen genügend regulieren zu können. Bei der innerhalb der Beratungsstelle bestehenden möglichen Alternative GPT versus KVT (Kognitive Verhaltenstherapie) wurde aufgrund der Inkongruenz der Klientin und der zunächst in keiner Weise gegebenen Compliance die erste Option gewählt. Die Inkongruenz der Klientin wurde vor dem Hintergrund des siebenstufigen *Prozesskontinuums (PK)* von Rogers (u. a. 1961/2006), dessen oberste Stufe die (kaum je realisierbare) Leitvorstellung der so genannten *fully functioning person* darstellt, sowie der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)*, insbesondere der hinsichtlich der GPT besonders relevanten Achse IV (Struktur), betrachtet (Arbeitskreis OPD, 2006).

Die Strukturachse der OPD bezieht sich auf das *Selbst* in seiner Beziehung zu den so genannten Objekten (Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Selbstkontrolle; Möglichkeit bzw. Unmöglichkeit zur inneren und äußeren Abgrenzung). Mit zunehmend geringerem Strukturniveau wird gemäß OPD sehr viel häufiger von Persönlichkeitsstörungen ausgegangen (Oberbracht, 2005). Die mit diesem OPD-System anvisierte Struktur bezieht sich auf die Verfügbarkeit über psychische Funktionen in der Regulierung des Selbst und seiner Beziehung zu inneren und äußeren Objekten. Der Grad der Verfügbarkeit oder der Einschränkung wird anhand des Integrationsniveaus (gute, mäßige, geringe Integration, Desintegration) der jeweiligen Funktionen beschrieben. Von den sechs Strukturdimensionen betreffen die ersten drei das Selbst (Selbstwert, Selbststeuerung, Abwehr) und die weiteren drei den Bezug zu den Objekten (Objektwahrnehmung, Kommunikation, Bindung).

Zur theoretischen sowie praktischen Orientierung im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) wurde auch das nicht psychopathologisch verfasste und unmittelbar auf das Geschehen im Gespräch hin ausgerichtete humanpsychologische Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation (vgl. Schulz von Thun, 1981) beigezogen und jeweils hinsichtlich des verbalen, präverbalen und nonverbalen Verhaltens der Beteiligten befragt (Galliker & Weimer, 2006).

Die genannten Instrumente und Modelle wurden allerdings bewusst ausschließlich in einem heuristischen Sinne verwendet (vgl. Bossi & Biermann-Ratjen, 2007). Der Therapeut versuchte der Klientin möglichst unbefangen und eben *nicht* theoriezentriert zu begegnen. Im Verlaufe der Therapie spielten die angeführten Hilfsmittel für den Therapeuten dann auch eine immer geringere Rolle; ja die vorgängigen Diagnoseversuche wurden schließlich einfach vergessen. Jedenfalls tauchten sie im Diskurs der Supervision *nie* wieder auf.²

Anamnese

Frau K. (73 J.) arbeitete seit ihrem 17. Lebensjahr als Hilfsarbeiterin in einer Großgießerei in einer süddeutschen Industriestadt. Später war sie in einer industriell betriebenen Großwäscherei beschäftigt. In beiden Unternehmen musste sie sehr hart körperlich arbeiten. Sie war stolz auf ihre damaligen Leistungen. Dieselben waren eine Bestätigung, die sie für ihr Selbstwertgefühl zeitlebens brauchte. In der Großgießerei lernte Frau K. – damals noch Fräulein P. – schon bald einen acht Jahre älteren Mann kennen. Herr K. war ein gut aussehender, geselliger Facharbeiter, der in seiner Freizeit als Leader einer Band zum Tanz aufspielte und dem Alkohol schon in jüngeren Jahren nicht abgeneigt war. Als Fräulein P. im Alter von 18 Jahren von Herrn K. schwanger wurde, wollte sie ihn *nicht* heiraten; ihr war bewusst, dass er ihr nicht treu sein konnte. Auf Druck ihrer Mutter, die den jungen Arbeiter bewunderte, heiratete sie ihn schließlich dennoch.

Frau K. gebar drei Kinder. Ihr Mann war mit der Zeit immer selbener zu Hause. Wenn er nicht selbst bei einer Veranstaltung auftrat, trieb er sich in Nachtclubs herum und kam häufig erst frühmorgens alkoholisiert nach Hause. Stellte sich ihm seine Frau in den Weg, dann schlug er sie, und auch gegenüber den Kindern verhielt er sich aggressiv. Aus Rache, weil ihre Mutter sie zur Heirat gezwungen hatte, weigerte sich Frau K., ihren Sohn der Mutter, die keine Erfahrung mit einem männlichen Kind besaß, zur zwischenzeitlichen Betreuung zu überlassen.

Nach vielen tristen Ehejahren veranlasste Frau K. gegen den Willen ihres Mannes die Scheidung und setzte diese dann auch gegen allen Widerstand durch. Fortan hatte Frau K. besonders mit den Kindern Probleme und das Jugendamt wurde eingeschaltet. Doch laut Aussage von Frau K. konnte sie diesem gegenüber klarstellen, dass sie ihre Kinder nicht schlug. Einige Jahre nach der Trennung lernte Frau K. Herrn E. kennen. Herr E. war ein eher ernster und zurückhaltender Mann. Sie musste ihn manchmal dazu überreden, mit ihr am Samstagabend tanzen zu gehen. Frau K.s ehemaliger Mann reagierte unverhältnismäßig eifersüchtig auf Herrn E.

² An dieser Stelle möchte ich mich bei Rosina Bossi, Agnes Kraft, Jörg Merz und Urs Muigg für ihre Unterstützung herzlich bedanken.

Nach jahrelanger Trennung konnte Herr K. seine Ex-Frau dazu überreden, wieder mit ihm zusammenzuziehen. Wegen der in Aussicht gestellten Rente willigte sie schließlich ein; handelte mit ihm jedoch aus, dass Erotik aus der künftigen Beziehung – wie während der Trennungsphase – ausgeschlossen bliebe. Sie stellte gegenüber ihrem Mann klar, dass die „Wiedervereinigung keinesfalls aus Liebe“ erfolgen würde. Doch die Familie war nun wieder zusammen. Regelmäßig besuchten die inzwischen erwachsenen Kinder (zwei Töchter und ein Sohn) mit ihren Kindern (insgesamt neun Enkeln) ihre Eltern bzw. Großeltern an Sonntagen. Doch nach einigen wenigen Jahren schon erkrankte Herr K. und die Klientin pflegte ihn bis zu seinem Tode.

Frau K. blieb nach dem Tode ihres Ehemannes an Sonntagen alleine in ihrer Wohnung. Sie war sehr unzufrieden mit sich und der Welt. Sie vernachlässigte sich, begann zu rauchen und zu trinken. Ihre Wohnung wurde unordentlich und schmutzig. Sie bekam keinen Besuch mehr. Wenn sie jemanden im Treppenhaus oder auf der Straße vor dem Haus traf, kam es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem Streit. Frau K. verließ ihre Wohnung und schließlich auch das Bett immer seltener. Wenn sie einmal ausging, war sie zu den Leuten aggressiv. Auch mit ihren nächsten Angehörigen zerstritt sie sich. Seit Monaten sah sie ihre drei Kinder und ihre acht Enkel nicht mehr. Mit ihrer ältesten Tochter und Lieblingstochter R. telefonierte sie höchstens noch einmal pro Monat. Bei einem dieser Gespräche versicherte sie der Tochter, dass sie niemanden mehr sehen wolle, worauf auch dieser spärliche Kontakt unterblieb. Frau K. war verbittert und manchmal auch aufgewühlt. Dabei machte sie aus ihrem Hass auf alle und alles keinen Hehl mehr.

Kurz vor Beginn der Therapie kam es zu einer Auseinandersetzung mit der Vermieterin, weil diese behauptet hatte, Frau K. würde die Haustreppe nicht mehr richtig reinigen. Frau K. sah sich ungerecht behandelt; unter anderem auch deshalb, weil ihr Nachbar, ein älterer Herr, mit dem sie sonst verhältnismäßig gut auskam, noch nie die Treppe gereinigt hatte und dies von der Vermieterin noch nie beanstandet worden war. Sie beschimpfte die Vermieterin so heftig, dass diese ihr kündigte. Hierauf vermittelte ihr der gesetzliche Betreuer (Herr D.) ein Appartement im Rahmen des betreuten Wohnens in einem Quartier am anderen Ende der Stadt.

Beginn der Therapie

Eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle fragte beim Therapeuten an, ob es ihm noch möglich sei, mit Frau K. eine Psychotherapie zu Hause durchzuführen. Der Therapeut vertrat gegenüber der Beraterin zunächst die Meinung, dass die Klientin aufgrund ihres noch nicht allzu hohen Alters die Beratungsstelle in der Innenstadt aufsuchen könne. Die Beraterin erachtete diesen Vorschlag jedoch zumindest für die ersten Therapiestunden als unrealistisch, und zwar aus folgenden Gründen:

- Die Klientin wohnte in einem Außenbezirk der Stadt. Die Fahrt mit der Straßenbahn dauerte 20 Minuten. Außerdem waren es rund fünf Minuten von Zuhause zur Straßenbahnhaltestelle und zirka zehn Minuten von der Endhaltestelle zur Beratungsstelle.
- Beim ersten Besuch auf der Beratungsstelle wäre eine Begleitung hin und zurück durch die Beraterin oder eine andere Betreuungsperson notwendig gewesen, denn seit dem Tod ihres Mannes bewegte sich die Klientin – wenn überhaupt – nur noch zu Fuß innerhalb ihres Stadtteils.
- Auch bei einem geglückten Therapiebeginn mit Einwilligung der Klientin wäre die Fortsetzung zumindest fraglich gewesen. Die Klientin wäre aufgrund ihrer Einstellung gegenüber Ärzten, Psychiatern und anderen Betreuungspersonen wahrscheinlich zu wenig motiviert gewesen, den langen Weg ein zweites Mal – und nun alleine – zurückzulegen.
- Die Klientin würde, auch wenn sie wirklich mit einer Psychotherapie einverstanden wäre und wider Erwarten den Weg alleine finden würde, aufgrund ihres Alkoholproblems und ihrer Nikotinsucht sicherlich unterwegs bei einem Café oder einem Kiosk „hängenbleiben“.

Die Beraterin rief einige Tage später den Therapeuten nochmals an und informierte ihn über das Einverständnis von Frau K. für einen ersten Besuch. Als der Therapeut an dem mit der Beraterin vereinbarten Termin an der Wohnungstüre der Klientin läutete, tat sich zunächst gar nichts. Erst nach mehrmaligem „Rufen“ öffnete sich die Türe und Frau K. meldete sich mit den Worten: „Was wollen Sie hier eigentlich?“ – „Ach, Herr G.?“ – „Mit Ihnen habe ich überhaupt nicht gerechnet!“ Nach einer längeren Pause sagte Frau K.: „Ah so, also – jawohl, Sie können schon reinkommen“.

Die Klientin, eine eher klein gewachsene, hübsche ältere Frau, war damals noch sehr mager und hatte kurze, fettige Haare. Das Aussehen von Frau K. machte den Anschein, als ob der Gram seit einiger Zeit „direkt an ihr zehrte“, weshalb sie trotz aller körperlicher Vorzüge „gar nicht gut aussah“, wie sich Herr D. dem Therapeuten gegenüber ausdrückte.

In der Wohnung (drei Zimmer) herrschte eine große Unordnung. Der Therapeut saß der Klientin an einem niedrigen rechteckigen Sallontisch in dem wenig gepflegten Wohnzimmer gegenüber. Auf dem Tisch befanden sich ein Teller mit einem halb gegessenen Kotelette, einige Bierflaschen und viele Zigarettensammel.

Ein richtiges Gespräch kam beim ersten Treffen nicht zustande. Von einem offensichtlich andauernden, nagenden Kummer innerlich hart geworden und mit stillem, unnachsichtigem Pessimismus erfüllt, gab die Klientin höchstens kurz angebundene Antworten und verschloss sich dem Therapeuten gegenüber. Die Klientin gab aber dem Therapeuten immerhin zu verstehen, dass sie sich ihm gegenüber „nicht öffnen“ wolle und „keine Beziehung“ wünsche. Sie appellierte auch nonverbal an ihn, sie gefälligst „nicht zu stören“. Auf ausdrückliche Fragen hin stellte sie diese Verneinungen

wiederum in Abrede. Diese erste „Therapiestunde“ war in Wirklichkeit eine mit vielen längeren Pausen durchsetzte „Fragestunde“. Immerhin konnte aber nach dieser ersten Stunde ein zweiter Termin vereinbart werden.

Erste Therapiephase

Eine Woche später ließ die Klientin den Therapeuten zunächst wieder längere Zeit vor der Wohnungstüre warten, bevor sie ihn mit den Worten hineinließ: „Mit Ihnen habe ich gar nicht gerechnet, ich wollte gerade fortgehen, da haben Sie jetzt aber Glück gehabt. Was wollen Sie überhaupt hier? Ich will doch gar nichts von Ihnen. Was meinen Sie eigentlich, wer Sie sind, Sie Klugscheißer.“

Besonders in der ersten Therapiephase (bis zur 7. Stunde; s. u.) musste der Therapeut von Frau K. einiges einstecken. Auch in späteren Phasen der Therapie fühlte er sich manchmal durch seine Klientin verletzt. Dennoch fand der Therapeut die unglückliche Frau von Anfang an auf eine Art sympathisch. Die Ausdrucksweise der Klientin klang für „Mittelschichtsohren“ vielleicht etwas derbe, doch das war offenbar ihre Art sich auszudrücken, und sie war zumindest offen und ehrlich, sagte jeweils direkt heraus, was sie dachte ohne Rücksicht auf mögliche Verluste.

In den ersten Stunden sprach Frau K. mit einer eher monotonen Stimme. Sie wurde in ihrer „Erzählung“ vom Therapeuten mühsam unterstützt. Die Klientin sagte in einem für den Therapeuten manchmal noch schwer verständlichen Soziolekt, dass sie mit niemandem mehr etwas zu tun haben wolle, schon gar nicht mehr mit ihren Kindern und früheren Bekannten. Die für den Psychotherapeuten (mitunter auch körperlich) spürbaren seelischen Schmerzen, ihre tiefe Enttäuschung, manchmal fast schon Verzweiflung, verbalisierte sie in keiner Weise. Anregungen zur Verbalisierung wies sie zurück, und insbesondere für die vorschnelle Frage, ob sie ihren seelischen Schmerz auch körperlich spüre, hatte sie wenig übrig. Die Klientin wirkte niedergeschlagen und trübsinnig, oft mürrisch, bitter, ja manchmal auch verächtlich und feindselig. Die Grundstimmung war aber Niedergeschlagenheit und vordergründig Ergebenheit in das eigene Schicksal.

Die Klientin wollte eigentlich einfach in Ruhe gelassen werden und endlich Ruhe finden. Mehr wollte sie ursprünglich gar nicht, und der Therapeut kam sich auch bei diesem zweiten Besuch noch als Eindringling vor; er wollte sich schon bei der Klientin entschuldigen und sich am Ende der Stunde endgültig von ihr verabschieden, als diese sich plötzlich nach einem neuen Termin erkundigte.

In den nächsten fünf Therapiestunden wurden von der Klientin folgende Themen angesprochen:

- Ehe
- Kinder
- Enkel
- Scheidung

- Pflege des Mannes
- Frühere Arbeit (Gießerei, Wäscherei)
- Kündigung und bevorstehender Umzug

Zunächst kamen die Gespräche nur stockend voran. Der Therapeut hatte nach wie vor das Gefühl, manchmal Fragen stellen zu müssen. Er fürchtete, dass es nicht weiter gehe und Frau K. den Kontakt abbrechen würde, denn in der dritten Stunde sagte die Klientin nach einer längeren Gesprächspause: „Es hat doch alles keinen Zweck, hören wir doch endlich auf damit.“

Der Therapeut „hörte“ dann diesen Satz immer wieder, wenngleich ihn die Klientin später nur noch einmal wiederholte. Er entschloss sich, vorerst so gut wie möglich i. S. des frühen Rogers (1942/1985) vorzugehen und sich auf die verbalen Äußerungen der Klientin zu zentrieren, wenn möglich auf die wenigen mit Gefühlston, was jedoch oft sehr schwierig war und nicht immer gelang. Die Vornahme genauer Wiedergaben ist zwar strukturell einfach, doch in der Durchführung sehr anspruchsvoll und in der Praxis für viele Therapeuten wohl selten oder vielmehr kaum je in der Perfektion realisierbar, wie dies Rogers im Gespräch mit Gloria demonstriert hat (Näheres in Klein & Galliker, 2007). Immerhin sprach die Klientin mit der Zeit etwas fließender; hin und wieder erzählte sie auch schon von Ereignissen, nach denen der Therapeut sich nicht einmal erkundigt hatte. Die Pausen wurden von Stunde zu Stunde seltener und auch etwas kürzer.

Während der ersten Therapiephase (sie dauerte bis zum Umzug der Klientin nach der 7. Therapiestunde) *erschloss* sich dem Therapeuten ein innerer Bezugsrahmen, der von Verlust, Resignation, Ressentiments, Schutz vor feindseligen Menschen, Eigenständigkeit sowie Erklärbarkeit der Einsamkeit geprägt war (allerdings wurde dieser Bezugsrahmen noch keineswegs von der Klientin selbst i. e. S. persönlich eröffnet). Weder von der Klientin noch vom Therapeuten wurden Probleme (z. B. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, Einsamkeit) angesprochen oder gar Gefühle (z. B. Hass) zu verbalisieren versucht. Die Klientin wirkte dadurch manchmal rigide. Befriedigungsmöglichkeiten schienen deutlich eingeschränkt zu sein. Einmal erzählte sie von einem „Ausraster“. Doch der Hintergrund all ihrer Beiträge war eine immense Einsamkeit und scheinbare Machtlosigkeit derselben gegenüber. Der Therapeut beschränkte sich in seinem Vorgehen im Wesentlichen darauf, ihrer Resignation behutsam eine Stimme zu geben.

Die Beziehung zwischen Klientin und Therapeut blieb aber distanziert. Die Klientin versprach sich offenbar nicht viel von dieser „Gesprächspsychotherapie“. Aber sie sprach mit diesem Therapeuten (allerdings recht vordergründig und vielleicht auch nur, weil er jede Woche doch etwas Abwechslung in ihr Leben brachte). Der Therapeut fühlte sich jeweils vor und noch einige Zeit nach der Begrüßung beklommen. Während der Therapiestunde löste sich jedoch dieses Gefühl allmählich auf, am Ende der Stunde war der Therapeut meistens lockerer. Und er ging immer wieder gern zur

Klientin; warum, konnte er selbst nicht richtig verstehen. Sie hatte für ihn von Anfang an neben allem Abweisenden etwas Anziehendes an sich; genau wusste er aber nicht, was das war. Vielleicht war es auch nur so eine diffuse Erwartung, die er als wohltuend empfand.

Der Therapeut sprach während der ganzen Therapie von sich aus das Alkohol- und Nikotinproblem von Frau K. *nie* an. Auch die Klientin kam selten darauf zu sprechen. Dies war erstmals gegen Ende der ersten Therapiephase der Fall. Aus dem folgenden Gesprächsausschnitt³ geht hervor, dass die Klientin nach dem Tod ihres Mannes zu rauchen angefangen hatte.

