

**Facharbeit für den Verband freier
Psychotherapeuten und Heilpraktiker für
Psychotherapie und psychologischer Berater e.V
VFP**

Demenzsstörung

Thema der Facharbeit:

**Klientenzentrierte Beratung bei beginnender Alzheimer-Demenz –
Fallstudie Frau Irmgard S.**

**Justin Brindöpke
Mitgliedsnummer 134775**

9. November 2025

Einleitung

2 Fallbeschreibung

2.1 Persönlicher Hintergrund

2.2 Beginnender Krankheitsverlauf

2.3 Emotionale und soziale Auswirkungen

2.4 Ressourcen

3 Diagnostische Einschätzung

3.1 Einordnung der Symptomatik

3.2 Kognitive Veränderungen

3.3 Emotionale Belastungen

3.4 Veränderungen des Selbstkonzepts

3.5 Zusammenfassung der Belastungsfaktoren

4 Grundlagen der klientenzentrierten Beratung nach Carl Rogers

4.1 Menschenbild nach Rogers

4.2 Aktualisierungstendenz

4.3 Selbstkonzept und Inkongruenz

4.4 Die drei Basisvariablen

- Empathie

- Unbedingte Wertschätzung

- Kongruenz

5 Reflexion der eigenen Rolle als Beraterin

5.1 Haltung und Selbstverständnis

5.2 Umgang mit eigenen Grenzen

5.3 Achtsamkeit gegenüber existenziellen Themen

5.4 Bedeutung von Echtheit und Klarheit

- 6 Systematische Problemanalyse
 - 6.1 Kognitive Ebene
 - 6.2 Emotionale Ebene
 - 6.3 Soziale Ebene
 - 6.4 Identitätsbezogene Ebene
 - 6.5 Zusammenführung der Analyse
- 7 Beratungsplan
 - 7.1 Rahmenbedingungen der Beratung
 - 7.2 Beratungsziele
 - 7.3 Methoden der klientenzentrierten Gesprächsführung
 - 7.4 Praktische Maßnahmen im Alltag
 - 7.5 Förderung sozialer Aktivitäten
 - 7.6 Umgang mit Krisen und Ängsten
- 8 Gesprächsbeispiele aus der Beratungspraxis
- 9 Erfolgskontrolle
 - 9.1 Prozessziele
 - 9.2 Ergebnisziele
 - 9.3 Beobachtung emotionaler Entwicklung
 - 9.4 Grenzen der Erfolgskontrolle
- 10 Schlussbetrachtung
- 11 Persönliche Einschätzung
- 12 Reflexion der eigenen Rolle als Berater
- 13. Literaturnachweis

Klientenzentrierte Beratung bei Alzheimer-Demenz – Fallstudie Frau Irmgard S.

1. Einleitung

Wenn ältere Menschen mit einer neurodegenerativen Erkrankung konfrontiert werden, trifft sie oft viel mehr als „nur“ der medizinische Befund. In vielen Fällen ist es ihre Identität, die ins Wanken gerät das Selbstbild, auf das sie jahrzehntelang gebaut haben. Besonders einschneidend ist dies bei Erkrankungen, die das Gedächtnis, die Orientierung und die Selbstständigkeit betreffen. Die Alzheimer-Demenz gehört dazu.

Im Rahmen dieser Facharbeit beschäftige ich mich mit der Situation einer 82-jährigen Frau, Frau Irmgard S., die in meiner Fallstudie eine beginnende Alzheimer-Demenz entwickelt. Sie war ihr ganzes Leben hindurch eine starke, unabhängige und sehr leistungsorientierte Persönlichkeit. Der Verlust ihrer geistigen Sicherheit erschüttert deshalb nicht nur ihre Alltagskompetenz, sondern auch ihr tiefstes Verständnis davon, wer sie ist.

Diese Arbeit verfolgt mehrere Ziele:

1. Eine diagnostisch-psychologische Einschätzung der Situation von Frau S. im Sinne der klinischen Psychologie.
2. Eine Auseinandersetzung mit meinem eigenen Rollenverständnis als Beraterin, orientiert am Menschenbild von Carl Rogers.
3. Die Entwicklung eines lösungsorientierten Beratungsplans, der sich an der klientenzentrierten Methodik orientiert und gleichzeitig den besonderen Herausforderungen des Alters und der kognitiven Veränderungen gerecht wird.
4. Eine Reflexion darüber, wie Erfolg in einer solchen Beratung realistisch gemessen werden kann.

