

Personzentrierte Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung

David Fraissl

Zusammenfassung

In diesem Beitrag werden Grundprinzipien für den Tätigkeitsbereich des psychosozialen Betreuens von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus personenzentrierter Perspektive formuliert. Die erfolgreiche Betreuung dieser Personengruppe basiert auf einer hilfreichen Beziehung zwischen Betreuer*innen und Klient*innen. Eine hilfreiche Beziehung entsteht wiederum durch kongruentes, wertschätzendes und empathisches Betreuen unter Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte. Anhand einer Fallgeschichte werden die personenzentrierte Betreuungspraxis und die in diesem Rahmen bedeutsame Förderung der Autonomie erläutert.

Schlüsselwörter: Personzentriertes Betreuen, Soziale Arbeit, Autonomie

Abstract

This article formulates basic principles for the field of psychosocial care for people with severe mental illness from a person-centered perspective. Successful care for this group of people is based on a helpful relationship between carers and clients. A helpful relationship is in turn created through congruence, positive regard and empathy, considering disorder-specific aspects. Using a case study, the person-centered care practice and the promotion of autonomy are outlined.

Keywords: Person-centered care, social work, autonomy

<https://doi.org/10.24989/person.v29i1.3>

1. Einführung

Im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes gibt es bisher keine Beschreibung für den Tätigkeitsbereich des psychosozialen Betreuens von Menschen mit psychischer Erkrankung.¹ Der vorliegende Beitrag erläutert anhand eines Fallberichts, wie eine personenzentrierte Haltung in der psychosozialen Betreuungspraxis von Menschen mit psychischer Erkrankung umgesetzt werden kann. Geschildert werden Abläufe beim Beziehungsaufbau zu einer betroffenen Person, wie sie in Einrichtungen

zur Unterstützung psychisch kranker Menschen immer wieder vorkommen. Die darin ausgeführten Betreuungstätigkeiten werden aus personenzentrierter Perspektive begründet. Es wird sich zeigen, dass personenzentrierte Betreuung im Wesentlichen auf einer hilfreichen Beziehung beruht, die sich durch Kongruenz, Wertschätzung und Empathie unter Berücksichtigung störungsspezifischer Aspekte auszeichnet. Abschließend folgen allgemeinere Überlegungen zum Verhältnis zwischen Autonomie und dem Setzen von Grenzen im personenzentrierten Betreuen.²

In Österreich existieren, wie in anderen Ländern auch, betreute Wohngruppen von verschiedenen Organisationen für Menschen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung Unterstützung für eine selbstständige Lebensführung benötigen.³ Die Betreuungsangebote in diesen Wohngruppen sind vielfältig:

Dr. David Fraissl, MA MSc, Studium der Psychologie und Philosophie, Promotion in Philosophie an der Universität Wien, tätig als stellvertretender Teamleiter und Betreuer von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer Wohneinrichtung sowie als externer Lehrbeauftragter an der Universität Wien und an der Medizinischen Universität Wien.

Korrespondenz: mail@david-fraissl.com

Anmerkung: Vom betreffenden Klienten aus der folgenden Falldarstellung wurde eine schriftliche Einverständniserklärung eingeholt. Die Pseudonymisierung des Namens erfolgte in Anlehnung an die Vorgaben der Zeitschrift „Psychiatrische Praxis“, Thieme-Verlag.

1 Der Artikel hat ausschließlich psychosoziale Betreuung im Rahmen von Sozialer Arbeit im Blick und nicht gesetzliche Betreuung (Deutschland) bzw. gesetzliche Erwachsenenvertretung (Österreich).

2 An dieser Stelle möchte ich Sabine Birner danken, von der ich vieles über die personenzentrierte Betreuungspraxis und Mitarbeiter*innenführung lernen durfte.

3 Die gesetzliche Grundlage für die Betreuungstätigkeiten und -strukturen in Österreich ist im Heimaufenthaltsgesetz zu finden. Konkretere Vorgaben sind in den Landesgesetzblättern des jeweiligen Bundeslands festgehalten, wie beispielsweise in der niederösterreichischen Wohn- und Tagesbetreuungsverordnung.