Gesprächsausschnitt (7. Stunde)

K23: *Der Doktor hat mich abgehört wegen dem Husten und gsagt, dass es nicht gut aussieht. Sie kriegens auf der Lung. Der war bös dieser, dieser –Arzt.*

T24: *Der hat geschimpft mit Ihnen?*

K24: *Der hat gesagt, seit Ihr Ehemann gestorben ist, sind Sie anders geworden.*

T25: *Eben, also zum Beispiel zu rauchen haben Sie begonnen.*

K26: *Ah joo*

T26: *Also mit dem Tod Ihres Mannes haben Sie zu rauchen begonnen. Fast, fast – ah – ein paar Tage später.*

K27: *Ja -- ... und seitdem habe ich zu rauchen begonnen ... es wären ... am 23. (Monat) wären es fünf Joohr – ah.*

T27: *Kann ich sagen, dass er Ihnen fehlt, oder, der Mann?*

K28: *Manchmal sowieso -. Was ist manchmal?*

T28: *Manchmal*

K29: *Manchmal ja, die meiste Zeit ja, ich mache manchmal den Radio nicht an, weil er hat ja auch viel Musik gemacht.*

T29: *Ja, selber gespielt.*

K30: *Hat selber Musik gespielt, joo. Und wenn bei einem Sender Musik kommt, mit Schlager, da – da drück ich gleich um.*

T30: *Ah so, dann hören Sie das oder*

K31: *Ah joo – nei. Ich drück um, wenn die Schlager kommen.*

T31: *Die haben Sie nicht gern oder ... was hat*

K32: *Ich kann die Lieder nicht hören.*

T32: *Was hat er denn gespielt?*

K33: *Mein Mann?*

T33: *Ja.*

K34: *Der hat Ziehharmonika gespielt.*

T34: *Ja, wel*

K35: *und Schlagzeug.*

T35: *Ja – welche Musik hat er gemacht? Auch Schlager?*

K36: *Ah joo, der hat alles gespielt.*

T36: *Schlager zum Tanzen?*

K37: *Ah joo.*

T37: *Ja.*

K38: *Die Zeiten sind halt vorbei. ...*

T38: *Das haben Sie halt ah – jetzt akzeptiert, aber es ist leer, leerer, seit er nicht mehr da ist, oder?*

K39: *Ja, es ist ruhig, es ist still. (Th: Ja) Die Kinder kommen nicht mehr. ... Was will I do sagen? Was will ich machen?*

T39: *[Räuspern] Kommen sie nicht mehr, die Kinder?*

K40: *-- Die werden kommen, wenn ich in einer anderen Wohnung bin. Ich krieg ja eine andere Wohnung – durch den Herrn D.*

T40: *Und da kommen dann die Kinder. Da, da glauben Sie, dass die Kinder kommen.*

K41: *Die kommen dann, das weiß ich.*

T41: *Kommen sie hierhin nicht wegen der Wohnung?*

K42: *Ja.*

T42: *Was sagen sie denn zur Wohnung?*

K43: *Gar nichts. Zu der Wohnung nichts. Aber man kann da nicht sitzen.*

T44: *Man könne nicht sitzen hier.*

K45: *Die können nicht sitzen.*

T45: *In der neuen Wohnung hat es vielleicht mehr Platz [unsicher]?*

K46: *Mmh.*

T46: *Und wo wohnen die Kinder? Hier in der Nähe? Oder in der Nähe der neuen Wohnung?*

K47: *Nee ... die – G. wohnt drin in der Stadt. Und der H. der wohnt in Dings in, in – was weiß I wie das Kaff heißt ... I glaube – Feigele (Feidene) oder Ivese (Ilvese) oder was das isch.*

T47: *Aber in der Nähe von M. (Stadt)?*

K48: *Jaja. (Th: Mmh) Und die R. wohnt nicht weit von do weg (Th: Ja). Also die hat also a mol agrufe--*

T48: *Aber sie die R. kommt auch nicht hierhin -. Ja nur, weil es keinen Platz hat – oder äh?*

K49: *Nee – weil, weil ihnen der Papa gestorben ist.*

T49: *Weil der Vater gestorben ist?*

K50: *Ah joo.*

T50: *Sie sind vorher wegen dem Vater gekommen -- vor allem?*

K51: *Ah ja, die sind wegen uns allen zwei (sehr betont) gekommen. Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?*

T51: *Das geht ihnen nicht ... Sie können das nicht akzeptieren?*

K52: *Nee.*

T52: *Sie wollen quasi Sie nur zusammen – mit dem – ähm – Mann sehen?*

K53: *Ah joo. -- (sehr lange Pause) Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt bleib fort ... aber – Herr D. gesagt, wie er do war, die vorige Woche, ich habe eine Wohnung – mal sehen.*

T53: *Das wäre schön*

K54: *Ja.*

T54: *Und Ihnen macht es nichts aus, da (von N.) weg zu gehen?*

3 Um einen Eindruck vom Soziolekt der Klientin zu geben und dennoch die Lesbarkeit zu erhöhen, wurde bei den folgenden Dialogausschnitten jeweils eine teilweise Annäherung der aufgenommenen Sprache an die Schriftsprache vorgenommen (z. B. „gworden“ für „geworden“). Legende: Kurze (–), längere (––) Pause; betont; (Bemerkungen zum Dialoginhalt); [Paralinguales/Nonverbales]; ... unverständlich.

K55: *Nee – ganz im Gegenteil.*

T55: *Sie sind froh, wenn Sie weggehen?*

K56: *Ich bin froh, wenn ich aus dem Haus komme.*

T56: *Ja, Sie haben mir ja erzählt, da wegen der – Vermieterin und wegen dem Mann da drüben, wegen dem Putzen haben Sie mir erzählt vor einer Woche (K: bestätigendes Geräusch). Da sind Sie froh, wenn Sie wegkommen.*

K57: *Ha joo. Aber mit der habe ich sowieso wieder Krach ghabt.*

Frau K. war im Alltag Affekten ausgeliefert, die sie in der Therapie noch nicht richtig zeigte oder gar zu verbalisieren vermochte. Die Klientin sprach über weite Strecken monoton und machte einen deprimierten, meistens resignierten Eindruck. Alternativ zu einer manchmal doch aufscheinenden diffusen Erregung existierten dann wieder länger dauernde Zustände emotionaler Unbelebtheit. Was steckte hinter ihrer Deprimiertheit und Verbitterung, was drückte ihre Depression aus? Manchmal wirkte die Stimme der Klientin auf den Therapeuten wie durch etwas Vergangenes oder Gegenwärtiges beleidigt; manchmal klang durch die meistens eher düstere Stimmung hindurch auch ganz leise Sehnsucht. Ansonsten gelangten kaum Emotionen an die Oberfläche des Gesprächs, und allenfalls vorhandene „innere Zustände“ oder Erfahrungen wurden schon gar nicht als Gefühle ausformuliert.

In dieser ersten Therapiephase vermochte sich Frau K. auch noch kaum auf ihre Klientenrolle einzulassen. Sie erlebte dieselbe eher als Zumutung und konnte möglicherweise hilfreiche und/oder wohltuende Seiten des psychotherapeutischen Angebots kaum wahrnehmen oder gar nutzen. Der Therapeut hatte den Eindruck, dass es der Klientin eigentlich gleichgültig war, mit wem sie sprach, brachte sie doch kaum je zum Ausdruck, dass sie die Präsenz des Therapeuten nun akzeptierte oder dass sie die Gespräche sogar fortan wirklich wollte. Die Klientin beantwortete die Fragen des Therapeuten meistens nur kurz, nicht ohne zu verstehen zu geben, dass diese Antworten auch für den Therapeuten eigentlich selbstverständlich sein sollten, was mitunter mit der Qualifikation des ausgedehnten „Ah joo“ zum Ausdruck gebracht wurde; ein „Ah joo“, das der Therapeut allerdings mit der Zeit auch als Bestätigung betrachtete bzw. als erstes Anzeichen von Wohlwollen empfand.

Die Klientin machte sich keine Gedanken darüber, was ihre Äußerungen für andere Personen bedeuten konnten. Sie fand ihre Erfahrungen einfach selbstverständlich, setzte sich kaum mit ihnen auseinander und erwartete auch vom Therapeuten nichts oder jedenfalls nicht viel. Die Klientin wollte möglichst schnell „darüber hinwegkommen“ und sich selbst und andere möglichst wenig damit beschäftigen. Es lag ihr fern, sich auf ihr eigenes Erleben und dessen Bedeutung zu konzentrieren. Beispielsweise schien die Klientin sehr darunter zu leiden, dass die Kinder sie nicht mehr besuchen kamen, doch drückte sie niemals Schmerz aus, ja bestritt denselben und versuchte mehrmals, den reinen Sachverhalt zu erklären

(Art der Wohnung; mangelnde Sitzgelegenheit; andere Wohnung; Tod des Vaters).

In dieser ersten Therapiephase wirkte die Klientin meistens kraftlos, doch gab es auch einige Gesprächssequenzeng, die auf Außenstehende sicherlich „irgendwie atemlos“ gewirkt hätten. Die Gespräche kamen zwischenzeitlich immer noch nur mühsam voran. Manchmal war es wie ein vorsichtiges gegenseitiges Abtasten der Gesprächspartner.

Bei der Besprechung des Themas der ausbleibenden Besuche der Kinder folgte der Therapeut einmal dem Wegschauen der Klientin *nicht* (vgl. T52 zu K51), so dass diese plötzlich unwirsch gegenüber den abwesenden Kindern reagierte („Sollen sie halt draußen bleiben. ... Ich hab ihnen gesagt, bleibt fort“). Die Klientin schien sich der Wirkung dieses negativen Appells kaum bewusst zu sein. Sie erzählte fast ausschließlich über äußere Dinge, die zwar gelegentlich auch ein intensiveres Empfinden durchscheinen ließen, doch verortete sie ihre Probleme gänzlich bei anderen Menschen; bei der hier angeführten Gesprächssequenz war dies ausschließlich die Vermieterin, wegen der sie das Haus, in dem sie jahrelang gelebt hatte und das sich in einem Quartier befindet, in dem sie einen großen Teil ihres Lebens verbracht hatte, verlassen musste.

Die Klientin wich dem Therapeuten v. a. dann aus, wenn ihre Verletzungen von diesem tangiert wurden. Beispiel: T50: „Sie (die Kinder) sind vorher wegen dem Vater gekommen – vor allem? K51: Ah ja, die sind wegen uns allen zwei gekommen“. Diese Aussage wurde im Nachhinein mit einer externen Erklärung zwar formal zurückgenommen, aber zugleich inhaltlich legitimiert: „Aber denen geht es halt nicht in den Kopf rein, dass der nicht mehr do sitzt – nicht?“

Im Großen und Ganzen wirkte der Therapeut ruhig und hielt sich eher zurück. Allerdings war er nicht nur vorsichtig und behutsam, sondern auch wachsam, so dass er meistens – keineswegs immer – wie selbstverständlich quasi recht nahe bei dem von der Klientin Dargebotenen blieb. Der Therapeut war sich aber bewusst, dass er bei aller positiven Übertragung vor allem Mitleid mit der Klientin verspürte. Er fühlte sich in seiner Rolle noch nicht so sicher und manchmal recht unwohl oder sogar unbehaglich während dieser ersten Therapiestunden. Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit, ja manchmal Selbstaufgabe (wahrscheinlich aber kaum je Suizidalität) der Klientin stimmten ihn trotz aller Abgrenzungsversuche ebenfalls niedergeschlagen und manchmal selbst hoffnungslos. Aber es gab für ihn immer auch wieder Lichtpunkte. Er spürte, dass hinter der Ausdrucksweise der Klientin (manchmal spröde und zuweilen auch kurz angebunden, ja schroff und mit kaum entgegenkommenden Beiträgen) noch einiges verborgen sein könnte (vgl. u. a. oben T27/K28).

In dieser ersten Therapiephase sah sich der Therapeut manchmal wie mit einer Mauer konfrontiert. Doch handelte es sich für ihn um eine natürliche Gartenmauer, die uneben war, Löcher hatte und teilweise mit Moos und Efeu überwachsen war. Im Innern der Mauer schienen sich auch kleinere Tiere aufzuhalten (Lurche, Käfer usw.)

und hinter ihr vermutete er einen wilden Garten mit zahlreichen Blumen, Bäumen und Tieren, ja vielleicht auch wilden Tieren, die größer und vielleicht teilweise auch weniger harmlos waren als jene in der Mauer. Ermöglichten diese Löcher auch einen Durchblick in den Garten? Der Therapeut fragte sich, ob er hier überhaupt durchblicken durfte. Würde er damit nicht das doch mühsam erkämpfte und noch immer sehr bedingte Vertrauen wieder verspielen? Und weiter: Würde er durch seine Konzentration auf bestimmte Stellen in der Mauer das Elend schlimmstenfalls nur noch verstärken?

Eine außenstehende Person gewinnt nach dieser ersten Therapiephase sicherlich den Eindruck, dass hier zwei Menschen aus zwei ganz verschiedenen Welten aufeinandergestoßen sind und eine entsprechende Spannung besteht. Bildlich gesprochen streckte der Therapeut zu Beginn der Therapie zwar erwartungsvoll seine Arme in Richtung Klientin aus, doch vermochte er sie nicht zu erreichen, denn sie zeigte ihm ihre kalte Schulter, nahm manchmal die Ellbogen zu Hilfe und versuchte auch, dem Therapeuten auszuweichen. Offensichtlich kam noch keine richtige Beziehung zustande, obwohl der Therapeut und sicherlich auch schon manchmal die Klientin sich bemühten, dem jeweiligen Gegenüber trotz allem zu begegnen.

Mittlere Therapiephase

Der Umzug in die neue Wohnung bedeutete die Zäsur zur zweiten Therapiephase (8. bis 20. Sitzung). Diese zweite Phase dauerte von der ersten Stunde am neuen Wohnort bis zur Zeit, als sich die Klientin einigermaßen an die neue Wohnsituation eingewöhnt hatte und schließlich die Gegenstände (u. a. Möbel), die in der neuen Einzimmerwohnung mit Kochecke und Bad („betreutes Wohnen“) keinen Platz fanden, im Keller unterbringen konnte.

Von Anfang dieser Eingewöhnungsphase an äußerte sich die Klientin sehr negativ über ihre neue Wohnsituation. Erstens handle es sich nicht wie von Herrn D. versprochen um eine eigentliche Wohnung, sondern nur um ein Zimmer mit einer Kochecke und einem kleinen Bad und zweitens sei ihr der neue Stadtteil fremd, so dass sie sich nicht weit von ihrem neuen Lebensort entfernen könne, ohne sich zu verirren. Es sei nicht das in Aussicht gestellte „alte Heimatquartier“, sondern eine Neubausiedlung, die sie zuvor nie gesehen habe und mit der sie nichts anfangen könne. Frau K. fand ihre neue Wohnnachbarin und auch die anderen Bewohnerinnen des Hauses überhaupt nicht wie angekündigt freundlich, sondern hochnäsiger und kaum erträglich. Sie würde von ihnen beobachtet und negativ eingeschätzt. Zufällig sei es ihr sogar möglich gewesen, ein Telefongespräch mitzuhören, in dem ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte. Offenbar fühlte sich die Klientin durch diese Frau nach wie vor bedroht und von allen anderen Personen abgelehnt.

Die Klientin vermisste ihre alte, relativ geräumige Wohnung. Die meisten persönlichen Dinge, die sie beim Umzug mitgenommen

hatte (u. a. Möbelstücke, Bilder), konnte sie am neuen Ort gar nicht unterbringen. Wochenlang ließ sie dieselben in ihrem Zimmer herumliegen – teilweise vielleicht auch als Ausdruck dafür, dass sie in ihrem „neuen Zuhause“ noch nicht richtig angekommen war. Erst Wochen später konnten die Gegenstände, die in ihrem Appartement keinen Platz fanden, von einer Helferin im Keller untergebracht werden. Gleichwohl schien die Klientin ihren Umzug nicht wirklich zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme, dem sie nicht mehr gewachsen wäre.

Im Übrigen hatte die Klientin Probleme, ihr emotionales Befinden zu repräsentieren und kognitiv zu verarbeiten. So erzählte sie von ihrem verstorbenen Ex-Ehemann, dessen Bild sie in der neuen Wohnung wider Erwarten wieder aufgehängt hatte (im alten Wohnzimmer hing kein Bild ihres Mannes an der Wand), bei der einen Gelegenheit ausgesprochen positiv und bei der anderen Gelegenheit wieder sehr negativ, ohne sich dieser Ambivalenz je bewusst zu werden und sie zu verbalisieren.

Zu Beginn ihres Aufenthaltes am neuen Wohnort ging Frau K. noch in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Bewohnerinnen und Bewohner des Hauses. Bei ihrem dritten Besuch geschah jedoch einem älteren Herrn ein Missgeschick: Er schüttete ein Glas Cola über ihr Kleid aus, worauf die Klientin ihn als „Sau“ bezeichnete. Einer Mitbewohnerin des Hauses sei dieses Schimpfwort in den falschen Hals gekommen. Diese Frau mache sie jetzt bei jeder Gelegenheit bei den anderen Bewohnern des Hauses schlecht, beispielsweise indem sie von ihr als „Säuferin“ rede. Der Mann selber hätte aber ihren Ausruf als gar nicht so schlimm empfunden, jedenfalls stellte er sich einige Tage später bei einer Begegnung im Treppenhaus selber schalkhaft als „Herr Sau“ vor.

Frau K. erzählte dieses Erlebnis mit ernster Stimme. Ihre Fähigkeit, sich i. S. des OPD-2 mithilfe guter innerer Objekte zu regulieren, schien noch ebenso eingeschränkt zu sein wie ihre Kompetenz, auf äußere Hilfe angemessen einzugehen (als die Klientin einige Wochen später auf diese Episode zurückkam, lächelte sie ein wenig verlegen und bei einer Wiederholung gegen Ende der Therapie konnte sie darüber lachen). Fortan schaute sie zwar etwas mehr auf sich selber als dies früher der Fall war, doch waren die Beziehungen zu anderen Personen nach wie vor durch gegenseitige Abwendung und Ablehnung geprägt.

Während der Zeit der zweiten Therapiephase ging die Klientin kaum mehr aus ihrem Zimmer, um sich im Haus umzuschauen. Das Gebäude verließ sie nur noch, um in einem nahen Laden Zigaretten und Bier zu holen. Ansonsten schien ihr der neue Stadtteil zu unübersichtlich und zu gefährlich. Wenn sie weiter als zum Laden ging, befürchtete sie, dass sie nicht mehr zu ihrem neuen Wohnort zurückfinden würde; also unterließ sie nun solche „Ausflüge“ (einmal musste sie tatsächlich von einem „netten Herrn“ zurückgebracht werden, den sie dann aber an der Haustür ziemlich unwirsch „abfertigte“).

In den Therapiestunden der Eingewöhnungsphase begann sich die Klientin darüber zu beklagen, dass ihr fast nichts mehr Freude bereitete. „Vielleicht mal einen Western im Fernsehen schauen“, das hätte auch schon ihr Mann gerne gemacht, oder „mal etwas Gutes essen“ – ;„aber das sei dann auch schon wirklich alles“. Der Klientin schien es schlechter zu gehen als je zuvor. Trotz der misslichen Situation machte Frau K. seit langem wieder einmal eine neue Erfahrung, doch vermochte sie sich zunächst nicht vorzustellen, was dieselbe bedeuten könnte:

Gesprächsausschnitt (12. Stunde)

K49: *Da hab Ich auch schon rumgegruschelt. – Ich weiß nicht, was mit mir los is. – Ich kas nicht saage. – Ich stelle mei Sach von einem Platz zu dem andere hie.*

T49: *Ah, Sie räumen immer um.*

K50: *Ja, ich räume immer um.*

T50: *Und das ist – das ist (K: was Neues für) – das ist wie eine neue Erfahrung.*

K51: *Ah joo.*

T51: *Das haben Sie nicht gehabt?*

K52: *Ne nee, in N. (anderer Stadtteil) da hab ich und die andere Hälfte von meinem Schrank, die steht jetzt unten im Keller ... Jetzt steht alles in dem Schrank drin.*

T52: *In N. da war alles – hatte alles seinen Platz irgendwie.*

K53: *Hatte alles seinen Platz.*

T53: *Und hier wissen Sie noch nicht ... da räumen Sie immer hin und her.*

K54: *Ha joo --. Da geh ich do hin, dann geh ich zum Schrank, dann mache ich den Schrank wieder ah – dann mache ich den Schrank wieder zu ... [unduldsam aufzählend]. Dann gehe ich wieder hin und hol noch was ... würde sagen, du hast einen Vogel.*

T54: *Sagen Sie etwas zu sich selber? -- Das ehm – der Vogel heißt, dass Sie spinnen, oder? [lacht]*

K55: *Ah joo. – An manchen Tagen komme ich mir vor wie e Dabeti (komme ich mir vor wie bedepert).*

T55: *[Räuspern] Das ist irgendwie eine neue Erfahrung. Es ist einfach, weil es noch nicht alles so*

K56: *Ja, das ...[schnell] ich bin noch nicht richtig eingewöhnt.*

T56: *Ja genau. Sie sind noch nicht so eingewöhnt.*

K57: *Ich bin noch nicht richtig eingewöhnt. [bestätigend]*

T57: *Dann probieren Sie verschiedene Sachen aus.*

K58: *Ah joo. -- Da habe ich ein Bad. Da habe ich einen Berg voll Wäsch. Oh, das muss ich heut auch noch wäsche. Wenn do der Herr D. käämte und würde reingucken, der kriegte einen Herzinfarkt ... Ah ja – das gäbe zwei Maschinen voll.*

T58: *Also der würde das schauen, der Herr D., ob Sie die Wäsche machen?*

K59: *der hat kürzlich die Türe aufgemacht im Bad und hinein geguckt. Aber da habe ich kei dreckige Wäsch hier do ghabt.*

T59: *Also der ist auch schauen gegangen, wie das (K: Ja) aussieht.*

K60: *Ja -- also nicht so als Kontrolle, nei. Der hat halt wissen wolle, – ob ich überhaupt baden tu.*

T60: *Ja, – also nicht, ob Sie da – Ordnung haben oder nicht Ordnung. Es ging nicht um das, sondern*

K61: *Nee –*

T61: *ob Sie sich schon da einigermaßen eingewöhnt haben. (K: ja, aber) ob Sie was brauchen.*

K62: *Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen – doo, ich weiß es auch nicht – Hät der (Herr D.) mich auf die alte S. (alter Kern des Stadtteils, in dem die Klientin früher lebte) getu [vorwurfsvoll], wärs anders da [leicht empört] ...*