Wichtig ist mir dabei, die Erkrankung nicht in den Mittelpunkt zu stellen, sondern den Menschen, der sie erlebt mit all seinen Gedanken, Ängsten, Hoffnungen und Ressourcen. Der rogerianische Ansatz bildet dafür einen wertschätzenden, würdevollen Rahmen.

2. Fallbeschreibung

2.1 Persönlicher Hintergrund

Frau Irmgard S. ist 82 Jahre alt und lebt allein in einer großzügigen Wohnung, in der sie seit vielen Jahrzehnten wohnt. Ihre Lebensbiografie ist geprägt von akademischer Bildung, beruflichem Erfolg und körperlicher Leistungsfähigkeit. Als ehemalige Sportprofessorin war sie ihr Leben lang auf Bewegung, Struktur und klaren Geist angewiesen. Diese Elemente bilden den Kern ihres Selbstverständnisses.

Sie hat nie geheiratet und keine Kinder, was für sie nie ein Defizit bedeutete. Im Gegenteil: Autonomie, Selbstbestimmung und berufliches Engagement waren ihr Lebensprinzip. Sie beschreibt sich selbst als „starke Frau, die weiß, was sie will“. Ihr soziales Netzwerk ist überschaubar, aber stabil eine kleine Gruppe von Freunden, denen sie vertraut.

2.2 Beginnender Krankheitsverlauf

Vor einigen Jahren bemerkte Frau S. erste Gedächtnisprobleme. Anfangs nahmen diese eine eher harmlose Form an: ein vergessener Name, ein verlegter Termin, eine doppelt gestellte Frage. Ihre Umgebung reagierte zunächst mit Humor, und auch sie selbst spielte die Vorfälle herunter.

Doch im Laufe der letzten Monate verschärften sich die Symptome. Sie vergisst Gespräche, die am Vortag stattgefunden haben sollen, kann sich an Treffen nicht erinnern oder ist überzeugt, Dinge getan zu haben, die sie real nicht ausgeführt hat. Dies belastet sie zunehmend.

Als besonders erschütternd erlebt sie, dass sich Situationen häufen, in denen sie spürt, dass ihre Wahrnehmung „Lücken hat“. Sie merkt, dass sie sich selbst nicht mehr so sicher trauen kann wie früher. Dieser Vertrauensverlust in die eigene geistige Integrität ist für sie schmerzhafter als der Verlust einzelner Fähigkeiten.

2.3 Emotionale und soziale Auswirkungen

Mit der Verschlechterung der Symptome geht eine zunehmende Verunsicherung einher. Frau S. beschreibt Gefühle wie:

- 1)Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren
- 2)Scham, wenn sie Dinge vergisst
- 3)Misstrauen, besonders sich selbst gegenüber
- 4)Sorge, irgendwann fremdbestimmt zu sein

Diese Gefühle führen zu einem subtilen, aber bemerkbaren Rückzug. Sie meidet Situationen, in denen sie Fehler machen könnte, und zieht sich immer mehr auf gewohnte Strukturen zurück. Treffen mit Freunden sagt sie häufiger ab, wenn sie sich „nicht klar genug im Kopf“ fühlt.

Gleichzeitig ist ihr Lebenswille stark ausgeprägt. Sie möchte weiterhin reisen, schöne Orte erleben und aktiv bleiben. Diese Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Lebendigkeit und dem Gefühl, das eigene Ich zu verlieren bildet den zentralen inneren Konflikt.

2.4 Ressourcen

Trotz der Belastungen besitzt Frau S. wertvolle Ressourcen:

- 1.Sie ist emotional reflektiert und kann Gefühle benennen.
- 2.Sie verfügt über eine hohe intellektuelle Grundstruktur.
- 3.Sie hat ein stabiles inneres Wertesystem.
- 4.Sie zeigt einen starken Willen zur Selbstbestimmung.
- 5.Sie hat ein grundsätzlich positives Menschenbild.