Bewältigung des Alltags (Haushalt, Finanzen, Behörden etc.), Bezugsbetreuung, Zielentwicklung und Lebensplanung sowie Assistenz bei der Umsetzung, Förderung sozialer Fähigkeiten, Krisenintervention, Freizeitgestaltung, Reintegration in die Gesellschaft, Sicherstellen der medizinischen Versorgung. Das übergeordnete Betreuungsziel der Wohngruppen besteht darin, die persönliche und berufliche Entwicklung der Bewohner*innen soweit zu fördern, dass sie in Selbstständigkeit ihr Leben führen können. Ein wichtiger Bestandteil davon ist die Stabilisierung und/oder Verbesserung des subjektiven Befindens.

Die konkreten Tätigkeiten der Betreuer*innen sind entsprechend den Betreuungsangeboten ebenfalls vielfältig: Alltagsstrukturierung wie die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten und die Mitgestaltung des Tages-, Wochen- und Jahresablaufs, psychosoziale Betreuung wie die Förderung von individuellen Fähigkeiten sowie Inklusion, Entlastungsgespräche und Kriseninterventionen, Kontaktaufnahme und Begleitung zu Ärzt*innen, Therapeut*innen und Beratungsstellen, Zielplanungen, Bezugsbetreuungstätigkeiten, Gestaltung der Freizeitaktivitäten, Kommunikation mit Behörden und Ämtern, Teamarbeit, Dokumentation und Administration. Die Tätigkeiten mit unmittelbarem Klient*innenkontakt lassen sich mit einer dezidiert personenzentrierten Haltung ausführen. Was das hinsichtlich der Betreuungspraxis bedeutet, möchte ich zunächst mit einem Fallbeispiel illustrieren und danach theoretisch begründen. Die Fallgeschichte soll die personenzentrierten Grundprinzipien von psychosozialer Betreuungsarbeit deutlich machen. „Der Einzelfall – so faszinierend er auch sein mag – wird erst dadurch für die Sozialwissenschaften interessant, dass er für etwas steht, d. h. etwas repräsentiert“ (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2021, S. 228). Die betreffende Person wird in der Falldarstellung „Alexander B.“ genannt.⁴

2. Fallbeispiel

Alexander B., Mitte 30, ist in dieser Fallgeschichte ein Bewohner einer 24 Stunden betreuten Wohngemeinschaft. Bei ihm besteht seit Jahren eine chronifizierte paranoide Schizophrenie, aufgrund derer er nicht mehr selbstständig seinen Alltag bewältigen kann. Er hört permanent mehrere Stimmen, die ihn, seinen Verhaltensreaktionen nach zu urteilen, oft verärgern und manchmal belustigen. Herr B. zeigt verschiedene spezifische Ängste, wie beispielsweise Angst vor Hunden oder vor

dem Autofahren. Sein Gedankengang ist teilweise für andere Personen kaum nachvollziehbar. Die Intensität seines emotionalen Ausdrucks ist oft gering, und er reagiert nur wenig auf Versuche, ihn emotional zu affizieren. Das Sozialverhalten wechselt zwischen dem von außen erkennbaren Bedürfnis nach sozialen Kontakten auf der einen und sozialem Rückzug auf der anderen Seite. Zeitweise isst er gemeinsam mit den Mitbewohner*innen und Betreuer*innen in der Wohnküche und scherzt mit ihnen. In anderen Phasen wiederum zieht er sich zurück, sieht Insekten, wo andere Personen keine sehen, fühlt sich von Personen in seinem Umfeld bedroht und wird zeitweise verbal aggressiv.