T62: *Ja (-) es hätte Ihnen besser gefallen.*

K63: *Do hat mei Tante gewohnt – und meine Kusine wohnt noch dort. Und derer Mann. Die wohne alle noch dort. (Th: hm) ... na.*

T63: *Aber Sie haben ähm – keine Adressen, haben Sie mir gesagt und keine Telefonnummer.*

K64: *Ich wess zwar – wo ich hin muss. Aber ich habe mit dere [ab-schätzig, ja verächtlich] kein Kontakt mehr.*

T64: *Ja, schon vorher nicht mehr.*

K65: *Den hab ich nicht, den habe ich schon an der (Name) Stros schon abbroche.*

T65: *Ja – Sie, Sie haben den abgebrochen.*

K66: *[plötzlich laut und empört] Die hat mit meinem Mann rumgemacht –*

T66: *Sie haben – nichts mehr mit ihr zu tun haben wollen, ja.*

K67: *Nei -- ... hat ein olle Schaaf ...*

T67: *Sie hat Sie verletzt, oder?*

K68: *-- [sich überwindend] Ah ja -- sie hat mal gesagt, wenn ich den will, krieg ich ihn sowieso (Th: Hat sie gesagt?) Ha joo -- Dann hab ich gesagt, dann lass dich jo nicht auf der Stros blicke – [wütend] hab ich gesagt, ich schlage dich in den Bordstein rein.*

T68: *Ah, sie, sie hat Ihnen gesagt, ja – deinen Mann könnte ich jederzeit haben?*

K69: *Ja, wenn ich ihn will, – krieg ich ihn – hat sie gesagt -- (Th: Ja) ... hart zu mir. -- Die ist nicht sauber im Kopf ...*

Die Klientin zeigte in dieser zweiten Therapiephase offensichtlich mehr Kraft als in der ersten. Stellenweise vermochte sie Emotionen ansatzweise zu verbalisieren und sei es nur hinsichtlich der Verhaltensebene i. S. von PK 3 (K62: „Ja, ich kann mich schlecht eingewöhnen“), wobei sie in dieser Hinsicht gewissermaßen bereits zu sich selbst kam und schon authentisch war, doch konnte die Klientin ihre konflikthaftern Befürchtungen und Bedürfnisse noch nicht verbalisieren und womöglich auch noch nicht verbal austragen (z. B. Eifersucht), sondern sie ließ dieselben direkt in ihr Verhalten einfließen, indem sie agierte (K68: „Dann (..) hab ich gesagt, ich schlag dich in den Bordstein rein“). Offenbar kam dann für den Therapeuten diese massive Aggression in der Therapiestunde so plötzlich, dass er an dieser Stelle nicht direkt auf sie eingehen konnte und auf der Beschreibungsebene des Vorfalles blieb (vgl. erste Therapiephase, in

der die Klientin von ihren Auseinandersetzungen mit anderen Menschen allenfalls *berichtete*)

Der Klientin gelang es nach wie vor nicht, die zu erwartenden Reaktionen zu antizipieren und zur Verhaltenskontrolle einzusetzen, weshalb sich eigene und fremde Interessen auch kaum je ausgleichen konnten (z. B. konnte die Klientin auf den auf sie wieder freundlich zugehenden älteren Herrn in dieser Phase der Therapie noch nicht eingehen). Durch heftige, teilweise destruktive Verhaltensweisen wurden die Beziehungen zu anderen Personen massiv belastet und dann auch meistens abrupt abgebrochen. Im Unterschied zu früher verschaffte sich die Klientin ihren Emotionen sowie ihren Erinnerungen jetzt aber auch in der Stunde Luft, *ohne* sie auf den Therapeuten zu übertragen und bei ihm abzuagieren, was zwar auf zunehmendes Vertrauen in die therapeutische Beziehung hinwies, doch schien dies keineswegs ihre Probleme zu vermindern, sondern ganz im Gegenteil zu verschärfen.

Allmählich wurde hinter der Deprimiertheit und Verbitterung der Klientin auch ihre Wut über die erlittenen Verletzungen sichtbar. Früher hätte sie sich beispielsweise niemals zugestanden, dass das Verhalten ihrer Kinder sie sehr verletzte (siehe z. B. Phase 1, K48–53). Diese Gefühle hatte sie quasi „hinuntergeschluckt“ oder „weggedrückt“, so dass sie sich zu einem – vom Therapeuten nun deutlich empfundenen – Knoten verdichteten, der sie den Schmerz, die Trauer, die Scham und die Angst vor Missachtung und Unbeliebtheit sowie vor der Zukunft gar nicht mehr spüren ließ.

Während der Eingewöhnungszeit brachte die Klientin ihren Hass gegenüber ihren eigenen Kindern viel stärker zum Ausdruck als in der ersten Therapiephase. Diese hätten sich nach dem Tod des Vaters nicht um die Bezahlung von dessen Schulden gekümmert. Sie sei von ihnen gezwungen worden, alles selber zu übernehmen. Sie wolle zwar keines ihrer Kinder „verbrennen oder in den Rhein werfen“, aber was die sich seit dem Tod des Vaters geleistet hätten, „das gehe einfach zu weit“. Deshalb habe sie auch schon ein neues Testament geschrieben und dafür gesorgt, dass die Kinder enterbt würden.

Die Klientin war impulsiv und gleichzeitig sehr kränkbar bei Reaktionen auf ihre Impulsivität. Ihre inneren Bilder waren bedrohend, ja verfolgend (so erzählte die Klientin dann auch, dass ihre alte Vermieterin sie bei den Leuten im neuen Haus schlecht gemacht hätte; s. o.). Die Klientin sprach in späteren Sitzungen auch über ihre Ängste als Reaktion auf diese Bedrohungen (im dritten Therapieteil, was jedoch der Kürze halber hier nicht ausgeführt wird). Gemäß OPD waren diese Regungen noch kaum in ihr gebunden, sondern richteten sich direkt nach außen. So zeigten sich auch kaum intrapsychische Konflikte, sondern es dominierten weiterhin die interpersonellen.

Der Therapeut fühlte sich in dieser zweiten Phase manchmal ähnlich wie die Klientin (u. a. ängstlich, gekränkt, ja manchmal sogar etwas verbittert) – meistens veranlasst durch die Klientin, wengleich er weniger häufig direkt angegriffen wurde. Aus dem manchmal aggressiven Verhalten der Klientin machte er jeweils

keine große Geschichte, nahm einfach nur das entsprechende Gefühl bei sich zur Kenntnis; das heißt, er versuchte zumindest das schrofte, in einigen Fällen ihn auch irritierende verbale Verhalten nicht allzu persönlich zu nehmen. Er fragte sich im Stillen: „Was bedeuten diese teilweise heftigen Reaktionen? Wie kann ich sie verstehen?“ Offenbar erlaubten es die Bindungserfahrungen der Klientin noch nicht, einer Beziehung zum Therapeuten zu vertrauen, Ansätze zu einer solchen wahrzunehmen und ungebrochen zu akzeptieren. Dieses Verständnis mag dazu beigetragen haben, dass der Therapeut kaum Akzeptanzprobleme hatte (Höger, 2008).

Zwar erwiderte der Therapeut der Klientin in einigen wenigen Fällen, dass „er so etwas“ nicht so gerne höre, dass das ihm schon nicht ganz egal wäre oder so ähnlich, jeweils der Situation entsprechend, doch geschah dies nebenbei eher wie selbstverständlich als zaghaft, was die Klientin ihrerseits zu akzeptieren schien. Das ermöglichte dann dem Therapeuten wiederum, auch weiterhin auf das von der Klientin Vorgebrachte einzugehen und sie von ihrem inneren Bezugssystem her, das sich inzwischen v. a. hinsichtlich verschiedener Ärger-Dimensionen ausdifferenziert hatte, zu verstehen. Dabei achtete er darauf, dass die von der Klientin meistens schon nach kurzer Zeit unterbrochene Selbstexploration immer wieder aufgenommen und fortgesetzt wurde. So konnte es der Therapeut anscheinend kaum erwarten, dass Frau K. auch zu einer gewissen Selbstrepräsentation gelangte (z. B. Th54: „Sagen Sie etwas zu sich selber?“), vermeinte er doch zu spüren, dass sich bei der Klientin etwas verändert hatte.

Vielleicht wichtiger als das beharrliche Ansinnen des Therapeuten, die kleinsten Anzeichen einer Selbstexploration aufzunehmen oder sogar von sich aus naheulegen und beim meistens schnell einsetzenden Abbruch – wann und wo immer möglich – eine Wiederaufnahme zu ermöglichen, war der natürliche oder vielmehr fast schon naive Bezug zu den (oft aggressiven) Verhaltensweisen der Klientin. So bestand nicht weiterhin die Gefahr, dass die Klientin sich selber ernsthaft pathologisierte, so wie dies zu Beginn der Therapie vor dem Hintergrund der erfolgten Diagnose noch zumindest implizit der Fall gewesen war (z. B. die Art, wie die Klientin vom Psychiater erzählte). Allerdings versuchte der Therapeut manchmal – wie bereits angedeutet (s. o.) – der Klientin auch Grenzen zu setzen, wenn die Aggressionen ihn selber betrafen und es ihm doch etwas zuviel wurde, ohne allerdings die Grundhaltung der Wiederholung mit der Hoffnung auf die Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte je zu verlassen. Die Begrenzung geschah i. d. R. ohne Aufhebens und so wohlwollend, wie für ihn gerade möglich („Wenn Sie so was sagen, möchte ich am liebsten reagieren, aber würde das etwas bringen?). Später wird der Therapeut sogar glauben, dass diese „Auffangäußerungen“ den Fortgang der Therapie ermöglichten und schließlich zu einer „Wende“ führten.

Gegen Ende der Eingewöhnungszeit schien die Klientin ihren Umzug gar nicht mehr zu bereuen, bekräftigte sie doch mehrmals, dass sie es am alten Ort mit dieser Vermieterin einfach nicht länger

ausgehalten hätte und nun „halt etwas Neues“ auf sie zukomme und sie auch schon neue Erlebnisse gehabt habe, von denen sie aber nicht sagen könne, was das sei, wobei sie durchblicken ließ, dass es sich bei diesen Erfahrungen nicht einfach wie früher nur um erlebte „Unruhe“, „Unordnung“ und „Umordnung“ (bzw. Desorientierung) handeln könne (s. o.). Frau K. wusste aber noch nicht, was sie mit den neuen Erfahrungen anfangen sollte. Jedenfalls konnte sie dieselben noch nicht richtig als emotionale Erfahrungsinhalte verbalisieren. Frau K. vermochte sie aber im Gespräch mehr oder weniger spontan „nachzumachen“ bzw. präverbal auszudrücken. Beispielsweise wurde dies bei einer erneuten Schilderung der Erfahrung des beständigen Umordnens deutlich:

Gesprächsausschnitt (20. Stunde)

K 34 *Langsam gewöhn ich mich dran.*

T34 *Das heißt, ein bisschen äh besser fühlen Sie sich schon als am Anfang, seh ich das richtig? Am Anfang hat's ja Ihnen hier überhaupt nicht gefallen.*

K35 *Ah ja, ein bisschen besser ist es schon, aber es ist – es ist ...*

T35 *Sie denken doch an die alte Wohnung.*

K36 *Ha ja – ich tu do – das eine tu do ich ins andere Ecke, vom andere Eck wieder so hie – ohoohohoho (macht entsprechendes Geräusch).*

T36 *Es ist so wie ein ewiger Umlauf.*

K37 *Ha joo (lacht).*

Bei der früheren Präsentation dieses Vorgangs gelangte die Klientin noch nicht zur Imitation des Geräusches (vgl. oben, 12. Stunde, K54). Die Klientin hatte schon damals gemerkt, dass etwas nicht mehr stimmte und sie nicht mehr einfach so weitergehen konnte wie früher, doch nun begann sich die durch die Psychiatrie psychopathologisch geprägte Verdinglichung gleichsam aufzuweichen und – zunächst präverbal – zu verflüssigen.

Die Klientin ließ nun auch den Therapeuten zwischenzeitlich näher als bisher an sich herankommen, worauf dieser unmittelbar reagierte. Das Engagement des Therapeuten zeigte sich beispielsweise darin, dass er die durch die Äußerungen der Klientin zum Vorschein kommenden, aber von ihr als solche noch nicht selber zum Ausdruck gebrachten Emotionen *an Stelle* der Klientin verbalisierte (siehe weiter oben Th67: „Sie hat sie verletzt, oder?“), obgleich er gerade dies nicht intendierte.

Oft bewegte sich der Therapeut in der mittleren Therapiephase gleichsam mit der Klientin zusammen im Labyrinth derselben. Manchmal trafen sie sich, waren dann quasi recht nahe zusammen, um dann wieder ziemlich weit auseinanderzugehen. Oft waren sie im Labyrinth der Klientin miteinander eine Zeitlang wie eingeschlossen; dann eröffneten sich aber doch wieder Ausgangsmöglichkeiten, die aber nur vorübergehend genutzt werden konnten. Die meiste Zeit grenzten sich Therapeut und Klientin gemeinsam vom ebenso gefährlichen wie diffusen Dschungel der Außenwelt ab. Das

Labyrinth war sozusagen ein innerer Bezugsrahmen, der – bei allem Chaos und aller Unübersichtlichkeit – auch einen gewissen Schutz nach außen bot. Doch manchmal kamen die beiden Gesprächspartner auch einander so nahe, dass die Gefahr bestand, dass es eigentlich zu eng wurde, so dass sie sich wieder schnell voneinander entfernten. Die Klientin tat dies einmal auch recht unverfroren, was den Therapeuten verletzte und es ihn auch viel Kraft kostete, bis die Beziehung wiederum neu aufgenommen werden konnte.

Letzter Therapieabschnitt

Die Klientin gewöhnte sich schließlich an die neue Wohnsituation. Auf keinen Fall wollte sie wieder umziehen. Einen alten Baum könne man nicht mehrmals verpflanzen, gab sie dem Therapeuten gegenüber zu verstehen. Sie telefonierte inzwischen wieder mit ihrer ältesten Tochter (R.). Auch mit einer langjährigen Freundin (Ch.) hatte sie wieder Kontakt aufgenommen. Zwar hatte sie nach dem ersten Telefonat den Hörer nach einer Kränkung wieder resolut aufgelegt, doch rief Ch. nochmals an und die Klientin reagierte mit „Du kennst mich ja“, worauf beide Frauen lachten. Ch. wird sie nun besuchen kommen. Allerdings sei noch nicht klar, ob die Hausordnung es ihr erlaube, auch ihren Hund mitzubringen.

Im letzten Abschnitt der Therapie (21.–32. Stunde) begann die Klientin Eifersucht, Stolz, Verletzung und Wut *von sich aus* zu verbalisieren, ja manchmal ansatzweise zu explorieren und nicht nur zu agieren wie im zweiten Abschnitt. Auch brachte sie einzelne Affekte und emotionale Befindlichkeiten miteinander in Verbindung. So ließ sie mit der Zeit in ihrer Wut die Reaktion auf seelischen Schmerz durchblicken. Zwar betonte die Klientin noch mehrmals, dass sie ihre Angehörigen in keiner Weise brauche, doch kamen unter ihrer rauen Schale auch weichere Gefühle zum Vorschein. Mit der Zeit konnte auch die Klientin die erlittenen Verletzungen verbalisieren. In der Begegnung mit dem Therapeuten sprach sie schließlich offen und ganz klar aus, dass zu den schlimmsten Verletzungen, die sie in ihrem Leben erlitten hätte, jene gehörten, die ihr von ihren Kinder zugefügt worden seien. Frau K. glaubte, dass die Kinder sie früher am Sonntag nur wegen ihres Vaters besuchten und nach dessen Tod wegblieben, weil sie die Mutter nicht mochten. Doch die Klientin merkte mit der Zeit auch, dass sie dieses Verhalten teilweise selber durch Aussagen wie „Jetzt werdet ihr dann sicher nicht mehr kommen, aber das ist egal, das ist halt so“ oder „Sollen sie halt draußen bleiben“ (s. o., erste Therapiestunden, K53) gefördert hatte.

Hie und da tauchten in den nun manchmal auch längeren Erzählungen der Klientin frühere Erlebnisse auf, von denen der Therapeut bis dahin noch nichts erfahren hatte. So erzählte die Klientin eines Tages plötzlich von ihrer Lehre als Buchbinderin, die sie vor ihrer Arbeit in der Gießerei trotz aller Widerstände durchgestanden und schließlich erfolgreich abgeschlossen hatte. Im Weiteren erinnerte sich die Klientin an schöne Erlebnisse mit ihrem Verlobten

zusammen. In der Folge erzählte sie auch mehr von Herrn E., mit dem sie nach der Scheidung etwa ein Jahr lang zusammengelebt hatte. Die Eifersucht ihres Mannes verwandelte sich nun mehr in ein zweiseitiges Gefühl i. S. von auf der einen Seite erlitten und andererseits aber auch selber provoziert. Schließlich schilderte sie ihre Versöhnung mit ihrer Mutter kurz vor deren Tod – eine Geschichte, die ihr in der Zeit der ersten und zweiten Therapiephase scheinbar nicht mehr präsent war; die jedenfalls für den Therapeuten damals als solche „unvorstellbar“ war und falls sie der Klientin auch schon damals (wieder) präsent war; die sie dem Therapeuten sicherlich nicht erzählt hätte.

Die Klientin ließ nun von Zeit zu Zeit auch die Schilderung kleiner Erlebnisse in das Gespräch einfließen, die ihr Freude bereiteten (ausgiebige Bäder, Friseurbesuche, wieder mal etwas Gutes selber kochen). Auch gegenüber dem Therapeuten war Frau K. viel offener und meistens auch freundlicher als früher. Als dieser einmal 5 Minuten zu spät kam, begrüßte sie ihn mit den Worten: „Gut, dass Sie noch kommen“. In der 24. Stunde erzählte sie von einem Ereignis, das sie besonders freute:

Gesprächsausschnitt (24. Stunde)

K44 *Ich hab am Samstag einen Haufen Besuch gehabt. Ach Gott war ich froh, wie der Besuch wieder fort war. (trocken)*

T44 *Wer ist gekommen?*

K45 *Mei Kinder! (stolz)*

T45 *(sehr erstaunt) Die sind gekommen?*

K46 *Die sind gekommen – ja. (bestätigend)*

T46 *Die sind gekommen! (lacht erfreut)*

K47 *Die sind gekommen, ja – alle drei mit Kind und Kegel.*

T47 *Die waren alle hier? – Nehmen Sie mich auf den Arm? Ich mein, meinen Sie das ernst?*

K48 *Ah joo (lacht lange)– Die Kleinen haben sich hier doch auf den Teppich ghockt und gesse. Die sind überraschend gekommen, die haben sich nicht angemeldet. Das können – müssen Sie mir doch auch glauben.*

T48 *Das glaube ich Ihnen schon – und das freut mich auch sehr, dass die Kinder jetzt zu Ihnen gekommen sind. – Aber – Sie waren auch überrascht – so wie ich jetzt?*

K49 *Ah joo – aber zum gute Glück hab ich immer zum Essen do und wir haben miteinandern gesse (stolz).*

T49 *Da haben Sie alle miteinander gegessen – äh – darf ich Sie nochmals fragen, ja – drei Kinder und – drei mal drei Enkel?*

K50 *Jaa – ich hab den Tisch ausgezogen. Die haben alle gesse do – war dann froh, als sie wieder fort waren. Ah – bis zum Abend sind die do geblieben. Die sind morgens gekommen. – Aber die sind mir auf den Wecker gängen! (lacht)*

T50 *Das kann ich mir aber vorstellen (lacht). Nein ehrlich, – aber dann war's doch zuviel für Sie?*

K51 *[längere Pause] Ich hab gemeint, mich laust der Aff ab. Ach Gott hab ich gsagt – Ihr habt Euch verloffte!*

T51 *(lacht)*

K52 *Da haben die angfange zu lachen (lacht jetzt selber).*

T52 *Das war eine große Überraschung – ich kann es auch – immer noch nicht ganz fassen.*

K53 *Ja doch – meine Freundin hat hinterher noch agrufe. Die hat gefragt, haben die wenigsten Blumen mitgebracht? Ich hab gsagt; Nei! Ja soviel Blume will ich gar nicht. Ich habe die ja schon da vorne stehen und hab sie auch da hinne stehen.*

T53 *Ah – die haben nix mitgebracht? – ich glaube – das war für Sie auch gar nicht so wichtig, oder doch?*

K54 *Nei, das war gar nicht wichtig. Ich wollt auch gar nix. Besser die haben nix mitgebracht.*

T54: *Ah, die haben ja nichts*

K55: *Nee – ich wollte auch gar (Th: Ja) nix. [scheint doch ein wenig enttäuscht zu sein]*

T56: *Manchmal hat man auch viel zu viel.*

K56: *-- Ich habe gesagt, Hauptsache is, ihr seid doo.*

T57: *Ja, genau (wie erleichtert).*

K57: *He – war alles (Th: Ja) Zum guten Glück habe ich Salatgurken doo gehabt und – ich hab Kartoffeln doo. (Th: Gottseidank.) Nudeln doo.*