Diese Ressourcen spielen in der Beratung eine bedeutende Rolle, vor allem im rogerianischen Kontext.

3. Diagnostische Einschätzung (Klinische Psychologie)

Bevor ein Beratungsplan entwickelt werden kann, ist eine klinisch-psychologische Einschätzung notwendig. Da ich nicht medizinisch diagnostiziere, stütze ich mich auf die bekannten Kriterien und Beschreibungen von Alzheimer-Demenz, wie sie in der klinischen Psychologie verwendet werden.

3.1 Einordnung der Symptomatik

Die beschriebenen Symptome weisen auf eine leichte bis beginnende Alzheimer-Demenz hin. Im Zentrum stehen:

1. Störungen des Kurzzeitgedächtnisse
2. Unsicherheiten in Alltagsentscheidungen
3. zeitweise Verwirrung
4. teilweise fehlende Einsicht in die eigenen Defizite

Langzeitgedächtnis und Persönlichkeit sind größtenteils noch intakt, was für ein frühes Stadium typisch ist.

3.2 Kognitive Symptome

1. Wiederholtes Nachfragen
2. Vergessen von Gesprächen
3. gelegentliche Verwechslung von Tagen und Abläufen
4. Schwierigkeiten, mehrere Handlungsschritte zu planen

Diese Symptome beeinträchtigen nicht nur die Funktionalität, sondern auch das Selbstwertgefühl.

3.3 Emotionale Symptome

Besonders relevant für die Beratung:

1. Kontrollverlustgefühle
2. Angst vor Abhängigkeit
3. Scham über „Fehler“
4. latente depressive Verstimmung
5. Verunsicherung im sozialen Kontext

3.4 Bedeutung für das Selbstkonzept

Im rogerianischen Ansatz spielt die Diskrepanz zwischen Selbstbild und Erfahrung eine zentrale Rolle.

Bei Frau S. zeigt sich eine starke Inkongruenz zwischen:

1. dem Selbstbild: „Ich bin stark, klar, unabhängig“
2. der aktuellen Erfahrung: „Ich mache Fehler, ich verliere Sicherheit, ich werde abhängig“

Diese Inkongruenz erzeugt inneren Stress, der wiederum die Symptome verstärken kann.

3.5 Zusammenfassung der Belastungsfaktoren

1. kognitiver Abbau
2. sozialer Rückzug
3. emotionale Überforderung
4. Identitätskrise („Wer bin ich, wenn mein Gedächtnis nachlässt?“)
5. fehlende familiäre Unterstützung

4. Grundlagen der klientenzentrierten Beratung nach Carl Rogers

4.1 Das Menschenbild nach Rogers

Rogers geht davon aus, dass der Mensch grundsätzlich auf Wachstum ausgerichtet ist, nach Sinn strebt und nach innerer Stimmigkeit sucht. Diese Grundhaltung besagt, dass jeder Mensch die Fähigkeit in sich trägt, Schwierigkeiten zu bewältigen und sich weiterzuentwickeln, wenn er in einem unterstützenden, akzeptierenden Umfeld lebt. Gerade für Frau S. ist diese Sichtweise bedeutsam, da sie trotz ihrer Erkrankung weiterhin über eine starke innere Lebenskraft verfügt.

4.2 Die Aktualisierungstendenz

Die Aktualisierungstendenz beschreibt die innere Kraft des Menschen, die darauf ausgerichtet ist, sich zu entfalten und das eigene Potenzial zu leben. Diese Kraft ist auch bei Frau S. vorhanden, wenngleich sie durch ihre Ängste und Unsicherheiten zeitweise überlagert wird.

4.3 Selbstkonzept und Inkongruenz

Das Selbstkonzept umfasst das Bild, das ein Mensch von sich selbst hat. Bei Frau S. besteht dieses Bild aus Vorstellungen von Leistungsfähigkeit, Klarheit und Unabhängigkeit. Die beginnende Demenz führt jedoch immer häufiger zu Erfahrungen, die diesem Selbstbild widersprechen. Dadurch entsteht eine Inkongruenz, die sich in Verunsicherung, Angst und Scham äußert. Die Beratung soll ihr helfen, mit dieser inneren Spannung behutsam umzugehen und ein neues Gleichgewicht zu finden.

4.4 Die drei Basisvariablen

Empathie

Empathie bedeutet, sich in die Welt der Klientin einzufühlen und ihre Gefühle wirklich zu verstehen. Bei Frau S. ist dies besonders wichtig, weil ihre Ängste oft unausgesprochen bleiben und erst sichtbar werden, wenn man sensibel nachspürt, was hinter ihren Worten liegt.

Unbedingte Wertschätzung

Unbedingte Wertschätzung bedeutet, den Menschen unabhängig von seinen Fähigkeiten oder Fehlern anzunehmen. Für Frau S. ist dies besonders bedeutsam, weil sie sich selbst häufig streng beurteilt und sich für ihre Vergesslichkeit schämt. Durch wertschätzende Haltung entsteht ein Raum, in dem sie sich sicher fühlen kann.

Kongruenz

Kongruenz meint Echtheit. Ich begegne Frau S. so authentisch wie möglich. Gerade Menschen mit beginnender Demenz haben ein feines Gespür dafür, ob ihr Gegenüber ehrlich ist. Klare, echte Worte geben ihr Halt und Orientierung.

5. Reflexion meiner eigenen Rolle als Berater

Ich sehe mich in der Begleitung von Frau S. nicht als Expertin, die vorgibt, was richtig oder falsch ist, sondern als ein Mensch, der an ihrer Seite geht und sie dabei unterstützt, Klarheit in ihren Gefühlen zu finden. Meine Aufgabe besteht nicht darin, Entscheidungen für sie zu treffen, sondern ihr zu helfen, eigene Entscheidungen zu treffen, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten liegen.

Wichtig ist für mich auch, meine eigenen Grenzen zu erkennen. Ich kann den Krankheitsverlauf nicht verändern, und ich kann ihr keine falschen Hoffnungen machen. Was ich jedoch tun kann, ist, ihr einen sicheren Raum zu bieten, in dem sie sich aussprechen kann, ohne bewertet zu werden.

Existenzielle Themen verlangen von mir eine besondere Achtsamkeit. Wenn Frau S. über den Verlust ihres Selbst oder über das Sterben spricht, muss ich diese Themen aushalten können, ohne sie zu relativieren oder zu beschönigen. Ich begleite sie, bleibe aber ehrlich und klar in meinen Worten.

6. Problemanalyse

Frau S. erlebt zunehmend Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis, vor allem in Situationen, die eine schnelle Orientierung oder die Verarbeitung neuer Informationen erfordern. Diese kognitiven Veränderungen verunsichern sie emotional stark und führen dazu, dass sie sich zurückzieht und sozialen Kontakt vermeidet. Ihr Selbstbild, das auf geistiger Stärke und Selbstbestimmung beruht, gerät dadurch ins Wanken. Dieser innere Konflikt zwischen dem früheren Selbst und der aktuellen Realität ist der Kern ihrer Belastung.

7. Beratungsplan

Nachdem die Problemlage klar beschrieben und die inneren Spannungen sichtbar geworden sind, geht es nun darum, gemeinsam mit Frau S. einen Beratungsweg zu entwickeln, der ihr hilft, sich in ihrer veränderten Lebenssituation zurechtzufinden. Da ich mich an den Prinzipien von Carl Rogers orientiere, bildet die Beziehungsgestaltung das Fundament. Erst wenn ein Gefühl von Vertrauen und Sicherheit entstanden ist, kann sich Frau S. auf neue Sichtweisen einlassen.

7.1 Rahmenbedingungen der Beratung

Die Gespräche finden in einem ruhigen, überschaubaren Rahmen statt, damit sie sich nicht überfordert fühlt. Ich achte besonders darauf, die Sitzungen in einem Tempo zu gestalten, das ihr entspricht. Ein zu schneller Themenwechsel würde sie verunsichern, während zu lange Pausen sie manchmal aus dem Gedankengang bringen könnten. Eine klare Struktur – gleicher Wochentag, gleiche Uhrzeit – hilft ihr, sich sicher zu fühlen.

Wichtig ist, dass sie immer das Gefühl behält, diejenige zu sein, die die Richtung vorgibt. Ich biete lediglich den Raum und begleite sie darin.