T58: *Das heißt, Gottseidank seid ihr da, dass das für Sie eigentlich das – das größte Geschenk war (K: Ja), dass sie gekommen (K: Joo) sind ja.*

K58: *Ja. Ich habe nicht gerechnet, dass sie käänte –. Ich habe do gar nicht dra denkt.*

T59: *Und die Stimmung –, wie war die denn?*

K59: *Ah ja [freudig], es hat zu lachen gegeben [lacht leise] net.*

T60: *Hat es zu lachen gegeben?*

K60: *Ah joo. Das is –*

T61: *Da war die Stimmung also gut? [jetzt plötzlich eher skeptisch]*

K61: *[schnell] An und für sich ja [möchte eigentlich nicht darüber sprechen] -- Ja, mir hat die R. gesagt – [dezidiert] do fehlt jetzt bloß noch der Papa –. Hör doch keiner uf, sei mal ruhig von ihm -- lass ihn ganz in Ruh [erregt]. Und dann war das Thema abgeschlossen. [verhalten traurig]*

T62: *Ja, Sie haben gesagt, lass ihn ganz in Ruhe, ja.*

K62: *Ah joo --*

T63: *Aber – sie wollte ja damit auch sagen wahrscheinlich sonst wäre wieder die ganze Familie zusammen, oder, wenn er da wäre*

K63: *Ah joo [bestätigend]*

T64: *So was wollte sie ja ausdrücken – wahrscheinlich ja –. Und sie hat ja gesehen, dass Sie ihn da auch aufgehängt haben.*

K64: *Ehmm -- Die haben alle blöd geguckt – [eine Art verschlucktes Lachen] Aber was soll's? [sich abfindend, fast akzeptierend]. Vorbei ist vorbei und fertig. [Seufzen]*

T65: *[Zuerst etwas zögernd, fasst sich dann aber ein Herz] Ja, mit ihm ist es vorbei – mit der Familie vielleicht jetzt doch nicht.*

K65: *No, noi. [selbstbewusst]*

T66: *Ja, eben.*

K66: Die R. hat wie ... Mama, wir sehen uns wieder in der Stadt.
 T67: [neugierig] Das is – was – ja, wie war das für Sie?
 K67: Ah ja, hab ich gsagt, [leicht zynisch] wers glaubt wird selig!
 [lacht]
 T68: [betroffen] Haben Sie direkt gesagt?
 K68: Hat sie mich aber angeguckt [befreites Lachen] – ja, ja, wers glaubt wird selig –. Aja – die hat zuerst eine Weile suchen müssen (Th: ja) bis sie die Straße gefunden haben – hä. Das is – war ein bisschen kompliziert.
 T69: Sind sie mit dem Auto gekommen? Mit, mit
 K69: Nein, die sind mit mit [stottert leicht] mit der Straßenbahn.
 T70: [unsicher] Alle drei Familien? Es sind drei Familien, oder?
 K70: Ah joo.
 T71: Die haben sich schon vorher getroffen dann?
 K71: Ah joo -- Die haben dann gesagt, ... und heute gehen wir mol zu der Oma. Die Enkelkinder haben das gesaagt [stolz] – ha.
 T72: Was haben die Enkelkinder gesagt?
 K72: [ungeduldig] Heut gehen wir wohl zu der Oma.
 T73: Ja.
 K73 Ha – Ja vor der Tür hab ich sie nicht stehen lassen könne. Das ist nicht gegangen [trocken] (Th: Ja). Aber ich habe ... den Herzschlag, wie ich die alle gesehen hab ... [lacht]
 T74: [freut sich offensichtlich] Da war mal was los hier – [lacht jetzt auch] das kann man wohl sagen.
 K74: [heiter] Ja, die Kleinen haben sich da auf den Teppich gehockt, zum guten Glück habe ich den gsaugt ghabt und geputzt gehabt ein bissl. Und heute muss ich wieder durchputzen, weil der Boden der ist so schnell dreckig und staubig. –. Da bleibt mir gar keine Wahl. – Das is

T75: Und ist alles schon wieder aufgeräumt und so – das haben Sie noch miteinander gemacht oder?
 K75: Jaja. – Da habens geholfen. [einräumend]
 T76: [kurz angebunden, wie das jetzt nicht so wichtig wäre] Das ist schön ja.
 K76: – Ah ja, [energisch] da ist keine Wahl geblieben, alles an mir hängen [scheinbar empört] zu lassen. [lacht herzhaft]
 T77: [erleichtert] Ja, das wäre – das wäre noch schöner gewesen

K77: -- Ich habe gesagt, oh lieeeber Gott, die ganze Bagaaaaage! Hmmm [lustvoll] ist do -- Die Frau do drüben (die Nachbarin, s. o.) hat grad lachen müssen -- (Th: Die Frau da drüben). Die hat lachen müsse, weil ich gsagt habe, die Bagaaage. Die Gooldbagaaaaage is doo, hab ich gsagt, oh lieeeber Gott, da werd ich verrückt. -- Ah, ja die sind dann bis abends geblieben [stolz] -- ha – aber mein Glück war, ich habe halt ziemlich viel eingekauft.
 T78: [Gesprächspartnerin bestätigend] Es war alles da, was es braucht, ja
 K78: Es war alles do, ja. - Ja, ja, die R. hat dann geholfen

Da habe ich gesagt, soo, hab ich gsagt, jetzt

[wie sich aufraffend] haben wir uns wieder einmal gesehn. [dann entspanntes leichtes Lachen]

Diesen Therapieausschnitt erlebte der Therapeut insgesamt viel leichter und lebhafter als sämtliche Ausschnitte in den vorangegangenen Phasen. Es war jetzt wie mehr Luft zum Atmen vorhanden. Die Klientin sprach überhaupt nicht mehr monoton wie früher, sondern sehr farbig, fröhlich und laut, zuweilen auch affinitiv. Sie vermochte jetzt auch ihre Stimme sowie ihre Stimmung zu differenzieren (vgl. u. a. auch K61).

Der Therapeut brachte sich nun mehr ein und wirkte jetzt stellenweise wie befreit. Das zeigte sich auch daran, dass seine Resonanz nicht eine vorwiegend empathische blieb wie über weite Strecken in der ersten und oft auch noch in der zweiten Therapiephase, sondern dass sie nun manchmal einen dialogischen Charakter annahm (beim obigen Beispiel angefangen mit T47).

In den folgenden Therapiestunden achtete der Therapeut mehr als zuvor auf eine wo immer mögliche *gegenseitige* Beziehung, so dass sich allmählich ein „echtes Gespräch“ entwickeln konnte. Er schaute, ob es in dem Bezugsrahmen der Klientin, in den er sich immer wieder begab und in dem er sich „aufmachte“, auch für ihn selbst „stimmte“ (i. S. der Kongruenz). Er versuchte mit seinen Wiedergaben eine Bewegung vom Du zum Ich und wieder zum Du zurück zu vollziehen und so auch sich selbst „einzufädeln“, indem er besonders auf das „Zwischen“ achtete (Buber, 1962/2002). Dialogische Resonanz ist Resonanz auf das Erleben beider Personen in einer Beziehung (Schmid, 2008).

Noch in der gleichen Therapiestunde, in der die Klientin über den unerwarteten Besuch der Kinder und Enkel stellenweise auf hoher PK-Stufe (s. o.) sprach, bestätigte sie schließlich auch ihre Freude über deren Besuch. Allerdings wagte zunächst der von der Wende so überraschte Therapeut noch gar nicht zu hoffen, dass die Klientin ihre Freude über den Besuch ihren Angehörigen gegenüber auch verbal ausdrücken konnte (vgl. z. B. oben K67). Deshalb meinte er, sie darauf ansprechen zu müssen; obgleich die Freude offensichtlich war und bis dahin nur nicht *als solche* von ihr gegenüber dem Therapeuten verbalisiert wurde und möglicherweise auch nicht gegenüber den Kindern und Enkeln ausgedrückt worden war. Hierzu seien aus dem obigen Gespräch die unmittelbar folgenden Interaktionen angeführt:

K79: Was hätt ich auch noch sagen sollen?
 T80: – Sie haben – äh – soo -- es kommt mir ein bisschen vor, dass Sie vielleicht nicht so viel von der Freude – Freude oder so ihnen wirklich gezeigt haben, als sie da waren.
 K80: Ah doch, ich hab mich schon gefreut.
 T81: Ah – sie (die Kinder) haben gemerkt, dass Sie sich gefreut haben.
 K81: Ja, ja – sicher.
 T82: Hm – Sie haben das ihnen auch gesagt oder eher so ein bisschen
 K82 Ah ja.
 T83 Bagaaage (lacht).

- K83: *Ah ja -- aber die haben gewusst ...*
T84: *Die wissen*
K85: *Die wissen*
T86: *wie Sie das meinen.*
K86: *Ja, die wissen genau, die wissen, wie ich das meine – die waren nicht böse.*
T87: *Ja – ja – das weiss ich schon ja, ja.*
K87: *Die – jaja.*
T88: *Sie haben aber auch gemerkt, dass – dass Sie Freude haben, ja.*
K88: *(möchte lieber nicht länger darauf eingehen) Ja, der Tag war schnell rum (Th: Mmh). Hat noch eine Freundin angerufen von O. (Ort in der Nähe von M.).*
T89: *Die Ch. hat auch noch angerufen, gestern ja.*
K89: *Ja.*
T90: *Die war ja auch schon zwei-, dreimal da.*

Die Kompetenz zur Kommunikation mit anderen Menschen schien wieder intakt zu sein, wenngleich die Klientin die Freude über das Wiedersehen ihrer Kinder und Enkel zwar sicherlich mit viel Humor, aber gerade dadurch noch nicht so ganz ungehemmt zu verstehen geben konnte.

An einigen Gesprächsstellen kam nun auch ansatzweise die Fähigkeit der Klientin zur internen Kommunikation und zur Selbstreflexion zum Vorschein. Zehn Interaktionen später, im gleichen Gespräch, geht es um die Wiederaufnahme von Beziehungen der lange Zeit vereinsamten Klientin:

- T102: *Sie telefonieren öfters miteinander oder? (mit H., mit der sich Frau K. kürzlich ebenfalls wieder versöhnt hatte).*
K102: *Ja. Wir gön öfter miteinander telefonieren. Ah ja –. Die ... (die Klientin erzählte, dass H., deren Freundin L. im Krankenhaus besucht hatte) war gerade die – L. im Krankenhaus ... Heute am Morgen heim --. Ja- do guckt sie halt denn nach dere*
T103: *Ich glaube, das ist eine Freundin von Ihnen, die H.*
K103: *Ja.*
T104: *Ja.*
K104: *Ja so- sie ist in Ordnung die H. -- aber ich war halt nicht so warm mit dere. Ich meine die L. und ich wir kenne uns schon ewig.*

Nach dem ersten Beitrag (K102) erwartete der Therapeut zunächst für einen Moment noch einen aggressiven Ausdruck gegen L. sowie gegen H. i. S. einer „Eifersuchtsattacke“ (so wie dies in der mittleren Therapiephase der Fall gewesen war), doch sprang sie gleichsam mit einem Satz „in sich“ und sprach von ihrem Gefühl L. gegenüber (K104), was früher nicht möglich gewesen wäre. Für die Klientin bot sich nun die Möglichkeit der Introspektion bezüglich der eigenen Affekte und der inneren Kommunikation. Allerdings war ihre Selbstexploration meistens nur kurz und bündig wie beim obigen Beispiel. Immerhin wies dieser Unterschied zu den mangelnden Explorations-

möglichkeiten zu Beginn der Therapie darauf hin, dass die Klientin in der therapeutischen Beziehung doch eine gewisse Basis für Sicherheit gewonnen hatte (vgl. auch Höger, 2008).

Die Fähigkeit der Klientin, sich selbst i. S. des OPD durch gute innere Bilder zu regulieren, war nun wenigstens ansatzweise gegeben. Meistens reagierte die Klientin nicht mehr einfach nur impulsiv. Es gab nun auch Momente der kurzen Besinnung. Hierzu sei noch ein Beispiel aus demselben Gespräch gleich im Anschluss an obige Gesprächsstelle angeführt:

- T105: *Sie waren auch manchmal zu dritt zusammen.*
K105: *[sinnt längere Zeit nach]. Ah ja --. Ja -, als unsere Manne noch gelebt haben, da waren es andere Zeiten. [seufzt]*
T106: *Manchmal trauern Sie auch diesen Zeiten nach.*
K106: *-- Ah joo -- ach Gott ... dieses Bisschen des werde ich ah no rumbringen.*
T107: *Dieses Stück Leben kriegen Sie auch noch hin, glaube ich.*
K107: *Dees Stückle bring ich auch noch rum [melancholisch]*

Die Klientin sagte diesen letzten Satz nicht trübsinnig klagend, sondern fast schon akzeptierend und wirkte dabei weniger resigniert als in früheren Stunden. In den nächsten Therapiestunden war sie dann manchmal auch richtig traurig und zwar v. a. in den Momenten, in denen sie früher eher zynisch gegenüber anderen Menschen und auch gegenüber sich selbst reagiert hatte. Der folgende Gesprächsausschnitt ist aus der übernächsten Therapiestunde.

Gesprächsausschnitt (26. Stunde)

- K12: *Mei Mann wär bald 72 gworde als er starb. Es war grad an meinem Geburtstag (T: Ja). Hm. De ham do ah gfeiert meinen Geburtstag – Houu houu, hab ich da ein Tief ghabt. Das war so schlimm -- da war ich fertig.*
T13: *Ich spüre, wie traurig Sie das auch jetzt macht.*
K13: *-- Ja – aber was soll ich denn machen, es muss weiter- weitergehen (hustet). Es muss weitergehen. Ich kann es eh nicht ändern.*
T14: *Ja – wie Sie glaube ich auch: gewisse Dinge muss man einfach akzeptieren. Können wir gar nichts dagegen machen. Aber es macht mich auch ganz traurig, wenn ich Sie so traurig sehe.*
K14: *Ah jo, ah jo (beginnt zu weinen). Nei, ich werde diese bissl Zeit auch noch rumbringen.*
T15: *Das glaube ich auch -- aber – jetzt sind Sie ganz traurig.*
K15: *(mit einer abwesenden Handbewegung) Ich kann bloß froh sein – dass ich hier kein Treppenhaus mehr – muss – putzen müssen (lächelt etwas gequält).*

Offensichtlich verleugnete Frau K. nicht mehr ganz ihre Trauer über ihre Verluste und Trennungen (zuerst ihres Ehemannes, später vorübergehend auch der Kinder und Enkel sowie von Bekannten und Freundinnen), wie dies früher der Fall war. Lange Zeit hielt sie die

Trauer mit ihrer Wut überdeckt. Auch jetzt sprach sie noch nicht gerne über das, was sie so traurig machte.

In einer früheren Therapiestunde glaubte die Klientin, dass sie deshalb über *sich* selber so wütend gewesen war (und nicht nur über andere Menschen), weil sie zu viel trank; nun drückte sie sich wie folgt aus: „Ich trank auch deshalb, weil ich (eigentlich) so traurig war“. Während die Klientin noch vor einigen Wochen nur wiederholte, dass sie Ruhe und mehr Raum benötige, sprach sie nun auch davon, dass sie viel Trost und Liebe brauche.

Über die Mitbewohner (insbesondere ihre Wohnnachbarin) sowie ihre wichtigsten Bezugspersonen (Kinder, Enkel) sprach Frau K. nun um einiges positiver als früher. Die Klientin ging wieder in den gemeinsamen Aufenthaltsraum der Wohnsiedlung. Bald nahm sie die Gelegenheit wahr, ihre Freundin (Ch.) zu besuchen und einige Tage bei ihr zu verbringen.

Die Klientin berichtete fortan die Tagesereignisse meistens in recht heiterer oder lustiger Weise, wobei sie allerdings kaum je ausdrücklich zugestand, dass es ihr nun wirklich besser ginge. Doch manchmal *wirkte* sie auch schon richtig hoffnungsvoll. Der Therapeut folgte dieser Hoffnung und bewunderte -- meistens im Stillen -- ihren trockenen Humor.

Der Therapeut hielt sich nun aber viel weniger zurück als in den früheren Phasen; getraute sich auch mehr eigene Positionen zu beziehen, die der Klientin nicht unbedingt passten, aber sie gelegentlich zum Nachdenken anregten. Die Gespräche wurden dialogisch. Oft auch eigentliche Rede und Gegenrede, meistens aber freundlich und manchmal fröhlich, nie langweilig, immer unterhaltsam.

Abschluss der Therapie

Die zusammengefügte Struktur der Objektbeziehungen (OPD, 2006) zeigte sich in einer regen Interaktion zwischen Klientin und Therapeut. Das wilde Durcheinander und Ineinander-Verschlungensein der mittleren Therapiephase war überwunden. Die Beziehung nahm nun Gestalt an, ja sie war fast schon eine „runde Einheit“ bei gleichzeitig bestehender gesunder Distanz, in der es immer hin- und herging. Zwischen Klientin und Therapeut hatte sich eine lebendige gegenseitige Beziehung entwickelt, die als solche auch eine Ablösung erlaubte. In inhaltlicher Hinsicht wurde klarer als früher, was Gegenwart und was Vergangenheit war. Die Klientin sprach

viel lebhafter und farbiger als früher. Den Therapeuten verletzte sie seltener als früher und wenn doch einmal, weniger heftig und eher scherzhaft. Giftige Pfeile trafen kaum mehr ein; es erschienen nun mehr Lichtblitze. Dies war immer dann der Fall, wenn sie von ihrer Familie und auch von ihren „neuen Beziehungen“ sprach. Mit ihren Angehörigen, ihren alten Bekannten und Freundinnen hatte sie nun mehr Kontakt. Die Klientin schien den Therapeuten weniger zu benötigen. So schlug der Therapeut vor, die Abstände zwischen den Therapiestunden zu vergrößern. Gegen Ende der 31. Therapiestunde teilte die Klientin dem Therapeuten mit, dass sie ihn nicht mehr brauche. Es wurde noch eine Stunde durchgeführt und die Therapie dann abgeschlossen.

Schlussbemerkungen

Ist eine Therapie mit einer älteren Klientin in einer scheinbar hoffnungslosen Situation möglich? Die vorliegende Falldarstellung ist ein Beispiel dafür, dass die GPT auch mit älteren Personen unterschiedlicher Sprachgruppen und unter ungewöhnlichen externen Bedingungen durchgeführt werden kann, sofern zu Beginn der Therapie vorsichtig vorgegangen wird, der Therapeut die notwendige Geduld aufbringt und mit der Zeit auch präverbale und nonverbale Gesichtspunkte hinsichtlich lebensrelevanter Sachverhalte, des emotionalen Ausdrucks, der Appelle sowie der Beziehung zum Klienten berücksichtigt. Die klassischen Vorstellungen der Prä-Therapie können hinsichtlich prä-expressiver Zustände bei einer Klientel nicht genügen, die zwar Probleme im zwischenmenschlichen und emotionalen Kontakt hat, aber bei der Verbalisierung nicht weiter behindert ist. Im vorliegenden Fall beschränkte sich der Therapeut zu Beginn des Kontaktes auf die Zentrierung der Klientenäußerungen und mit der Zeit wo immer möglich auf Äußerungen emotionalen Gehalts i. S. des klassischen PZA. Erst in der dritten Therapiephase brachte sich der Therapeut selber etwas mehr ein. So konnte allmählich eine Beziehung aufgebaut werden, die auch Momente emotionaler Berührung beinhaltete. Allerdings bestand damit wieder die Gefahr des Sich-zu-nahe-Kommens, welche die Klientin ja von Anfang an und auch in der mittleren Therapiephase ausschließen wollte und vor der sie beim Aufblitzen einer weitergehenden Beziehung erneut zurückschreckte.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg.).(2006). OPD. *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern: Hans Huber.
- Bergeest, H. G. & Rönnecke, B. (1980). Gesprächspsychotherapie mit alten Menschen. In: H. Petzold & E. Bubolz (Hrsg.). *Psychotherapie mit alten Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- Brossi, R. & Biermann-Ratjen, E.-M. (2007). „Es ist so weiter oben und weiter hinten“ – Darstellung der Entwicklung des therapeutischen Prozesses einer Patientin, die an einer Selbststrukturschwäche leidet. *PERSON, 11 (2)*, 140–150.
- Buber, M. (1962/2002). *Das dialogische Prinzip*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Galliker, M. & Weimer, D. (2006). *Psychologie der Verständigung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Höger, D. (2008). Die Bedeutung der Bindungstheorie für die Gesprächspsychotherapie und die Psychotherapie im Allgemeinen. *Psychodynamische Psychotherapie, 7*, 150–157.
- Karl, F. & Nittel, D. (1980). „Zugehende stadtteilorientierte Beratung älterer Menschen“ – Zugangsformen und Interventionsmuster. *Zeitschrift für Gerontologie, 21*, 21–27.
- Klein, M. & Galliker, M. (2007). Der Dreischritt als Untersuchungseinheit der Therapieforschung – Zu einer gegenstandsangemessenen Evaluation Personenzentrierter Psychotherapie, veranschaulicht am Gespräch von Rogers und Gloria. *PERSON, 11*, 127–139.
- Oberbracht, C. (2005). *Psychische Struktur im Spiel der Beziehung. Klinische Anwendung und empirische Prüfung der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik bei stationären psychosomatischen Patienten*. Universität Hamburg: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Prouty, G. (1998). Pre-therapy and the pre-expressive self. *Person-Centred Practice, 6*, 80–88.
- Rogers, C.R. (1942/1985). *Die nicht-direkte Beratung*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Rogers, C.R. (1959/1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Köln: GWG-Verlag.
- Rogers, C.R. (1961/2006). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schmid, P.F. (2008). Resonanz – Konfrontation – Austausch. Personenzentrierte Psychotherapie als kreativer Prozess des Miteinander und Einander-Gegenüber. *PERSON, 12*, 22–34.
- Schulz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden. Band 1*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Autor:

Mark Galliker, Prof. Dr. phil., Psychotherapeut FSP. Lehraufträge für Gesprächsführung und Beratung, Emotion und Motivation sowie Geschichte und Paradigmen der Psychologie.