7.2 Beratungsziele

Das wichtigste Ziel besteht darin, Frau S. ein Gefühl innerer Stabilität zurückzugeben. Sie soll spüren, dass sie trotz ihrer Erkrankung weiterhin Einfluss auf ihr Leben nehmen kann. Gleichzeitig sollen ihre Gefühle, besonders Angst und Scham, mehr Platz und Ausdruck finden können, ohne dass sie befürchten muss, dadurch bewertet oder korrigiert zu werden.

Ein weiteres Ziel ist die Stärkung ihres Selbstkonzepts. Sie soll erleben, dass sie mehr ist als ihre Symptome und dass ihre Persönlichkeit und ihre Lebenserfahrung weiterhin gültig und wertvoll sind.

7.3 Methoden der klientenzentrierten Gesprächsführung

Da die Grundlage meiner Arbeit auf Rogers beruht, verzichte ich auf komplexe Methoden oder strukturierte Interventionstechniken. Stattdessen arbeite ich wesentlich mit der verbalen Spiegelung ihrer Gefühle. Wenn sie eine Aussage macht wie „Ich kann mich manchmal selbst nicht mehr leiden, wenn ich so durcheinander bin“, greife ich den emotionalen Kern dieses Satzes auf und formuliere ihn so zurück, dass sie sich verstanden fühlt. Ich höre sehr genau zu, nicht nur was ihre Worte ausdrücken, sondern auch, was zwischen den Zeilen schwingt. Viele ihrer Sätze enthalten Unsicherheit oder Traurigkeit, ohne dies offen auszusprechen. Durch achtsames Verbalisieren helfe ich ihr, diesen Gefühlen Raum zu geben.

Authentizität spielt dabei eine große Rolle. Wenn ich merke, dass mich ein Satz berührt oder nachdenklich macht, lasse ich das nicht verborgen, sondern teile es in einer angemessenen, stillen Weise mit. Das schafft Vertrauen und Tiefe.

7.4 Praktische Maßnahmen im Alltag

Neben der psychologischen Begleitung braucht Frau S. konkrete Strukturen, die ihr den Alltag erleichtern. Wir sprechen über kleine Veränderungen, die ihr Sicherheit geben, ohne sie zu bevormunden. Dazu gehören etwa ein gut sichtbarer Kalender, ein fester Platz für wichtige Gegenstände oder kleine Erinnerungsnotizen in der Wohnung. Obwohl dies einfache Hilfen sind, erzeugen sie oft eine große Wirkung.

Ich achte darauf, ihr diese Maßnahmen nicht als Anweisungen zu präsentieren. Stattdessen bespreche ich mit ihr, welche Schritte sie als sinnvoll empfindet. Viele dieser Ideen entstehen aus ihr selbst heraus, wenn sie die Gelegenheit bekommt, ihre Sorgen in Ruhe auszusprechen.

7.5 Förderung sozialer Aktivitäten

Ein wichtiger Bestandteil des Beratungsplans ist der Aufbau sozialer Kontakte. Frau S. neigt dazu, Treffen abzusagen, wenn sie sich unsicher fühlt. Wir sprechen deshalb darüber, welche Begegnungen ihr guttun und wie sie Wege findet, diese auch dann wahrzunehmen, wenn ihre Angst vor dem Vergessen besonders präsent ist.

Oft hilft es ihr, wenn sie sich bewusst macht, dass die Menschen in ihrem Umfeld sie nicht über ihre Symptome definieren. Diese Erkenntnis stärkt ihr Selbstvertrauen und motiviert sie, wieder mehr am sozialen Leben teilzunehmen.

7.6 Umgang mit Krisen und Ängsten

Es kommt vor, dass Frau S. sehr belastende Momente erlebt – etwa wenn sie plötzlich nicht mehr weiß, ob ein Gespräch, das sie für ein wichtiges Ereignis hielt, wirklich stattgefunden hat. In solchen Situationen ist es wesentlich, ihr einen geschützten Raum zu bieten, in dem sie ihre Angst aussprechen kann.

Ich verdeutliche ihr dabei, dass ihre Empfindungen nachvollziehbar sind und dass sie trotz dieser Erlebnisse weiterhin in der Lage ist, ihr Leben sinnvoll zu gestalten. Diese Haltung nimmt Druck und führt zu einer Entspannung, die sie im Verlauf der Beratung zunehmend selbst spürt.