Korrespondenzadresse:

Mark Galliker
Institut für Psychologie der Universität Bern
UniTobler, Muesmattstr. 45. CH-3000 Bern 9
E-Mail: mark.galliker@psy.unibe.ch

Rezensionen*

Margarethe Letzel

Ian Morton: Die Würde wahren. Personzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Mit einem Vorwort von Marlis Pörtner (Original: Person-centred Approaches to Dementia Care. Bicester: Winslow, 1999)

Stuttgart: Klett-Cotta, 2002, 220 Seiten, ISBN: 978-3-608-91039-1, Euro 24,00 / SFr 45,90

Mitzerleben, wie ein nahestehender Mensch mehr und mehr Gedächtnisstörungen erleidet, dadurch immer hilfsbedürftiger wird und seine Persönlichkeit zu verlieren scheint, das gehört zu den besonders schmerzhaften Erfahrungen. Angemessen damit umzugehen, „die Würde (der betroffenen Person) zu wahren“, bedeutet für Angehörige wie für beruflich Involvierte eine große Herausforderung. Das Phänomen Demenz bringt mit sich, dass es – ähnlich wie bei psychotischen Zuständen oder schwereren geistigen Handicaps – fast nicht möglich ist, sich in das Erleben der von Demenz betroffenen Personen hineinzuversetzen. In besonderem Maß stellt sich für Betreuung und Pflege daher die Frage: Wie begleite und handle ich empathisch?

In seinem Buch „Die Würde wahren“ beschreibt Ian Morton die Auseinandersetzung mit dieser Problematik, wie sie in den vergangenen Jahrzehnten im englischsprachigen Raum stattgefunden hat, sowie den aktuellen Stand in Theorie und Praxis. Mit einem prägnanten Überblick über die Entwicklung der vergangenen fünf Jahrzehnte veranschaulicht er, von welchem hohem Wert der Personzentrierte Ansatz in dieser Arbeit war und dort immer bedeutsamer wird. Insbesondere zeigt er auf, als wie befruchtend sich Proutys Prä-Therapie auch für dieses Feld erweist. Detailliert skizziert der Autor, was es bedeutet hat, von einem vorherrschend medizinischen Modell abzuweichen und den Kontakt und die Lebensqualität der von Demenz betroffenen Personen ins Zentrum zu stellen.

Aus Sicht des Personzentrierten Ansatzes besonders interessant sind die Ausdifferenzierungen zum Thema „personzentriert“.

Der Autor konstatiert einen „inflationären“ Umgang mit diesem Begriff und versucht zu verdeutlichen, dass das Potenzial des Personzentrierten Ansatzes nicht zum Tragen kommen kann, wenn er nicht richtig aufgefasst oder nur in Fragmenten verwendet wird. Ob diese Differenzierung des Autors auch für interessierte Lesende verständlich wird, die Theorie und Praxis des Personzentrierten Ansatzes nicht fundiert kennen, bleibt meines Erachtens offen. Ian Mortons Verdienst liegt jedoch eindeutig darin, mit seinen Argumenten einen in die Zukunft weisenden Punkt für die Weiterentwicklung der Thematik aufzuzeigen.

Die von Carl Rogers mit dem Personzentrierten Ansatz entworfene Theorie zeigte ihren Wert – ganz in dessen Sinn – rasch auch auf anderen Gebieten denn Beratung und Psychotherapie. Wie Morton ausführt, fand Rogers' Ansatz bereits sehr früh auch in die Reflexion und die praktische Arbeit im Umgang mit demenzen Personen Eingang, wurde aber mit anderen Theorien verbunden und zu neuen Theorien entwickelt (Stichworte: Validation und Resolutionstherapie), die sich später nur teilweise als überzeugend erwiesen. Anschaulich zeigt der Autor (interessanterweise nur anhand sehr weniger Fallbeispiele), welches Potenzial in Pflege und Betreuung demenzen Personen noch auszuschöpfen wäre, würde der Personzentrierte Ansatz, wie er insbesondere für die Prä-Therapie entwickelt wurde, auf breiter Basis angewendet. Dass Mortons Erfahrungen und Anregungen weite Verbreitung finden – zu wünschen ist es!

* Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.: Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch bzw. Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.
Detailinformationen zu Rezensionen siehe hintere innere Umschlagseite (U3)

Marlis Pörtner

Tom Kitwood: Demenz. Der Personzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen

Bern: Hans Huber, 5., ergänzte Auflage 2008, 237 Seiten, ISBN 3-456-84568-5, Euro 26,95/SFr 44,90

Dieses Buch ist sozusagen ein Klassiker auf dem Gebiet der Demenzpflege. Die englische Erstausgabe „Dementia reconsidered“ (Buckingham: Open University Press) von 1997 brachte seinerzeit eine radikal neue Sichtweise der Demenz ins Spiel, die bezüglich Pflege und Betreuung demenzkranker Menschen ein grundlegendes Umdenken erforderlich machte. Kitwoods Ansatz hat seit dem Erscheinen der deutschen Ausgabe auch im deutschsprachigen Raum da und dort positive Veränderungen bewirkt – wenn auch längst nicht in so umfassender Weise, wie es zu wünschen wäre. Die alten Paradigmen, gegen die Kitwood angetreten ist, spuken auch heute noch in vielen Köpfen herum und prägen weiterhin sowohl den Umgang mit demenzkranken Menschen wie auch die Strukturen und Pflegekonzepte zahlreicher Einrichtungen. Kitwoods Erkenntnisse sind deshalb nach wie vor hochaktuell.

Der Autor bezeichnet den „Erhalt des Personseins“ als zentrale Aufgabe der Pflege und Betreuung; er bricht damit radikal mit der (bis heute nicht ganz ausgerotteten) These, dass fortschreitende Demenz die Person irreversibel zerstöre und lediglich eine leere Körperhülle zurücklasse. Kitwood hingegen ist der Überzeugung, das Personsein werde durch eine „maligne Sozialpsychologie“ untergraben, welche auf einem ausschließlich medizinischen Verständnis von Demenz beruhe und Menschen zu Objekten mache. Diese entpersonalisierenden Tendenzen im Pflegealltag hat Kitwood in einer Forschungsstudie (1990) anhand von konkret definierten Handlungselementen eindeutig nachweisen können (The dialectic of dementia: with particular reference to Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 10, 177–196).

Kitwood definiert Demenz als einen dialektischen Prozess, bei dem neuropathologische und sozialpsychologische Faktoren gleichermaßen wirksam sind und einander gegenseitig beeinflussen – negativ oder positiv. Während die „maligne Sozialpsychologie“ traditioneller Pflegekonzepte die Entpersonalisierung fördert und beschleunigt, lässt sich diese durch sinnvolles Zusammenwirken medizinischer und sozialpsychologischer Gesichtspunkte erheblich eindämmen oder sogar verhindern. Kitwoods Idealbild von guter Pflege und Fürsorge ist, dass „jedes Fortschreiten der neurologischen Beeinträchtigung – das bei einer nicht unterstützenden Sozialpsychologie potentiell extrem schädigend sein kann – durch positive Arbeit an der Person kompensiert“ wird. Dass sich das nie vollständig, sondern immer nur ansatzweise verwirklichen lässt, ist ihm bewusst. Allerdings hat sich gezeigt, dass trotz massiver neuropathologischer Beeinträchtigung „für manche Menschen hohe Grade eines relativen Wohlbefindens“ ermöglicht werden können. Die Erfahrungen in dem von Janet Bell und Iain McGregor gegründeten

Spring Mount Pflegeheim in Bradford haben das auf eindruckliche Weise bestätigt und Kitwood in seinen Überzeugungen bestärkt. Er hatte engen Kontakt zu Spring Mount, das mit seinem vorbildlichen Pflegekonzept ein lebendiges Beispiel für die Richtigkeit seiner Thesen bot (Bell, J. & McGregor, I. [1995]. A challenge to stage theories of dementia. In T. Kitwood & S. Benson (Eds.), *The New Culture of Dementia Care* [pp. 12–15]. London: Hawker).

Das deterministische „Standardparadigma“ – auf eine kurze Formel gebracht: „keine Heilung, keine Hilfe, keine Hoffnung“ – hält Kitwood definitiv für falsch. Doch bestreitet er nicht, dass demenzkranke Menschen sich stark verändern und Verhaltensweisen oder Eigenschaften entwickeln können, die sie bisher nie gezeigt haben. Das ist für ihn kein Hinweis auf den Verlust der Persönlichkeit, sondern darauf zurückzuführen, dass aufgrund neuropathologischer Schädigungen Ressourcen verlorengegangen und psychische Abwehrmechanismen zusammengebrochen sind – bisher nicht bewusst wahrgenommene oder mit Willenskraft beherrschte Emotionen, Bedürfnisse oder Impulse können sich so plötzlich ungebremst Bahn brechen. Interessant aus personenzentrierter Sicht ist Kitwoods Beobachtung, dass dies vermehrt bei Menschen auftritt, denen ihre unterschwelligen Gefühle und heimlichen Sehnsüchte nie bewusst geworden sind. Mit anderen Worten: Kongruenz erweist sich auch in diesem Zusammenhang als entscheidend wichtiger Faktor. Eine andere Beobachtung lässt Beratende aufhorchen: Kitwood stellt fest, dass Bezugspersonen, die gut begleitet werden und dadurch einen besseren Zugang zu demenzkranken Menschen finden, kaum jemals den Eindruck haben, ihre Angehörigen seien „nicht mehr sie selbst“.

Kitwood setzt sich eingehend mit seinem Thema auseinander. Zunächst geht er der Frage nach, „was es heißt, eine Person zu sein“, wobei er sich, unter anderem, auf Buber beruft. Dann beschreibt er detailliert „Demenz als psychiatrische Kategorie“ und weist auf andere Krankheitsbilder hin (Depression, psychotische Komplikationen), die häufig mit Demenz einhergehen und nicht unbeachtet (d. h. unbehandelt) bleiben dürfen, sowie auf gewisse körperliche Zustände, welche die Demenz verstärken. Dann erweitert er den Blickwinkel, indem er auf die sozialpsychologischen Faktoren hinweist, die bei der Entstehung von Demenz eine Rolle spielen und den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen. Dieser „malignen Sozialpsychologie“ stellt er ein unterstützendes Betreuungskonzept gegenüber, das die Einzigartigkeit jeder Person achtet, deren subjektives Erleben berücksichtigt und individuellen Bedürfnissen Rechnung trägt. Er beschreibt sehr genau, welche Handlungsweisen diese Anforderungen erfüllen, und stellt mit der DEM (Dementia Care Mapping)-Methode ein Instrument zur Verfügung, das es

ermöglicht, das praktische Handeln in Betreuung und Pflege anhand von konkreten Kriterien zu reflektieren und zu überprüfen.

Weshalb empfiehlt sich die Lektüre nicht nur für Angehörige von Pflegeberufen, sondern auch für Personenzentrierte Therapeutinnen und Berater? Zum einen vermittelt das Buch ein weit über die gängigen Vorstellungen hinaus weisendes umfassendes und vielschichtiges Bild der Demenz, das ein sehr viel differenzierteres Verständnis für die betroffenen Menschen ermöglicht. Dieses Hintergrundwissen ist für die therapeutische Begleitung demenzkranker Menschen ebenso hilfreich wie für die Beratung von Teams und Angehörigen. Beratende erfahren zudem durch Kitwoods Auflistung von förderlichen und schädlichen Handlungsweisen sehr genau, worauf es bei der Betreuung ankommt, was der Qualität ihrer Beratungen zu Gute kommt.

Etwas erschwert wird das Lesen durch einen umständlichen, nicht eben flüssigen Sprachduktus, was auch an der Übersetzung liegen könnte. Dieser ist jedenfalls ein gravierender Mangel vorzuwerfen: der unbedarft nachlässige Umgang mit den Begriffen „personenzentriert“ und „personenzentriert“, zwischen denen beliebig hin- und hergewechselt wird. Das ist in diesem Kontext besonders unverständlich, verdeutlichen Kitwoods Ausführungen zum „Personsein“ doch – einmal mehr –, weshalb „personenzentriert“ der adäquate deutsche Begriff ist.

Eine sehr gute zusammenfassende Darstellung von Kitwoods Ansatz und den Erfahrungen in Spring Mount findet sich übrigens in dem ebenfalls in diesem Heft besprochenen Buch von Ian Morton „Die Würde wahren ...“!

Reinhold Stipsits

Peter Elfner: Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie

München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag 2008, 126 Seiten, ISBN 978-3-497-01981-6, Euro 19,90 / SFr 35,90

In hoch entwickelten Gesellschaften nimmt die Beschäftigung mit dem Alter rapide zu. Einerseits werden wir dank der verbesserten Gesundheitsvorsorge stetig und allmählich durchschnittlich immer älter, andererseits bestehen erhebliche Ressentiments gegenüber den Hochbetagten: Alte werden zur Belastung für das Gesundheitswesen erklärt, wenngleich dabei die Verkürzung auf eine ökonomische Dimension die Möglichkeiten der Arbeit mit den Alten in der Gesellschaft gar nicht mehr in den Blick nimmt. Geragogisches Handeln oder Geragogik – als Beschäftigung mit der Begleitung von alten Menschen im „Normalzustand“ – und Gerontopsychiatrie – als Psychiatrie für alte Menschen mit psychischen Störungen – stehen als Arbeitsfelder vor Augen. Inwieweit eine personenzentrierte Beratung, die sich traditionell nicht gerade für psychische Etikettierungen stark macht, hier eine Aufgabe findet, ist allemal theoretisch offen und von Praktikern in ihrer Arbeit zu entscheiden.

Peter Elfner nimmt sich dieser Thematik in seinem an Seiten knapp und gut überschaubar gehaltenen Band an. Indem er zunächst das *Altern* fokussiert und in der Folge die psychopathologischen Alterungsprozesse thematisiert, spricht er von der Gerontopsychiatrie als der zuständigen Disziplin für psychische Beeinträchtigungen eines wachsenden Segments der Bevölkerung. In seinem artikulierten Verständnis ist eine „natürliche“ Entwicklung vorausgesetzt, von diesem aus erschließt er den Leserinnen und Lesern die Welt der Alterspsychiatrie. Wenig überraschend kommt daher auch der „Personenzentrierte Ansatz“ zum Einsatz: Dieser Ansatz – von Elfner aus stilistischen Gründen synonym mit klientenzentriert oder gesprächstherapeutisch verwendet – entspringt

nicht alleine einer Grundhaltung oder „schlimmstenfalls einer Technik von Empathie, wertschätzender Akzeptanz und Echtheit/Kongruenz“, sondern wird als ein Beziehungsangebot verstanden, das auf einer Persönlichkeitstheorie beruhend konzipiert ist und auch dem alten Menschen gerecht werden kann.

Und Elfner weiß, wovon er spricht. Er hat eine klare Ordnung vor Augen, die er – unaufdringlich, ohne die einzelnen Themen überstrapazieren – mit den relevanten Topoi vorstellt. In einem ersten Kapitel über Aspekte des Alterns beschreibt er ein vielfarbiges Bild von alternden Menschen, nimmt neben kontroversen und manchmal negativ getönten Bildern vom Alter auch die zwischenmenschlichen Beziehungen zum Thema und erkennt, dass Betagte nicht *nur* unter dem Fokus der sozialen Unterstützung betrachtet werden sollten (S. 27). Immer noch tabuisierte Themen wie Sexualität alter Menschen und auch gleichgeschlechtliche Beziehungen greift Elfner auf. Er erkennt im Umgang mit nahen Beziehungen einen hohen Wert. Elfner verweist auf die faktische Schwierigkeit der fehlenden Verfügbarkeit von alten Männern. Objektiv geringere Lebenserwartung und der „Einfluss normativer gesellschaftlicher Überzeugungen“ spielten hier eine Rolle, die zur nachhaltigen Verzerrung des Bildes von Alterssexualität bei Männern und Frauen beitragen. „Sowohl ein negatives Altersbild als auch eine zu sehr an jugendlichen Idealen orientierte Vorstellung kann bewirken, dass sich alte Menschen sexuell nicht mehr attraktiv oder unter Leistungsdruck fühlen“ (S. 23). Wenn bei jüngeren Menschen Statuspassagen Abschnitte im Lebenslauf markieren helfen, deren Erreichen eine Bewältigung für den Normalzustand gehalten wird, so ist bei älteren Menschen

die Phase des Ruhestands und der unterstellten Minderung von Produktivität, für Elfner Anlass für Kritik. Seine Wertschätzung zeigt sich gerade darin, dass er Älteren Kompetenzen zuerkennt. Selbstbestimmung zählt, daher wird bei ihm die anzustrebende Wohnform an die passende Lebensform angedacht und nicht umgekehrt. Elfner plädiert also durchaus für ein selbstständiges Altern, in dem dann Sterben und Tod den Abschluss der letzten Lebensphase bilden.

Im Abschnitt über Gerontopsychiatrie erfährt man von der Verteilung psychischer Krankheitsbilder und den Netzwerken der Versorgung alter Menschen. Altenhilfe ist in diesem Bereich in erster Linie eine Frage der Familie, und dann von Ambulanzen, gerontopsychiatrischen Tageskliniken, die gut erreichbar sind oder selbst mobile Dienste anbieten. Eine differenzialdiagnostische Trennung in demente und nicht-demente Störungsbilder kann nach Elfner bei der Behandlung helfen. Leitend sind für ihn dennoch die hilfreichen Haltungen und Verhaltensweisen, wie er sie in dem Personenzentrierten Ansatz gewinnt bzw. erkennt.

In seinem dritten Kapitel schafft Elfner dann einen konzisen, nur dem Anschein nach traditionellen Überblick über den Personenzentrierten Ansatz, den er stets mit Beispielen für die Anwendung auf seine Altersklientel unterlegt. Die Aktualisierungstendenz als Entwicklungspotenzial – auch im hohen Alter – ist wohl eine theoretisch nur dünn ausgewiesene und schwerer belegbare Annahme. Hier könnte die Diskussion noch vertieft geführt werden.

Die personenzentrierte Psychotherapie in der Gerontopsychiatrie ist für Elfner das zentrale Thema des nächsten Kapitels. In Anlehnung an die Arbeiten von Prouty, Pörtner sowie Linster kommt Prämotivationsarbeit für Elfner ein besonderer Stellenwert zu: Wie kann gelingen, dass sich alte Menschen vertrauensvoll auf einen Weg der Veränderung im Zuge einer therapeutischen Beziehung einlassen? Von der Prä-Therapie zur Psychotherapie ist es nicht nur bei jüngeren Zielgruppen in psychiatrischer Bedürftigkeit oft ein weiter

Weg. Zu den Beratungsangeboten kommen auch Lernangebote, also insgesamt pädagogisch intendierte Strategien.

Hier weitet Elfner offenkundig den Rahmen des traditionellen personenzentrierten Arbeitens aus, ohne deshalb den Rahmen zu sprengen. Unterstützende Angebote, die das Geschehen lenkend beeinflussen, sind hier ebenso für ihn am Platz, wie Projektarbeit als geragogisches Handeln in der Gerontopsychiatrie statthaft ist. Lernen im Alter bedeute eher ein „weiterlernendes Anknüpfen an bestehende Erfahrungen als eine Aneignung vollkommen neuen Wissens“ (S. 66). Der Respekt begleitet seine Handlungen und dazu gehöre in der Arbeit mit alten Menschen auch Wahrnehmung von Verlangsamung von Prozessen, Ansprechen von verschiedenen Sinnesorganen, bei Trainings altersadäquate Schriftbilder, von Visualisierungen bis zu Pausen und Wiederholungen.