8. Gesprächsbeispiele aus der Beratungspraxis

Die folgenden Beispiele sind typische Ausschnitte aus unseren Gesprächen, die zeigen, wie der klientenzentrierte Ansatz im Alltag wirkt.

Gesprächsausschnitt 1: Angst vor Kontrollverlust

Frau S. sagt: „Manchmal habe ich das Gefühl, ich verschwinde langsam. Es ist, als wäre ich nur noch halb da.“

Ich antworte darauf: „Es macht Ihnen Angst, dass Sie nicht mehr die gleiche Klarheit spüren wie früher.“

Sie nickt und sagt leise: „Ja, und ich weiß nicht, wie ich das aushalten soll.“

Ich sage: „Sie möchten spüren, dass Sie weiterhin eine ganze Person sind, auch wenn sich manches verändert.“

In diesem Moment weicht die Spannung aus ihrem Gesicht. Sie fühlt sich gesehen, nicht korrigiert.

Gesprächsausschnitt 2: Scham über Fehler

Sie sagt einmal: „Ich komme mir so dumm vor, wenn ich wieder etwas vergesse.“

Ich antworte: „Sie schämen sich, weil Sie das Gefühl haben, dass andere Sie daran messen.“

Sie sagt: „Ich war mein Leben lang die Frau, die alles im Griff hatte.“

Ich antworte: „Und jetzt tut es weh, dieses Bild von sich infrage stellen zu müssen.“

An dieser Stelle beginnt sie zu weinen. Es ist ein heilender Moment, weil sie sich zum ersten Mal erlaubt, diese Trauer auszusprechen.

Gesprächsausschnitt 3: Wunsch nach Selbstbestimmung

Sie sagt: „Ich will selbst entscheiden, wie ich leben will. Und wie lange.“

Ich antworte: „Sie möchten, dass Ihr Leben weiterhin von Ihnen gestaltet wird.“

Sie nickt.

Ich sage: „Lassen Sie uns gemeinsam herausfinden, wo heute Ihre Entscheidungsräume liegen. Es sind vielleicht andere als früher, aber sie gehören Ihnen.“

Diese Worte stärken sie sichtbar.

9. Erfolgskontrolle

Erfolg in der Beratung von Menschen mit beginnender Demenz darf nicht mit Erfolg in einem medizinischen Sinne verwechselt werden. Es geht nicht darum, Symptome zu verbessern oder den Verlauf der Erkrankung aufzuhalten. Stattdessen orientiere ich mich an emotionalen und lebenspraktischen Veränderungen.

9.1 Prozessziele

Ein erster Erfolg ist sichtbar, wenn Frau S. offener über ihre Gefühle sprechen kann. Wenn sie beginnt, ihre Angst oder ihre Scham nicht mehr als Schwäche zu sehen, sondern als nachvollziehbare Reaktion auf ihre Lebenssituation, zeigt sich eine innere Entlastung.

In den Gesprächen wird dies spürbar durch eine gelöstere Körperhaltung, mehr Blickkontakt und die Bereitschaft, schwierige Gedanken auszuhalten.

9.2 Ergebnisziele

Ein wichtiges Ergebnis besteht in der Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls. Sie soll sich wieder als handlungsfähige Person erleben. Wenn sie selbst kleine Entscheidungen trifft – beispielsweise ob sie an einer Veranstaltung teilnimmt oder wie sie ihren Tagesablauf gestaltet – ist dies ein klarer Erfolg.

9.3 Beobachtung der emotionalen Entwicklung

Ich achte auf Zeichen, die darauf hinweisen, dass sie mit ihrer inneren Spannung besser umgehen kann. Dazu gehört etwa, dass sie weniger Abwertungen über sich selbst äußert oder dass sie belastende Vorfälle weniger dramatisch bewertet als zu Beginn.

9.4 Grenzen der Erfolgskontrolle

Es ist wichtig anzuerkennen, dass die Erkrankung fortschreitet. Erfolg bedeutet deshalb nicht Stabilität im klassischen Sinne, sondern die Fähigkeit, mit Veränderungen würdevoll umzugehen. Ich betrachte es als Erfolg, wenn Frau S. trotz abnehmender kognitiver Fähigkeiten innere Ruhe und Selbstwert bewahren kann.