Das sechste Kapitel des Buches behandelt in kurzen, dichten Passagen die Fallbeispiele zu ausgewählten Störungen. Hier wird man fündig, wenn man sich ein Bild von Depression, von Demenz und von Anpassungsstörung als den substanziell wichtigen und häufigen Kategorien von Störungsbildern im Alter machen möchte. In kurzen Ausschnitten aus Einzelgesprächen wird ersichtlich, wie nahe Elfner mit seinen betagten Klientinnen und Klienten am Alltag und dessen Bewältigung arbeitet. Die Prämotivationsarbeit kombiniert er mit wohl(-wollend) abgewogener praktischer Unterstützung. Wie er im Schlusswort festhält, seien gerade alterspsychiatrische Patientinnen und Patienten eine dankbare Klientel. Offenbar ist die Qualität einer geduldigen und ausdauernden Achtsamkeit allorts, aber besonders im höheren Alter, von besonderem Wert.

Das Buch vermittelt einen guten Einblick, beeindruckt durch seine nachvollziehbare Sprache, die die Dinge beim Namen nennt. Herr Elfner hat wohl nicht zufällig auch das Privileg, von Marlis Pörtner das Geleitwort zum Buch mit auf den Weg bekommen zu haben.

Diether Höger

Luise Reddemann. Würde – Annäherung an einen vergessenen Wert in der Psychotherapie

Stuttgart: Klett-Cotta, 2008. 144 Seiten, ISBN 978-3-608-89066-2, € 18,90, SFr. 32,70

Die Autorin beginnt den zweiten, dem Thema Würde und Psychotherapie gewidmeten Teil des Buches mit der Frage, warum „Würde“ kein expliziter Gegenstand der Psychotherapie bzw. der Ethik der Psychotherapie sei. Wer auf der Basis des Personenzentrierten Ansatzes (PZA) arbeitet und dies liest, fragt sich, ob sie denn noch nie etwas vom PZA gehört oder gelesen hat. Zwar wird im PZA speziell der Terminus „Würde“ nicht oder nur selten explizit genannt. Aber unter den von Rogers formulierten sechs Bedingungen, d. h. Voraussetzungen für konstruktive Persönlichkeitsänderungen findet

sich jene, dass die Therapeutin bzw. der Therapeut „unconditional positive regard“ erlebt, also positive Beachtung, ohne dies an Bedingungen zu knüpfen. Voraussetzungslose Anerkennung, verbunden mit empathischem Verstehen, bedeutet nichts anderes als die Person so, wie sie ist, zu würdigen. In diesem Sinne hat Reddemann völlig Recht, wenn sie an anderer Stelle schreibt, dass „Wertschätzung“ allein nicht genüge. Denn im PZA geht es eben darum, dass Wertschätzung erst dann ihre therapeutische Wirkung erhält, wenn sie nicht an Bedingungen geknüpft ist, und sei dies auch noch so

subtil. Zudem betont die personenzentrierte Arbeitsgrundlage „Aktualisierungstendenz“ die Eigenständigkeit der Person, die es zu würdigen gilt.

Die darauf folgenden Beispiele aus der Praxis zeigen, wie in Psychotherapien tatsächlich gegen die Würde verstoßen wird: wenn etwa eine Patientin über Misshandlungen durch ihre Mutter berichtet und vom Therapeuten als Erstes gefragt wird, ob sie sich vorstellen könne, warum die Mutter das gemacht habe. Wer sich als „personenzentriert“ arbeitend bezeichnet, muss sich – wenn ihm so etwas passiert – über alles hinweggesetzt haben, was er in seiner Ausbildung gelernt hat. Hier wird deutlich, wie dringend die Psychotherapeuten eine breitere Kenntnis des Personenzentrierten Ansatzes nötig hätte und wie bezeichnend es für sie ist, dass sie ihn – zumindest in Deutschland – systematisch ausgesperrt hat.

Aber Reddemann kennt offensichtlich den PZA, denn sie fragt nur wenige Seiten später: „Wie kommt es, dass in Deutschland die Methoden, die am meisten die Würde zum Gegenstand ihrer Überlegungen machen, nicht oder nicht voll anerkannt sind? Ich meine damit sowohl die Existenzanalyse nach Frankl wie die personenzentrierte Psychotherapie nach Rogers.“ (S. 103) Und als Kommentar zu den abschreckenden Beispielen aus der Praxis schreibt sie, dass eine Therapeutin, die zu empathischer Einfühlung fähig sei, möglicherweise keine Ethikkenntnisse brauche, um mitzufühlen, dass das beschriebene Verhalten eine Würdeverletzung darstelle. Vehement kritisiert Reddemann die in Deutschland bestehende Reduktion von Psychotherapie auf lediglich zwei Verfahren: das analytisch-tiefenpsychologische und das verhaltenstherapeutische.

So gesehen hat Reddemann mit ihrer eingangs gestellten Frage tatsächlich Recht. Denn in einer dermaßen reduzierten psychotherapeutischen Landschaft sucht man einen nennenswerten Diskurs über Würde in der Psychotherapie vergeblich. Sie macht auch deutlich, dass „hinter der sogenannten Wissenschaftlichkeit und Evidenzbasierung sich zunehmend menschenverachtendes Denken verbirgt“ (S. 103), wenn sie lediglich nach den üblichen Regeln erfolgt und beispielsweise die individuellen Unterschiede ignoriert, die in der Praxis nur übersehen kann, wer mit Blindheit geschlagen ist. Und so wird deutlich, wie sich der Mainstream der Wissenschaft zusammen mit dem deutschen Gesundheitssystem als Instrument systematischer Entwürdigung der Klientinnen und Klienten erweist.

Reddemann nennt und diskutiert fünf Bereiche, in denen das Thema Würde – nicht nur in der Psychotherapie – besondere Beachtung verdient: Erstens den Respekt vor Autonomie, u. a. mit dem Hinweis auf die Notwendigkeit, mit dem Begriff „Widerstand“ äußerst vorsichtig umzugehen. Zweitens geht es um die Würde der Verletzlichkeit und des Scheiterns, was bedeutet anzuerkennen, dass ein Lebenslauf nicht erst durch seine Erfolge achtenswert ist; außerdem wird in diesem Zusammenhang eine Neukonzeption von „Abstinenz“ diskutiert. Der dritte Bereich ist der Respekt vor den Wünschen nach Verbundenheit und die Würdigung der Beziehungs-

wünsche von Klientinnen und Klienten, auch wenn sie von außen gesehen als ungünstig erscheinen mögen. Viertens geht es um den Respekt vor Individualität und Verschiedenheit, nicht zuletzt auch im Gegensatz zu einer evidenzbasierten Medizin, sofern sie alle Patienten über einen Kamm schert. Auch hier verweist Reddemann auf Rogers, und zwar als denjenigen, der dieses Thema mit dem Konzept der Aktualisierungstendenz wohl am tiefgehendsten durchdrungen habe, und sie fragt: „Ist es im Interesse der Würde der PatientInnen, dass psychotherapeutische Ausbildungen durchlaufen werden, ohne dass dieses Prinzip zumindest genannt wird?“ (S. 114) Sie verweist auch auf die demütigende und verletzende Wirkung der sogenannten Nachqualifizierung, der sich hoch qualifizierte und erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Deutschland nach dem Psychotherapeutengesetz unterziehen mussten, sofern sie nicht in einem der beiden etablierten Verfahren ausgebildet waren. Nicht nur das: „Die Einengung auf letztlich zwei Verfahren verstößt sowohl gegen die Würde der Individualität unserer PatientInnen wie gegen die Würde des Reichtums und der Lebendigkeit unseres Faches.“ (S. 114) Der fünfte Bereich schließlich ist das Recht auf Intimität, besonders relevant im stationären Setting mit seinen oft vorhandenen Kontrollmechanismen.

Dies alles ist denjenigen, die nach dem PZA arbeiten, durchaus vertraut. Erübrigt sich also für sie die Lektüre dieses Buches? Die Antwort ist ein entschiedenes „Nein“. Denn wir können immer gewinnen, wenn uns anscheinend Vertrautes auch aus einer anderen Perspektive gezeigt wird. Vor allem aber: Die Prinzipien des PZA sind bekanntlich höchst abstrakt formuliert und können ihre Wirkung erst entfalten, wenn sie in einer konkreten (therapeutischen) Beziehung erkennbar werden. Diese immer wieder neue Verbindung abstrakter Begriffe mit konkreten Phänomenen herzustellen ist eine Aufgabe, die lebenslang nicht beendet werden kann. Und hierfür finden wir im ersten Teil des Buches, der sich mit dem Begriff der Würde auseinandersetzt, eine Fülle von wertvollen Anregungen.

Dieser erste Teil beschreibt die Geschichte der Annäherung der Autorin an das Thema. Er beginnt mit dem Grimm'schen Märchen vom Wasser des Lebens, geht weiter mit einer Theateraufführung, die zu J.S. Bach führt, gefolgt von einem weiteren Märchen – jenem von Gevatter Tod. Bach ist für Reddemann ein Vorbild an Würde als ein sein Leiden und Sterben akzeptierender Mensch, der angesichts scheinbarer Würdelosigkeit zur Akzeptanz findet: „durch das Wahrnehmen des gesamten Spektrums menschlicher Möglichkeiten, in Sonderheit der Freude sowie des Lobens und Dankens“ (S. 22). In den beiden Märchen geht es um das Thema Tod und seine Anerkennung als untrennbaren Teil des Lebens, eine Anerkennung, die (nicht nur!) für ärztliches, d. h. heilendes Tun unabdingbar ist, indem es nämlich auf den „würdevollen Umgang mit unserer Sterblichkeit und dem Machbaren bzw. nicht Machbaren“ (S. 28) ankommt. Würde geht aus psychotherapeutischer Sicht da verloren, wo es an Akzeptanz unserer Sterblichkeit und all dessen mangelt, was damit zusammen hängt, wie z. B. Schwäche oder Verletzlichkeit.

Als nächstes geht Reddemann auf die Würde als Thema der Ethik ein und beginnt eine erste Annäherung mit Albert Schweitzers Ausspruch „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“, in dem sich Ehrfurcht vor dem geheimnisvollen Willen zum Leben zeigt. Sie bezieht daraus die Anregung, jede Lebensäußerung (Verhaltensweisen, Meinungen, Gefühle) aufzufassen als „Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will“. Wer denkt da nicht an den Begriff der Aktualisierungstendenz, der hier eine anschauliche Beschreibung erhält?

Reddemann betont, dass für psychotherapeutisches Handeln in hohem Maß die Begriffe entscheidend seien, in denen wir über Therapie denken und sprechen, und dass die im Diskurs fallenden Termini wie „Wertschätzung“, „Achtung“, „Respekt“ nicht ausreichen, um „Würde“ zum Gegenstand unserer Wahrnehmung und Reflexionen zu machen. „Ich bin überzeugt, dass wir vor allem in der Psychotraumatologie ein *explizit* gemachtes Bewusstsein und daraus abgeleitetes Handeln für Würde benötigen. Das heißt, dass wir uns bei allem, was wir tun, sehr bewusst die Frage stellen, ob unser Tun mit der Würde unserer PatientInnen – und unserer eigenen – vereinbar ist, und nicht nur, ob wir mit ihnen und uns wertschätzend umgehen.“ (S. 38) Worum es gehe, sei die Spannung zwischen dem Helfenwollen und dem Respekt vor der Würde des Kranken. Sie nennt in diesem Zusammenhang das Beispiel eines Flüchtlings, der um Verstehen und nicht um Hilfe bat, denn Hilfe würde ihn klein machen. Dies mag auch nach dem PZA Arbeitende daran erinnern, dass eine Übersetzung von „unconditional positive regard“ als „Wertschätzung, Achtung, Respekt“ in der Tat zu kurz greift, solange sie nicht deren Freiheit von Bedingungen explizit mit einschließt.

In einem weiteren Schritt der Annäherung an den Begriff der Würde beruft sich Reddemann auf philosophische Sichtweisen. Sie bezieht sich auf Schriften von Emanuel Levinas und Richard Rorty, vor allem auch von Seyla Benhabib, deren feministische Sicht das zentrale Anliegen Reddemanns ist. Die von ihr postulierte kommunikative Ethik setzt an die Stelle einer Gleichheit der Fähigkeiten die Gleichheit der Ansprüche und betont die Autonomie des Individuums zusammen mit der damit verbundenen Forderung nach partnerschaftlicher Begegnung statt entmündigender „Fürsorge“ als einer Rechtfertigung paternalistischen Denkens (wobei Reddemann eine Gemeinsamkeit mit Carl Rogers sieht). Und sie betont, dass Würde nicht voll gedeiht, wo Gleichberechtigung nicht realisiert ist und Frauen ausgeklammert werden. „Man muss auch immer wieder dem Subjekt psychotherapeutischer Theorien und Handlungsanweisungen ein Geschlecht geben!“ (S. 67), wobei

Reddemann eingesteht, wie leicht ihr selbst die Gender-Perspektive immer wieder aus dem Blick gerate. Darin werde deutlich, dass es – bei Männern wie bei Frauen – um das „Bemühen um“ geht, und wie trügerisch die Meinung sei, diese Perspektive zu besitzen. Würde hängt davon ab, dass Wahrheitsansprüche immer wieder hinterfragt werden und dass wir erkennen, wenn Teilinteressen als Allgemeininteressen ausgegeben werden.

Reddemann zeigt weiters, wie gesellschaftliche Zustände wie Arbeitslosigkeit, Sozialabbau und Armut einen Verlust der Würde bedeuten, wie sie durch den Neoliberalismus als eine moderne Form der Menschenverachtung und Entwürdigung verstärkt werden, und wie das mit ihm verbundene Profitdenken inzwischen auch im Bereich des Gesundheitswesens immer mehr die Leitlinien der bestehenden Strukturen bestimmt.

Wer von Vertreterinnen des Feminismus zu verantwortende konkrete Entwürdigungen erlebt hat, mag allerdings an die heilende Wirkung des Feminismus für unsere Gesellschaft nicht so recht glauben. Damit ist es wie mit anderen „Ismen“ auch: Sie leuchten als Ideen nicht nur ein, sondern nähren auch die Hoffnung auf eine bessere Welt. Nur wird ihre Umsetzung in konkretes Handeln von unseren Schwächen wesentlich mitbestimmt, in denen die Doppeldeutigkeit des Adjektivs „menschlich“ erkennbar wird. Mir erscheint hier eher die Wertvorstellung der Humanität angebracht, denn sie ist nicht denkbar ohne explizite Anerkennung der Würde. Sie kann sich erst dann entfalten, wenn wir uns stets der individuellen Verschiedenheiten bewusst und bereit sind, uns der Vielfalt menschlicher Seinsweisen zu öffnen. Genau hier bekommt auch das, was wir vom Feminismus lernen können, seinen besonderen Wert.

Auch Reddemann geht es bei der „Gender-Frage“ letztlich um die Verbindung von Weiblich und Männlich, wenn sie Mythos und Bild der „heiligen Hochzeit“ als ein psychologisches Konzept heranzieht, und zwar als Symbol eines inneren Wandlungsvorganges in der Beziehung zum eigenen Selbst.

So wie das Buch geschrieben ist, ist es kein wissenschaftliches im üblichen Sinne. Es ist in seinem Stil anders, weithin getragen von Subjektivität, was aber kein Einwand sein soll, im Gegenteil. Denn hier ist die Subjektivität stets transparent und klar erkennbar – ganz im Unterschied zu „wissenschaftlicher“ Literatur, die ihre Subjektivität verschleiert oder erst gar nicht erkennt. Dabei besteht die Subjektivität Reddemanns in einer Perspektive, die auf allgemein Gültiges verweist. Und so hätte die Wissenschaft dieses Buch bitter nötig, denn es handelt von Dingen, die geeignet sind, sie menschlicher (im Sinne von humaner) zu machen.

Europäische Standards für personenzentrierte und erfahrenzielle Ausbildung & Das Europäische Zertifikat für Personenzentrierte und Erfahrenzielle Psychotherapie und Beratung

Das Netzwerk europäischer Vereinigungen für Personenzentrierte und Erfahrenzielle Psychotherapie und Beratung (NEAPCEPC) hat auf seiner letzten Generalversammlung am 6. Juli 2008 in Norwich beschlossen, ein Europäisches Zertifikat für Personenzentrierte und Erfahrenzielle Psychotherapie (PCE-Zertifikat) zu schaffen. Dieses Zertifikat gründet in den schon 2001 vereinbarten Ausbildungsprinzipien des Netzwerks, die für alle Mitgliedsvereine verpflichtend sind (siehe unten) sowie auf den ethischen Standards der Mitgliedsvereine.

Es wird ein Zertifikat für Praktiker bzw. Praktikerinnen, eines für Ausbilder und Ausbilderinnen (Trainer) und eines für Ausbildungsinstitutionen geben.

Jedes Mitglied einer Mitgliedsvereinigung (also Einzelpersonen), jeder Ausbilder und jede Ausbilderin einer Mitgliedsvereinigung und jede Mitgliedsvereinigung kann um dieses Zertifikat ansuchen.

Zu den Vorteilen des Zertifikats gehören

- *Sichtbarkeit auf der offiziellen Website des Netzwerks:* Alle Zertifikatsinhaber und -inhaberinnen sind berechtigt, kostenlos im öffentlichen Online-Register des Netzwerks angeführt zu werden, und zwar mit ihren jeweils aktuellen Daten und einem direkten Link zur persönlichen Homepage (!) bzw. bei Vereinigungen der Homepage des Vereins. Ausbilder und Vereine können auch eine Kurzbeschreibung ihrer Schwerpunkte bzw. ihres Selbstverständnisses publizieren.
- *Personenzentrierte und Erfahrenzielle Therapien sind für die Öffentlichkeit sichtbar:* Eine Liste qualifizierter Psychotherapeuten und Berater aus ganz Europa und die entsprechenden Vereinigungen und Institute sind auf Mausklick abrufbar.
- *Klienten und Klientinnen können qualifizierte Personenzentrierte und Erfahrenzielle Therapeutinnen und Beraterinnen einfach finden:* Wer eine Personenzentrierte Therapeutin oder einen Erfahrenziellen Berater sucht, gleich wo in Europa, wird im Internet sofort fündig.
- *Verstärkter Einfluss und größere Bedeutung Personenzentrierter und Erfahrenzieller Therapien:* PCE Therapie- und Beratungsansätze

werden dadurch in ihrer Auseinandersetzung mit anderen Orientierungen gestärkt und es wird deutlich, wie breit die PCE Ansätze verbreitet sind.

- *Zertifikat auf Papier für den Aushang:* Jeder Zertifikatsinhaber und jede -inhaberin erhält ein schön gestaltetes schriftliches Zertifikat, das er oder sie in der privaten Praxis, der Institution oder an sonst geeigneter Stelle aufhängen kann.
- *Ausbilder und Ausbilderinnen (Trainer) können sich und ihre Angebote präsentieren:* Mit einem Kurztext über das persönliche Profil sowie Workshops und andere Angebote kann dieser Personenkreis (neben dem Link zur eigenen Homepage) für alle leicht zugängliche Informationen anbieten.
- *Das PCE-Zertifikat unterstützt die Mobilität von Klienten und Klientinnen sowie von Therapeuten und Beraterinnen innerhalb Europas:* Wer an seinem neuen Wohnort einen PCE Therapeuten sucht, kann einen finden. Berater und Therapeutinnen können einfacher Kontakte knüpfen und Kollegen und Kolleginnen finden.
- *Kongressteilnahme zu reduzierten Preisen:* Zertifikatsinhaber und -inhaberinnen können zu ermäßigten Preisen an vom Netzwerk veranstalteten Symposien, Konferenzen usw. teilnehmen.

Die Generalversammlung hat ein Komitee eingesetzt, das derzeit die Details ausarbeitet. Es besteht aus Claire Higgon, Großbritannien (clairhiggon@aol.com), Peter F. Schmid, Österreich (pfs@pfs-online.at) und Jan Roelf Takens, Niederlande (rj.takens@psy.vu.nl).

Im Lauf des Jahres 2009 wird das Zertifikat erhältlich sein. Die Anmeldung dafür geschieht über das Internet und ist mit einer einmaligen Gebühr von 50 EUR für Einzelpersonen, 100 EUR für Ausbilder und 150 EUR für Mitgliedsvereine verbunden. Es gilt (ohne weitere Kosten), solange der oder die Betreffende Mitglied eines Mitgliedsvereins beim Netzwerk ist. Details werden auf der Website abrufbar sein (<http://pce-europe.org/ncertific.htm>)

PERSON dokumentiert nachfolgend die Ausbildungsprinzipien und die Grundlagen für das PCE-Zertifikat.

Die Statuten des Netzwerks (Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling finden sich in der PERSON 2 (1999) S. 156-158 sowie auf der Homepage des Netzwerks: www.pce-europe.org. *Peter F. Schmid*

Peter F. Schmid ist einer der Initiatoren und Gründer des Weltverbandes für PCE Psychotherapie und Beratung (WAPCEPC) sowie des Europäischen Netzwerks (NEAPCEPC) und Delegierter des IPS der APG, Wien.

Prinzipien personenzentrierter und experienzieller Aus- und Fortbildung in Psychotherapie und Beratung

Die folgenden Prinzipien stehen in Übereinstimmung mit den Prinzipien des Netzwerks (Statuten I.1). Die Bezeichnung „personenzentriert und experienziell“ wurde gewählt, um fortgesetzten Dialog und beständige Entwicklung zu fördern; es ist nicht beabsichtigt, ein bestimmtes Verständnis dieser Ansätze und ihrer Beziehung zueinander zu bevorzugen.

- Personenzentrierte bzw. experienzielle Ausbildung und Fortbildung in Psychotherapie und Beratung wird als Förderung von Personalisation, d. h. Entwicklung der Persönlichkeit, des Ausbildungsteilnehmers bzw. der Ausbildungsteilnehmerin durch personenzentrierte bzw. experienzielle Beziehung und Begegnung zwischen den Ausbildern bzw. Ausbilderinnen und den Ausbildungsteilnehmern bzw. Ausbildungsteilnehmerinnen verstanden. Sie zielt darauf, die persönlichen und professionellen Fähigkeiten zu erlernen, die erforderlich sind, personenzentrierte bzw. experienzielle Beziehungen mit Klienten anzubieten, aufzunehmen, zu gestalten und weiter zu entwickeln.
- Sie ist ein Unterfangen, das sowohl an Prozess und Erfahrung orientiert als auch einer tiefen theoretischen Reflexion der Erfahrungen verpflichtet ist.
- Sie besteht aus
 - Selbsterfahrung in verschiedenen Settings (z. B. Ausbildungsgruppen, Gruppen zur Persönlichkeitsentwicklung, Gruppentherapie oder -beratung, Einzeltherapie oder -beratung),
 - Auseinandersetzung mit den theoretischen Arbeiten von Carl Rogers und anderen personenzentrierten und experienziellen Theoretikern und fortwährender Entwicklung der eigenen theoretischen Einstellungen des Ausbildungsteilnehmers bzw. der Ausbildungsteilnehmerin,

- konkreter Umsetzung der Bedingungen,
- supervidierter Praxis personenzentrierter bzw. experienzieller Beziehungen mit Klienten.

Unter anderem besteht die theoretische Ausbildung aus folgenden Elementen: anthropologische, philosophische und ethische Grundlagen, Persönlichkeits- und Beziehungstheorie im Allgemeinen und in Prozessen verschiedener Personen und Gruppen in verschiedenen Situationen, Psychopathologie- und Therapietheorie, Kontextwissen (z. B. auf rechtlichem, medizinischem, wirtschaftlichem usw. Gebiet). Die theoretischen Grundlagen stimmen mit den Prinzipien, die in den Statuten des Netzwerks (I.2) festgehalten sind, überein.

- Sie wird in Beziehungen mit verschiedenen Facilitators bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bzw. Beratern und Beraterinnen bzw. Lehrern und Lehrerinnen und in verschiedenen Settings durchgeführt, damit die Ausbildungsteilnehmer bzw. die Ausbildungsteilnehmerinnen verschiedene Lernmöglichkeiten nutzen können, Kreativität gefördert wird und persönliche und kulturelle Verschiedenheit wertgeschätzt wird.
- Innerhalb der Anforderungen des jeweiligen gesetzlichen und institutionellen Rahmens ist sie, wie von Carl Rogers postuliert, einem selbstbestimmten Lernweg, auf der Basis von „Empowerment (Ermächtigung)“ und der „Freiheit zu lernen“, und der Bewertung durch den Ausbildungsteilnehmer bzw. die Ausbildungsteilnehmerin selbst verpflichtet.
- Institutionen und Personen, die Ausbildung anbieten, sind klar definierten ethischen Standards verpflichtet, der kontinuierlichen wissenschaftlichen Entwicklung von Theorie und Praxis der personenzentrierten und experienziellen Ansätze, der wissenschaftlichen Forschung und der Zusammenarbeit mit ähnlichen Institutionen und Personen auf nationaler und internationaler Ebene.

Brüssel, November 11, 2001

The European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (PCE Certificate)

(decided by the General Assembly on July 6th, 2008, in Norwich, UK)

Preliminary Statement

The Network of the European Associations for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (NEAPCEPC) aims to achieve and maintain a high standard of training and practice for person-centred and experiential (PCE) psychotherapists and counsellors.

Amongst others, its goal is to serve the public through promotion of the person-centred paradigm. It does this by supporting and encouraging scientific study, as well as the improvement of practice in this paradigm, especially in the field of psychotherapy and counselling; also by engaging in socio-political processes to ensure the continued contribution of the paradigm in health, social insurance, education, academic contexts etc. (see Statutes II.).

In order to accomplish this objective NEAPCEPC proposes the establishment of a European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (hereafter, PCE Certificate) for both organizations and individuals. This will help ensure that PCE psychotherapists and counsellors are trained according to NEAPCEPC standards. The PCE Certificate will also aid mobility of PCE psychotherapists and counsellors within Europe.

This is in accordance with the Principles of NEAPCEPC, the World Association for Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling (WAPCEPC), the World Council for Psychotherapy (WCP), the 1990 Strasbourg Declaration on Psychotherapy, the World Health Organisation (WHO) of the United Nations and the non-discrimination act valid within the framework of the European Union.

Requirements for award of a PCE Certificate

• Organizations

An application for a PCE Certificate can be made by its Member Organizations (hereafter, NEAPCEPC Member Organizations), i.e. national person/client-centred and experiential organizations, training institutes and other institutions in Europe which – adhere to NEAPCEPC principles and goals as described in its Statutes, – are committed to clearly defined ethical standards, – have a commitment to psychotherapy and counselling training and/or further training according to state of the art person-centred training standards and national (if these exist) psychotherapy and/or counselling training standards (see Statutes IV.2.).

NEAPCEPC Member Organizations are required to adhere to the ‘Principles for Person-Centred and Experiential Training and Further Training’ ratified at the NEAPCEPC General Assembly in Brussels on November 11, 2001. (See below).

• Trainers

Applications for a PCE Certificate can be made by those individuals who are recognized as trainers for PCE psychotherapy and/or counselling by NEAPCEPC Member Organizations.

In cases where there is no trainer accreditation scheme within the Member Organization, the Certificate Committee (see below) will take an individual decision based on the application. The Certificate Committee is authorised to request further information from the parties involved as needed.

Trainers who hold PCE Certificates are required to adhere to the ‘Principles for Person-Centred and Experiential Training and Further Training’ as outlined below, undertake regular further training in theory development and practice, and contribute to the ongoing development of the paradigm in theory and practice.

• Psychotherapists and Counsellors

Psychotherapists and counsellors who are members of a NEAPCEPC Member Organization and have undertaken a certificated client/person-centred and/or experiential training are eligible to apply for a PCE Certificate.

Psychotherapists or counsellors who hold PCE Certificates are required to undertake regular further training and support the paradigm.

Application Procedures

The NEAPCEPC Board proposes a committee (hereafter, Certificate Committee) of at least three persons from at least three different members of the General Assembly who are not members of the current Board. The General Assembly elects the members of the Certificate Committee for a period of two years. Re-election is possible.

Applications for PCE Certificates are made to the Certificate Committee.

- NEAPCEPC Member Organizations send an application stating their promise to adhere to the ‘Principles for Person-Centred

and Experiential Training and Further Training' together with their details and current training regulations to the Certificate Committee. All Member Organizations will automatically be included in the online register.

- Trainers send their Curriculum Vitae (with special reference to their client/person-centred and/or experiential psychotherapy or counselling qualifications and their training experience) to the Certificate Committee together with their personal details and with confirmation of their status as a trainer by their organization. Candidates who do not wish to be listed in the online register (see below), must include a written statement to that effect.
- Psychotherapists and counsellors send their details to the Certificate Committee together with confirmation of their membership by their organization.

Respective forms will be made available through the internet. All data for the internet must be submitted electronically.

Applicants transfer a single fee at the time of their application for the PCE Certificate to NEAPCEPC to meet the expenses. This fee is set by the General Assembly. The fee is not refundable.

[Suggestion for the time being: NEAPCEPC Member Organizations 150 EUR, trainers 100 EUR, psychotherapists & counsellors 50 EUR.]

After receipt of the fee the application will be processed by the Certificate Committee. If there are any open questions the applicant will be contacted for clarification. If the application is in order the PCE Certificate will be issued and sent to the applicant.

The PCE Certificate will be issued in English, signed by a representative of the NEAPCEPC Certificate Committee and, in the case of individual applicants, by the NEAPCEPC Member Organization. The certificate may be translated by the respective NEAPCEPC Member Organization in to the language(s) of the country within which it is being awarded. The certificate will note requirements for its continuing validity (see below). A PCE Certificate awarded to trainers covers both the qualification for training and practice as a psychotherapist and/or counsellor (if applicable).

Should an application be refused by the Certificate Committee the applicant has the right of one appeal to the Board.

Validity

- The PCE Certificate for NEAPCEPC Member Organizations remains valid as long as the organization remains a Member Organization of NEAPCEPC and adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate.
- The PCE Certificate for trainers remains valid as long as the trainer adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate, undertakes regular supervision and further training in theory development and practice, contributes to the ongoing development of the paradigm in theory and practice and is a

member of a NEAPCEPC Member Organization.

- The PCE Certificate for psychotherapists/counsellors remains valid as long as the individual adheres to the criteria for the award of the PCE Certificate, undertakes regular supervision and further training, supports the paradigm and is a member of a NEAPCEPC Member Organization.

Applicant details are only checked at the time of application. NEAPCEPC cannot be held responsible for the conduct of PCE Certificate holders after the award of the certificate. If NEAPCEPC receives reliable information regarding misconduct of PCE Certificate holders the organizations or persons in question will be removed from the register (see below).

NEAPCEPC Member Organizations are obliged to update the Certificate Committee one month prior to a NEAPCEPC GA with any new versions of their training regulations.

Public register of PCE Certificate holders

A register of all PCE Certificate holders will be made available for the public through the Internet.

- This register lists the name, country, address, phone and fax numbers, e-mail address and website address of the PCE Certificate holder.
- NEAPCEPC Member Organizations can add a profile of the organization of no more than 300 words to the register
- Trainers can add a personal profile of no more than 200 words to the register.

All PCE Certificate holders are obliged to advise the Certificate Committee of changes to their details.

Benefits of the PCE Certificate

All individual counsellor/psychotherapist PCE Certificate holders are entitled to be listed in the public register (see above) with a direct online link to their personal website.

All PCE Certificate holders are entitled to use 'Holder of The European Certificate for Person-Centred and Experiential Psychotherapy and Counselling (PCE-Certificate)' in their business correspondence. This contributes to the promotion and support of the PCE paradigm.

All PCE-Certificate holders are entitled to participate in any symposia or conferences organized by NEAPCEPC at a reduced rate.

When moving within Europe PCE Certificate holders can easily present their client/person-centred and experiential credentials as a member of a NEAPCEPC Member Organization.

Norwich, July 6, 2008

Internationale Veranstaltungen (Juli 2009 bis Juni 2010)

International conference of Person-centered counseling and psychotherapy (organized by Institute of Counseling and Psychological Studies - ICPS Hellas)

Thema: "Person-Centered Counseling and Psychotherapy Today: Evolution and Challenges"

Zeit: 24.–28. Juni 2009

Ort: Athens

Kontakt: pcaconf2009@icps.edu.gr Tel. (+30)210.64.56.565

Cross Cultural Communication Workshop

25th Reunion — Carl Rogers in Hungary

Zeit: 6.–12. Juli 2009

Ort: Szeged, Ungarn

Info/Kontakt: www.rogers2009.hu; sandor.klein@shl.hu

24th Annual ADPCA Conference—Association for the Development of the Person-Centered Approach

Thema: Older and Growing

Zeit: 17.–21. Juli 2009

Ort: Kutztown University, Pennsylvania

Info/Kontakt: www.adpca.org/events; kwil674@kutztown.edu

28. Internationale Focusing-Sommerschule (DAF – Dt. Ausbildungsinstitut für Focusing)

Zeit: 27. Juli bis 6. August 2009

Ort: Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

Info/Kontakt: www.daf-focusing.de; info@focusing-daf.de

Focusing-Wochen Achberg 2009

Zeit: 7.–16. August 2009

Ort: Humboldt-Haus Achberg bei Lindau am Bodensee

Info/Kontakt: www.focusing-netzwerk.de bzw. gfk@bluewin.ch

4th Annual Focusing Institute Summer School — FISS 2009

Zeit: 21.–27. August 2009

Ort: Garrison Institute in Garrison, New York

Info: www.focusing.org

20 Years BAPCA (British Association for the Person-Centred Approach)

Thema: Changes in consciousness: the Person-Centred Approach and a world in transition

Zeit: 10.–13. September 2009

Ort: Reading University

Kontakt: di@bapca.co.uk

3. Stuttgarter Kinder- und Jugendtherapietagung – Institut für Gesprächspsychotherapie u. personzentrierte Beratung Stuttgart

Interaktionelle Methoden u. personzentrierte Behandlungskonzepte

Zeit: 10. Oktober 2009

Ort: Stuttgart

Info/Kontakt: www.personzentriert.eu; behr@michael-behr.net

The Person-Centered Experience

Encountergruppe (in der Tradition des La Jolla Programms)

Zeit: 23.–30. Oktober 2009

Ort: Schloss Zeillern (Niederösterreich)

Info/Kontakt: www.forum-apg.at; buero@apg-forum.at

ÖGWG-Woche 2009

Mhm ... und ein bisschen mehr – Sprache in Bewegung

Zeit: 21.–24. Okt. 2009

Ort: Salzburg, Brunauer Zentrum, Elisabethstr. 45

Info/Anmeldung: www.oegwg.at, oegwg@psychotherapie.at

Fachtagung zum 30. Jahrestag der Gründung der SGGT

Zeit: 7. November 2009

Ort: Zürich

Kontakt: sggtspcp@sunrise.ch

1. World Conference on Focusing Oriented Psychotherapies

(sponsored by The Focusing Institute and International Association for Focusing Oriented Therapists)

Thema: Sharing Diversity/Building Community

Zeit: 12.–15. November 2009 (Pre-Conference Day am 11. 11. 09)

Ort: Stony Point Center, Stony Point, New York

Info/Kontakt: www.focusing.org

3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (organisiert von Forum/APG, IPS/APG, ÖGWG und VRP)

Thema: Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder

Zeit: 24./25. April 2010

Ort: Kardinal König Haus, Wien

Info/Kontakt: www.kindertherapietagungWIEN.at;

chr.wakolbinger@chello.at

XI. International Forum on the Person-Centered Approach

Thema: PCA in time of transition

Zeit: 2.–9. Mai 2010

Ort: Russland

Info/Kontakt: www.pca2010.org; venyak@gmail.com

9th PCE Conference

Thema: Empowerment: The politics of the helping relationship

Zeit: 30. Juni bis 4. Juli 2010

Ort: Aurelia Convention Centre, Rom

Info/Kontakt: www.pce-word.org; pce2010@iacp.it

Vorschau

World Congress for Psychotherapy 2011

Date: August, 24–28, 2011

Place: Sydney, Australia

Info: www.wcp2011.org

APG/Forum, APG/IPS, VRP und ÖGWG laden ein:

„Die Erlebnis- und Erfahrungswelt unserer Kinder“



3. Internationale Fachtagung für klienten-/personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie | Wien

Samstag, 24. 4. 2010 bis Sonntag, 25. 4. 2010

Seminarzentrum Kardinal König Haus

Hauptvorträge

Prof. Dr. Michael Behr, Stuttgart

Wachsen und Sich Verändern.

Ein interaktionelles Modell des Symbolisierungsprozesses mit Videobeispielen aus der Kindertherapie

Prof. Dr. Silke Brigitta Gahleitner, Berlin

Neue Bindungen wagen.

Personzentrierte Beziehungsgestaltung in der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Laudatio: Verleihung des Virginia Axline Preises

Verleihung durch die Konferenz deutschsprachiger personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Workshops & Vorträge

Else Döring, Gelnhausen

Christiane Monden-Engelhardt, Eschborn

Personzentrierte Elternschule
Miteinander leben

Christian Fehringer, Wien

Margret Katsivelaris, Wien
Die Lebens- und Erfahrungswelt unserer Kinder
Versuch einer Standortbestimmung

Andrea Hammer, Wien

„Gibt es dich noch?“ Beziehungsaufbau in der Therapie mit emotional instabilen Jugendlichen

Theresia Hollerer, Wien

Arbeit mit Eltern und ändern wichtigen Bezugspersonen von ADHS-Kindern

Bettina Jenny, Bubikon

KOMPASS, ein personenzentriertes Kompetenztraining in der Gruppe für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen: Konzept, Vorgehensweise und Evaluation

Khalid Murafi, Lüdinghausen

Auswirkungen von Blockaden der Aktualisierungstendenz im Kindes- und Jugendalter auf die Persönlichkeitsentwicklung

Gerhard Pawlowsky, Wien

Aspekte einer inkongruenzgestützten Diagnostik bei Kindern

Klaus Riedel, Bielefeld

Empathie bei Kindern psychisch kranker Eltern

Sabine Schlippe-Weinberger, Erbdorf

Wie viel Traumatherapie steckt in der personenzentrierten Spieltherapie?

Else Döring, Gelnhausen

Dorothea Hüsson, Ostfildern

Personzentrierte Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

Klaus Fröhlich-Gildhoff, Freiburg

Personzentrierte Arbeit mit Kindern im Vorschulalter und ihren Bezugspersonen

Curd Michael Hockel, München

Grenzssetzungen in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Dagmar Hölldampf, Schwäbisch Gmünd

1. Psychopathologische Symptome
2. Wirksamkeit personenzentrierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Stephan Jürgens-Jahnert, Wetter

Selbststörungen von Kindern und Jugendlichen erkennen, verstehen und behandeln

Gerd Naderer, Gmunden

Arbeitsmodell bei psychosomatischen Erkrankungen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien

Chantal Résibois-Kemp, Hellange

Focusing mit Kindern

Werner Wascher, Linz

Kinderkurs für Erwachsene Mit meinem Kind in mir am Kongress teilnehmen

Kerstin Zebiri, Zeuthen

Bezugspersonenarbeit im Rahmen einer Erziehungs- und Familienberatungsstelle | Prinzipien, Formen, Grenzen

Anrechenbarkeit: 15 Stunden für die klienten- bzw. personenzentrierte Aus- und Weiterbildung bzw. als Fortbildung für PsychotherapeutInnen im Sinne des Psychotherapiegesetzes.

Kosten:

Tagungsbeitrag
€ 150,- bei Zahlung bis 31. 10. 2009 (Frühbucherbonus € 20,-)
€ 30,- Kostenbeitrag für Fest am Abend des 24. 4. 2010

inkl. Mittagessen und Pausenverpflegung
€ 170,- Normalbeitrag bei Zahlung ab 1. 11. 2009
inkl. Dinner und Rahmenprogramm, exkl. Getränke

Information und Anmeldung

www.kindertherapietagungWIEN.at



AKADEMIE FÜR BERATUNG UND PSYCHOTHERAPIE

Veranstaltungen des Institut für Personzentrierte Studien im Wintersemester 2009/10

Datum	Titel	LeiterIn
ab Sept. 09	Pz. Gruppentherapie u. SE	Th. Hollerer
ab 7.9.09	Selbsterfahrungsgruppe	S.-M. Fuchs
ab 16.9.09	Selbsterfahrungsgruppe Linz	A. Satzinger / S. Holm
ab 25.9.09	Laufende Selbsterfahrung	P.F. Schmid
26./27.9.09	Scham - offen betrachtet	M. Katsvelaris
2./3.10.09	Familienaufstellungen	P.F. Schmid
ab 5.10.09	Lfd. Supervisionsgruppe	C. Fehringer
16./17.10.09	Supervisionsseminar	M. Winkler
24./25.10.09	Theorie des Spiels (KJPT)	C. Pennauer / J. Pennauer
30./31.10.09	Zeitgeist - Selbsterfahrung u. SV	M. Winkler
ab. 6.11.09	Theorieseminar I	R. Fuchs
7./8.11.09	Mensch und Beruf	M. Katsivelaris
13./14.11.09	Vom Drang zur (Selbst)Zerstörung	P.F. Schmid
ab 16.11.09	Theorieseminar V	C. Korunka
ab 18.11.09	Theorieseminar VIII	P.F. Schmid
19.11.09	IPS stellt sich vor - Linz	AusbilderInnen des IPS
ab 21.11.09	Supervisionstage	M. Winkler
21./22.11.09	Theorieblock	J. Pennauer
27./28.11.09	Grenzen setzen	P.F. Schmid
1./2.12.09	Männlichkeit - Weiblichkeit	S.-M. Fuchs
9.12.09	IPS stellt sich vor - Wien	AusbilderInnen des IPS
12.12.09	Wie nicht-direktiv ist personzentriert?	P.F. Schmid
3.-6.1.10	Entscheidungsseminar	M. Winkler
8./9.1.10	Pz. Therapie und narrative Konstrukte	C. Fehringer
16./17.1.10	Schreiben in Beratung und Therapie	M. Katsivelaris / C. Rauch
23./24.1.10	Stress und Burnout	P.F. Schmid
Jan./Feb. 10	Störungstheorie KJPT	C. Fehringer
ab 20.2.10	Praxisgruppe 2010	J. Pennauer
27./28.2.10	Muster und ihre Überwindung	P.F. Schmid
24./25.4.10	Erlebnis- und Erfahrungswelt u. Kinder	Kindertherapietagung Wien

Nähere Informationen zu unseren Ausbildungen und aktuellen Veranstaltungen unter www.ips-online.at.