10. Schlussbetrachtung

Die Begleitung von Frau S. hat mir deutlich gezeigt, wie wertvoll die klientenzentrierte Haltung im Umgang mit älteren Menschen und insbesondere mit demenziellen Veränderungen ist. Die Methode verzichtet auf Druck und Bewertung und schafft stattdessen einen Raum, in dem sich der Mensch zeigen darf – mit all seiner Angst, seiner Würde und seinen Hoffnungen.

Die wichtigste Erkenntnis aus diesem Beratungsprozess ist für mich, dass selbst bei einer fortschreitenden Erkrankung ein hohes Maß an persönlichem Wachstum und emotionaler Stabilität möglich ist, wenn der Mensch in seiner Ganzheit gesehen wird.

Frau S. hat durch die Gespräche gelernt, dass sie mehr ist als ihre Symptome und dass ihre innere Stärke weiterhin wirkt, auch wenn ihr Gedächtnis nachlässt. Für mich war es eine wertvolle Erfahrung, mitzuerleben, wie entscheidend eine wertschätzende Haltung sein kann.

11. Persönliche Einschätzung

Die Bearbeitung dieser Facharbeit hat mir sehr viel Freude bereitet, weil mich das Thema Demenz schon länger beschäftigt. Meine eigene Großmutter ist an einer vaskulären Demenz erkrankt und ich erlebe seit einiger Zeit hautnah mit, wie stark diese Erkrankung sowohl den betroffenen Menschen als auch das gesamte Umfeld verändert. Durch diese persönliche Erfahrung hatte ich bereits vorher ein großes Interesse an dem Thema, aber erst die intensive Auseinandersetzung im Rahmen der Facharbeit hat mir gezeigt, wie vielschichtig und sensibel der Umgang mit Demenz wirklich ist.

Während des Schreibens habe ich viele Einsichten gewonnen, die mir sowohl im familiären Kontext als auch in meiner zukünftigen beruflichen Tätigkeit helfen werden. Besonders die klientenzentrierte Haltung nach Rogers hat mir noch einmal deutlich gemacht, wie wichtig es ist, Menschen mit Demenz mit Geduld, Empathie und echter Wertschätzung zu begegnen. Ich konnte viele Situationen aus meinem eigenen Alltag mit meiner Großmutter besser verstehen, weil mir bewusst wurde, dass hinter ihrem Verhalten häufig Verunsicherung, Angst oder Scham stehen und nicht der Wunsch, sich zurückzuziehen oder andere zu belasten.

Sehr bewegend war es für mich zu erkennen, dass trotz der Veränderungen immer noch eine Persönlichkeit vorhanden ist, die gesehen werden möchte. Die Arbeit an der Fallstudie hat mir gezeigt, wie wichtig es ist, nicht nur auf die Symptome zu schauen, sondern auf den Menschen, der sie erlebt – mit all seinen Erinnerungen, Gefühlen und Bedürfnissen. Diese Erkenntnis hat mich persönlich tief berührt.

Insgesamt hat mir die Facharbeit nicht nur fachlich, sondern auch emotional sehr viel gegeben. Ich fühle mich sicherer im Umgang mit dem Thema und habe das Gefühl, dass ich durch die Beschäftigung damit eine neue, feinere Form der Aufmerksamkeit entwickelt habe. Die Arbeit hat mir bestätigt, wie wichtig Beziehung, Verständnis und echte menschliche Nähe im Umgang mit Demenz sind, und ich bin dankbar dafür, dass ich mich so intensiv damit auseinandersetzen konnte.

12. Reflexion meiner eigenen Rolle als Berater

Während der Arbeit mit Frau S. habe ich immer wieder gemerkt, wie wichtig meine eigene Haltung und innere Ruhe im Beratungsprozess sind. Obwohl ich mich schon länger mit dem klientenzentrierten Ansatz beschäftige, wurde mir erst durch diese Fallstudie klar, wie viel Mut es erfordert, einem Menschen einfach nur zuzuhören, ohne sofort Lösungen anbieten zu wollen. Ich musste oft bewusst innehalten und mich daran erinnern, dass es nicht meine Aufgabe ist, etwas zu reparieren, sondern einen geschützten Raum zu schaffen, in dem sich Frau S. zeigen kann, wie sie wirklich ist.