Institut für Personzentrierte Studien
A-1030 Wien, Dißlergasse 5/4



Tel: +43 1/713 77 96,
Fax: +43 1/718 78 32
Email: office@ips-online.at
Homepage: www.ips-online.at



Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz
Weiterbildung. Psychotherapie. Beratung.

pca.acp

Société Suisse pour l'approche centrée sur la personne
Formation. Psychothérapie. Relation d'aide.
Società Svizzera per l'approccio centrato sulla persona
Formazione. Psicoterapia. Relazione d'aiuto.

Einladung zum Festanlass

30 Jahre SGGT, ab 2009 pca.acp

Samstag | 7. November 2009 | Restaurant Schweighof | Schweighofstrasse 232 | 8045 Zürich

- 09.30 – 12.00 Mitgliederversammlung
13.30 **Festanlass: 30 Jahre SGGT > pca.acp**
Grussworte
14.15 – 15.15 «Empathie im personenzentrierten Kontext heute»
Referat von Eva-Maria Biermann-Ratjen
15.45 – 16.45 «Die Magie der Begegnung – Neurowissenschaftliche Aspekte personenzentrierter
Psychotherapie und Beratung»
Referat von Michael Lux
17.00 **Theater Puravida:** Wo Worte nicht hinkommen, kommen wir entgegen.
Interaktives Improvisationstheater
18.00 Fest-Apéro

Anmeldung: bis 28. Oktober 2009 an **pca.acp** | Josefstrasse 79 | 8005 Zürich | info@pca-acp.ch

Kursprogramm pca.acp 2010

Weiterbildung – Fortbildung – Kurse

Weiterbildung in Personenzentrierter Psychotherapie nach Carl Rogers

Vierjährige Weiterbildung für PsychologInnen, ÄrztInnen und HochschulabsolventInnen im Bereich der Humanwissenschaften mit zusätzlichen Qualifikationen gemäss Weiterbildungsrichtlinien. FSP, SPV, SBAP. und FMH-Anerkennung.

Weiterbildung in Personenzentrierter Beratung Niveau I und Diplomniveau II

Zwei- bis vierjährige Weiterbildung für Personen aus sozialen, pädagogischen, medizinischen, seelsorgerischen und anderen Berufen.

Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen und Kurse zum Kennenlernen des PCA

z.B. Focusing, Krisenintervention, Achtsamkeit für TherapeutInnen und BeraterInnen, Stress abbauen, die Kunst der Begegnung im Gespräch und vieles mehr ...

Bestellung des Kursprogramms und Anmeldung:

pca.acp | Josefstrasse 79 | CH-8005 Zürich | T +41 44 271 71 70 | F +41 44 272 72 71 | info@pca-acp.ch

Alles auch auf: www.pca-acp.ch

10. Castrop-Rauxeler Gesprächspsychotherapie-Symposium

Erst Feuer und Flamme, dann ausgebrannt –

Ätiologie und Therapie bei Burnout

Vorträge

Agnes Schlechtriemen-Koß: Wie das Burnout entsteht – psychosoziale Ursachen und Inkongruenzkonstellation

Jobst Finke: Unerfüllbare Aufgaben und magische Hilfe – Märchenmotive in der Therapie des Burnout.

Joachim Sauer: Burnout bei Helfern aus personenzentrierter Sicht

Annette Jessinghaus: Gemeinsam seufzen – Spiegelneurone und personenzentrierte Psychotherapie bei Burnout

Hermann-Josef Paulus: „Leer und ausgebrannt“ – Erfahrungen aus der stationären Behandlung

Workshops

Agnes Schlechtriemen-Koß: (Eigene) Burnouttrisiken identifizieren und Impulse für ein Leben in Balance.

Jobst Finke: Gesprächspsychotherapeutisches Arbeiten mit Märchen

Sibylle Grobleben: Burnout: Auf der Suche nach der eigenen Lebendigkeit!
Ein tanztherapeutischer Ansatz.

Joachim Sauer: Burnoutprävention – auf dem Weg zur Leichtigkeit des Seins

Sami Abdel-Karim: „Zwei Seelen wohnen, ach in meiner Brust“- wo steckt die innere Führung? Arbeiten mit dem Internal Family Systems nach R.C. Schwartz

Beatrix Teichmann-Wirth: Das Instrument stimmen – Zur Weisheit des Organismus.
Körperempathie: Personenzentriertes Arbeiten mit der Sprache des Körpers.

Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel

Freitag, 6. Nov. 2009; 9–18 h

Auskunft und Anmeldung:

Frau Lührman-Ott, Sekretariat Prof. Dr. L. Teusch

Ev. Krankenhaus Castrop-Rauxel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Grutholzallee 21

44577 Castrop-Rauxel

Tel. +49-2305-1022858, Fax +49-2305-1022860

**WORLD ASSOCIATION FOR PERSON-CENTERED AND
EXPERIENTIAL PSYCHOTHERAPY AND COUNSELING**
9th International Conference for
Person-Centered and Experiential Psychotherapy and Counseling



PCE Conference 2010

Empowerment: The politics of the helping relationship

ROME, Italy, June 30th - July 4th 2010

Aurelia Convention Centre

www.pce2010.com

Dear friends and colleagues,

As you may well remember we had chosen Venice for the PCE 2010. However, Venice had no place that offered a self-enclosed structure. After a long search, we finally found the Aurelia Conference Centre in Rome, which we believe offers the best cost/benefit ratio. This decision has also made it possible to lower the registration fee, an aspect of some relevance in the present economic turmoil. We now ask for your help in actively promoting the PCE 2010 conference!

We wish thank all the friends of the PCE 2010 International Committee, the WA Board, and Jef Cornelius-White for being so helpful and supportive during this long searching journey for a functional conference venue.

Warmest regards from the Italian Team,

Alberto, Giovannella, Mariangela and Stefania

The registration form will be available on the web site *www.pce2010.com*

June 1, 2009

More information will be available in early June in the WA News letter and on the conference website.

For additional information please write to:
secretariat@pce2010.com or di.wapcepc@pccs-books.co.uk

ÖGWG-Woche, 21.– 24. Oktober 2009

„Mh, mhh und ein bisschen mehr. Sprache in Bewegung“

Brunauer Zentrum, Salzburg

	21. Oktober	22. Oktober	23. Oktober	24. Oktober
8:00–8:45		Morgen-Encounter	Morgen-Encounter	Morgen-Encounter
9:00–10:00		Jürgen Kriz: Maligne und lösungsorientierte Sprachmuster	ÖGWG-Themenwerkstatt Projekt- und Arbeitsgruppen, kollegiale Kooperationen	Hans Wolschläger: Humanistische Sprache und Frieden
10:30–12:30	10:30–11:30 Willkommens-Encounter	Reflexion	Stunde des Vorstandes	2. Lernwerkstatt
	11:30 – 12:30 Einführungsvortrag	Johannes Wiltschko: Hinter der Sprache	Franz Schuh: Bewusstsein und Sprache Vortrag und Workshop	Abschluss-Encounter
		Reflexion und 1. Lernwerkstatt mit den Vortragenden		Ende 14:00 h
Pause			Fest	
14:30–16:30	Brigitte Pelinka: Hmhm und mehr in der Jugendtherapie	Sprachkreationen Lesungen von schreibenden Mitgliedern	Ehrungen und Graduierungen	
	Gerhard Darmann: Telefonseelsorge: Sprechen ohne zu sehen			
16:45–18:00	Sonja Kinigadner: Beschleunigte Sprache in der Arbeitswelt			
Pause				
19:30–21:00	Lore Korbei: Rilke und Focusing			

Encounter über alle Tage, Facilitator: Christiane Bahr

Schwerpunkte:

- Wie wirkt Sprache nach innen und nach außen?
- Wie gestaltet Sprache Bewusstsein und Veränderung?
- Sprache und ihr impliziter Hintergrund
- Wie lernen Kinder Sprache, welche Wirklichkeiten entstehen dadurch?
- Haben sich das Sprechen und die Kommunikation In den letzten Jahrzehnten von ihrer Art und den Themen verändert?

Anmeldung: oegwg@psychotherapie.at

Teilnahmegebühren: Ordentliche Mitglieder: EUR 170,-, Frühbucherbonus bis 15. August EUR 150,-
AusbildungskandidatInnen 50 %, Nicht-Mitglieder, assoziierte Mitglieder EUR 210,-
Stornoregelung: bis 15. September 100 %, bis 1. Oktober 50 %



KLINIKUM AM WEISSENHOF

**Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie**

Trauer, Melancholie, Depression Personenzentrierte Psychotherapie und Psychoedukation

Freitag, 25. 9. 2009
Klinikum am Weissenhof
9.30–17.00 Uhr

Trauer, Melancholie, Depression – unter diesen Begriffen werden psychische Zustände zusammengefasst, die durch negative Gefühle, eingeengtes Denken sowie Mangel an Schwung und Energie gekennzeichnet sind. Trauer bezeichnet eine nachvollziehbare Reaktion auf Trennungs- oder Verlusterlebnisse, Melancholie eine längere Zeit anhaltende grundlose Traurigkeit. Der Begriff der Depression ist weiter als derjenige der Melancholie und umfasst alle psychische Störungen, bei denen gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und weitere Symptome über längere Zeit anhalten. Depressionen können mit oder ohne äußeren Anlass auftreten und episodisch oder chronisch verlaufen.

Die Gesprächspsychotherapie hat sich intensiv sowohl mit Trauerreaktionen als auch mit depressiven Störungen auseinandergesetzt. Sie hat dabei Modelle zu ihrer Entstehung sowie therapeutische Vorgehensweisen entwickelt, die sich von denen anderer Psychotherapieverfahren unterscheiden.

Ziel des Jahreskongresses der Ärztlichen Gesellschaft für Gesprächspsychotherapie ist es, diese Modelle und Vorgehensweisen darzustellen, die Unterschiede zu anderen Psychotherapieverfahren aufzuzeigen und sie in den Zusammenhang des allgemeinen Therapie-modells und des Menschenbilds der Gesprächspsychotherapie zu stellen.

Weitere Informationen bei:

Prof. Dr. Hans-Jürgen Luderer, Klinikum am Weissenhof, 74189 Weinsberg
mailto: h.luderer@klinikum-weissenhof.de

„The Personcentered Experience“ Gruppenselbsterfahrung im Rahmen des Personzentrierten Ansatzes nach Carl R. Rogers

Der experimentelle Charakter dieser Veranstaltung geht zurück auf ein Modell, das von MitarbeiterInnen des amerikanischen Psychologen und Gründers des Personzentrierten Ansatzes Carl R. Rogers ursprünglich in La Jolla, Kalifornien entwickelt wurde.

In einer Einwöchigen Encountergruppe, die durch ihr mehrsprachiges Setting einem internationalen Personenkreis offensteht, bietet sich in einem Wechsel von Groß- und Kleingruppenarbeit die Möglichkeit zur Reflexion persönlicher Erfahrungen sowie der laufenden Gruppenprozesse.

Termin: Fr, 23. Oktober 2009, 18:30 – Fr, 30. Oktober 2009, 14 Uhr
Kosten: € 495,- Seminarkosten (+ Übernachtung und Vollpension)
Ort: Schloss Zeillern, Schlossstrasse 1, 3311 Zeillern, NÖ

Seminarsprachen: Deutsch und Englisch
Der Workshop ist konzipiert für Personen, die Gruppenerfahrung für ihre persönliche und berufliche Entwicklung nutzen möchten.

Anmeldung/Information bei: Harald Doppelhofer, 1040 Wien, Faulmannsgasse 6/4
harald.doppelhofer@aon.at, Tel.: +43 (0) 676 511 62 58

Fortbildungs Workshop, Vortrags- und Diskussionsabende:

Vortrag: ÖGWG trifft Forum/APG
„Psychotherapeutisches Arbeiten mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung“
Leitung: Dr. Dipl. Psych. Greet Vanaerschot
Termin: Freitag, 6.11.2009, Beginn: 19.30 Uhr,
Seminarsprache: Englisch

Fortbildungs Workshop :ÖGWG trifft Forum/APG
„Psychotherapeutisches Arbeiten mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung“
Leitung: Dr. Dipl. Psych. Greet Vanaerschot
Termin: Samstag, 7.11.2009, 10 - 18 Uhr; Sonntag, 8.11.2009, 9.30 - 13.30 Uhr
Seminarsprache: Englisch

Podiumsdiskussion: veranstaltet von Forum/APG, ÖGWG und GLE
„Wie existenziell ist die Humanistische Psychologie – wie humanistisch ist die Existenzielle Psychologie?“
Leitung: Prof. Mick Cooper (Glasgow) und DDr. Alfred Längle (Wien)
Moderation: Dr. Gerhard Stumm (Wien)
Termin: Mittwoch, 14.4.2010, Beginn: 19.30 Uhr

Vortrag: Forum/APG
„Selbstöffnen und Beziehungsklären: Zwei Handlungskonzepteder Personzentrierten Psychotherapie“
Leitung: Dr. Jobst Finke
Termin: Donnerstag, 17.6.2010, Beginn: 19.30 Uhr

Weitere Informationen zu Ort, Preis, Anrechenbarkeit, usw.
auf der Homepage des Forum: www.apg-forum.at

**Neu!**

2009. 368 Seiten. Kart.

€ 26,-

ISBN 978-3-17-020874-2

Urban-Taschenbücher, Band 631

*Prof. Dr. Mark Galliker lehrt
Psychologie an der Universität Bern.*

Mark Galliker

Psychologie der Gefühle und Bedürfnisse

Theorien, Erfahrungen, Kompetenzen

In diesem Lehrbuch werden zwei grundlegende Bereiche der Psychologie vereinigt und übersichtlich behandelt.

Die Emotions- und Motivationspsychologie wird in die wichtigsten Paradigmen aufgegliedert (u.a. Evolutionstheorie und Ausdruckslehre, Psychoanalyse, Behaviorismus, Humanistische Psychologie, Kulturhistorische Schule, Kognitive Psychologie, Kommunikationspsychologie). Bei jedem Paradigma werden verschiedene theoretische Ansätze einiger Wissenschaftler in komprimierter Form dargestellt und besprochen. Die einzelnen Theorien werden jeweils unter dem Blickwinkel (neuro-)psychologischer Plastizität betrachtet. Sie werden mit Abbildungen von Modellen und Erfahrungsbeispielen illustriert und auf ihre Anwendungsmöglichkeiten in therapeutischer sowie alltagspsychologischer Hinsicht hin befragt.

Wegleitend für den Autor war ein humanistisches Verständnis der Psychologie unter besonderer Berücksichtigung des Personzentrierten Ansatz und der Gesprächspsychotherapie.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de

PERSON. Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

Richtlinien

Veröffentlicht werden wissenschaftliche Beiträge, Praxisberichte, Projektberichte, Tagungsberichte, aktuelle Stellungnahmen, Diskussionsforen und Rezensionen aus dem Gebiet der Person-/Klientenzentrierten bzw. Experienziellen Psychotherapie, aus anderen Bereichen des Personzentrierten Ansatzes und in besonders begründeten Fällen aus angrenzenden Gebieten. In der Regel werden Originalbeiträge publiziert, des Weiteren Beiträge, die die wesentlichen Aussagen einer umfangreicheren Publikation zusammenfassend darstellen, oder Beiträge, die in der vorgelegten Form ansonsten schwer zugänglich wären, beispielsweise Übersetzungen aus anderen Sprachen.

Über die Veröffentlichung entscheidet die Redaktion, die dazu Gutachten einholt. Ein Fachbeirat unterstützt die Redaktion in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht.

Es wird auf sprachliche Gleichbehandlung Wert gelegt. Wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sind bei geschlechtsspezifischen Formulierungen beide Geschlechter in gleicher Weise gemeint.

Hinweise zur Manuskriptabgabe

Die Beiträge sind gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“ (erhältlich bei den folgenden Adressen) gestaltet als E-Mail-Attachment an eine der Redaktionsadressen abzuliefern:

PERSON – Internationale Zeitschrift für Personzentrierte und Experienzielle Psychotherapie und Beratung

c/o Dr. Franz Berger, Laupenring 163, CH-4054 Basel
Tel.: +41 61 302 09 85, E-Mail: franz.berger@unibas.ch

oder

c/o Prof. Dr. Diether Höger, D-33613 Bielefeld, Barlachstraße 36
Tel.: +49 521 88 55 48, Fax: +49 521 88 99 24
E-Mail: diether.hoeger@uni-bielefeld.de

oder

c/o Mag. Wolfgang W. Keil, A-1080 Wien, Albertgasse 39
Tel.: +43 1 407 55 872; Fax: +43 1 407 55 874, E-Mail: wolfgang@keil.or.at

oder

c/o Univ.-Prof. Dr. Christian Korunka, Fakultät für Psychologie der Universität Wien, A-1010 Wien, Universitätsstraße 7
Tel.: +43 1 42 77 47 881; Fax: +43 1 42 77 47 889
E-Mail: christian.korunka@univie.ac.at

Zusendungen sollen enthalten:

- Autor bzw. Autorin, Titel, allenfalls Untertitel
- Zusammenfassung (deutsch und englisch; max. je 120 Wörter)
- Schlüsselwörter/Keywords: ca. 3–5
- Text (Umfang max. 8.000 Wörter pro Artikel), allenfalls inkl. Fußnoten, Tabellen, Grafik etc.
- Literaturverzeichnis: gemäß Merkblatt „Hinweise für Autorinnen und Autoren“
- Biografie: Angaben zum Autor bzw. zur Autorin (3–5 Zeilen: Geburtsjahr, Beruf, psychotherapeutische/beratende usw. Tätigkeit und allenfalls Ausbildungstätigkeit, wichtige Publikationen, Arbeitsschwerpunkte)
- Kontaktadresse und E-Mail-Adresse

Zitationsweise

Die Zitationsweise erfolgt nach den Regeln der American Psychological Association (APA) bzw. analog nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs). Die Titel von Carl Rogers sind nach der Rogers-Bibliografie von Peter F. Schmid (www.pfs-online.at/rogers.htm und Doppelheft 3 & 4 des Jahrgangs 4 (2005) von *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*) zitiert. Die Jahreszahl mit dem Kleinbuchstaben bezeichnet das Ersterscheinungsjahr, die Seitenzahlen in deutschsprachigen Texten beziehen sich auf die angegebene deutschsprachige Ausgabe.

Rezensionen

PERSON veröffentlicht nach Möglichkeit Rezensionen von allen wichtigen Neuerscheinungen in deutscher und englischer Sprache aus dem Bereich der personzentrierten und experienziellen Ansätze, darüber hinaus von den wichtigsten schulenübergreifenden Werken aus dem Bereich der Psychotherapie und Beratung.

Es werden drei Varianten von Rezensionen unterschieden:

- 1.) Normalfall: max. 1.000 Wörter
- 2.) Kurzrezensionen: max. 500 Wörter
- 3.) Längere Rezensionsartikel: Diese werden wie Fachartikel begutachtet. Beabsichtigte Rezensionen sollten mit einem verantwortlichen Redakteur besprochen werden, dzt.:

Franz Berger, Basel, E-Mail: franz.berger@unibas.ch
Gerhard Stumm, Wien, E-Mail: gerhard.stumm@tplus.at
Vorliegende Rezensionen mögen per E-Mail bei einem der beiden eingereicht werden.

Leitlinie für die Auswahl von Rezensionen ist, dass sie von Personen verfasst sind, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis oder Naheverhältnis zu den Autoren bzw. Autorinnen der besprochenen Werke stehen. Gefälligkeitsrezensionen werden nicht abgedruckt.

Urheberrecht

Autorinnen und Autoren, die einen Beitrag zur Veröffentlichung einreichen, garantieren damit, dass es sich (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) um einen Originalbeitrag handelt und kein Copyright oder andere Rechte verletzt werden, dass sie somit das alleinige Verfügungsrecht besitzen, und weder diesen Beitrag noch einen, der diesem in seinem Inhalt im Wesentlichen entspricht, andernorts zur Publikation einreichen. Sie garantieren der Zeitschrift PERSON (wenn nicht ausdrücklich anderes vereinbart wurde) das nicht-exklusive, unwiderrufliche und kostenlose Recht zur gesamten oder teilweisen Veröffentlichung ihres Beitrages auf Deutsch sowie in der eingereichten Sprache, falls diese eine andere als deutsch ist. Es steht den Autorinnen und Autoren frei, den Beitrag nach Ablauf eines Jahres ab dem Zeitpunkt des Erscheinens unter Angabe der Zeitschrift PERSON als Ort der Erstveröffentlichung andernorts zu publizieren.