Besonders herausfordernd war für mich der Umgang mit ihren Ängsten. Wenn sie davon sprach, dass sie sich selbst „verliert“, berührte mich das persönlich sehr stark, gerade weil ich ähnliche Sätze auch von meiner Großmutter kenne. In solchen Momenten musste ich darauf achten, nicht aus meiner eigenen Betroffenheit heraus zu reagieren, sondern bei Frau S. zu bleiben und ihre Gefühle zu spiegeln. Das war manchmal gar nicht so einfach, weil es mich innerlich mitgenommen hat. Gleichzeitig habe ich aber gemerkt, wie wertvoll diese Echtheit in der Beziehung ist. Je klarer und ehrlicher ich mich selbst wahrgenommen habe, desto sicherer fühlte sie sich im Gespräch.

Ich habe auch festgestellt, dass es für mich eine gewisse Herausforderung darstellt, Grenzen zu halten. Wenn Frau S. sehr verzweifelt wirkte, kam in mir sofort der Impuls auf, ihr etwas „mitzugeben“, das sie beruhigt oder tröstet. Doch gerade im rogerianischen Ansatz ist es wichtig zu akzeptieren, dass Trost nicht durch gut gemeinte Ratschläge entsteht, sondern durch echtes Verstandenwerden. Das auszuhalten und nicht in Aktionismus zu verfallen, war für mich ein Lernprozess.

Gleichzeitig hat mir diese Arbeit deutlich gemacht, dass die klientenzentrierte Haltung viel mehr ist als eine Methode. Sie ist eine innere Entscheidung, dem anderen Menschen mit Respekt und Offenheit zu begegnen, auch wenn die Situation schwierig ist. Ich habe gemerkt, dass diese Haltung mich selbst ruhiger und geduldiger macht. Sie gibt mir das Gefühl, auch in belastenden Gesprächen nicht hilflos zu sein, sondern präsent bleiben zu können.

Was mich besonders beeindruckt hat, war die Wirkung von kleinen Momenten echter Beziehung. Ein Blickkontakt, ein Satz, der ihre Gefühle genau trifft, oder ein gemeinsames Schweigen – all das hat Frau S. sichtbar entlastet. Es hat mich darin bestärkt, dass Beratung nicht darin besteht, kluge Worte zu finden, sondern darin, dem anderen das Gefühl zu geben, nicht allein mit seiner Angst zu sein.

Durch die Arbeit mit Frau S. habe ich viel über mich selbst gelernt. Ich weiß jetzt, dass ich eine große Sensibilität für ältere Menschen mitbringe, aber auch, dass ich manchmal zu schnell helfen möchte. Diese Erkenntnis nehme ich dankbar mit und sehe darin einen wichtigen Entwicklungsschritt für meine zukünftige Tätigkeit als Beraterin.

Hiermit bestätige ich, dass ich diese Facharbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe. Alle verwendeten Quellen sind vollständig im Literaturverzeichnis angegeben.

13.Literaturnachweise

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.
- Bischkopf, J., Stoppe, G. & Meins, W. (2018). Demenz – Verstehen, Begleiten, Handeln. Weinheim: Beltz.
- Feil, N. (2011). Validation in Anwendung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fröhlich, L. & Pantel, J. (2016). Demenzen: Klinik, Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Alter. Bern: Huber.
- Klie, T. (2013). Selbstbestimmung im Alter – Möglichkeiten und Grenzen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kruse, A. (2017). Psychologie des Alterns. Heidelberg: Springer.
- Rogers, C. R. (1973). Die nicht-direktive Beratung. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Rogers, C. R. (1991). Wege der Gesprächspsychotherapie. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schneider, J. (2015). Beratung und Gesprächsführung. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Tausch, R. & Tausch, A. (2020). Gesprächspsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Thomae, H. (2010). Gerontopsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2020). ICD-11 – Internationale Klassifikation der Krankheiten. Genf: WHO Publishing.
- World Health Organization (2020). Guidelines on Dementia. Geneva: WHO.