Das Verhältnis zwischen Alexander B. und mir war zu Beginn meiner Tätigkeit in der Wohngemeinschaft reserviert. Unsere Interaktionen beschränkten sich auf das Notwendigste, wie Medikamente einschachteln oder Kaffee nachfüllen. Doch dann stellte er eines Tages plötzlich den Kontakt zu mir her, mit einer klaren Frage und einem darauffolgenden Wunsch: „Haben Sie da einen MP3-Player? Ich hätte auch gerne einen.“ Mit meiner Erklärung, dass es sich nicht um einen MP3-Player handle, sondern um ein Smartphone, war der Anfang für eine monatelange Zusammenarbeit gelegt. Herr B. hatte ein konkretes Ziel, welches er selbst formulierte: Ich sollte gemeinsam mit ihm ein Smartphone besorgen. Zu diesem Zeitpunkt ahnte ich noch nicht, welche Bedeutung dieses Gerät hatte, mit dem er unterwegs Musik hören konnte.

Ein paar Wochen danach fuhren Herr B. und ich mit dem Firmenbus zu einem nahegelegenen Elektronikfachgeschäft, um ein Smartphone samt Kopfhörer zu besorgen. Das Autofahren war für uns beide aufregend, da ich wenig Übung im Autofahren mit manueller Gangschaltung und Herr B. generell Angst vor und beim Autofahren hatte. Die Aufregung wurde im stark frequentierten Einkaufszentrum nicht weniger. Immer wieder musste der Einkauf durch Rauchpausen und Gespräche unterbrochen werden. Schließlich entschied sich Herr B. für ein Smartphone und für Kopfhörer, die seinen Anforderungen entsprachen.

In der WG zurückgekommen, übertrugen wir die gewünschten MP3-Dateien auf sein neues Smartphone. Dabei waren einige Hindernisse zu überwinden: die Verbindung zwischen dem Smartphone und dem Laptop herstellen, einen passenden YouTube-MP3-Konverter finden, den Konvertierungsprozess erfolgreich durchführen, die Kopfhörer anschließen, die Bedienung des Smartphones. Nach etwa zwei Stunden hatten wir es geschafft: Herr B. hatte 30 Lieder auf seinem neu erworbenen Smartphone und konnte sie selbstständig abspielen.

Herr B. ging schon immer unruhig zwischen seinem Zimmer, der Kaffeemaschine in der Wohnküche und dem Raucherplatz im Hof hin und her. Und nun tat er dies nur noch

⁴ Dass die Person etwa zwei Jahre nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses der Publikation ihrer Fallgeschichte zustimmte, zeugt vom nachhaltigen Vertrauensverhältnis zwischen uns und bekräftigt die Hauptaussagen in diesem Artikel.

mit Musik in den Ohren. Wir vereinbarten alle paar Wochen einen Zeitpunkt, an dem wir uns zusammensetzten, um neue Lieder auf das Smartphone zu laden. Im Zuge dessen kam es zu Gesprächen über die jeweiligen Interpret*innen, über die biografische Zeitspanne, in der Herr B. oder ich das jeweilige Lied gehört hatten, über aktuelle Freuden oder Belastungen und ja: auch über Einzelheiten seiner psychischen Verfassung.

Die Beziehung zwischen Herrn B. und mir färbte sich fortlaufend positiver und unsere Gespräche wurden häufiger und offener. Herr B. schilderte mir unerwartet freimütig, dass er unter der Allgegenwärtigkeit der Stimmen litt und dies mit Musik leichter auszuhalten sei; dass er den chemischen Geschmack seiner Medikamente hasste, aber er zurzeit wisse, dass er sie nehmen müsse; dass er nicht allein wohnen könne und uns Betreuer*innen wirklich brauche. Und Herr B. vertraute mir den genauen Geldbetrag auf seinem Konto an – eine Information, die er mir ein paar Monate zuvor nicht gegeben hätte. Wollte er mir doch zu Beginn unseres Kontakts nicht einmal seine SIM-Karten-Nummer sagen.

3. Personzentriertes Betreuen

Im beschriebenen Fall wurden verschiedene Betreuungstätigkeiten ausgeführt, vordergründig die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten (Einkaufen, Lieder besorgen) und bei der Freizeitgestaltung (Musik hören beim Rauchen). Wichtig dabei war die übergeordnete psychosoziale Betreuung, die sich in folgende Teiltätigkeiten unterteilen lässt: Förderung in der individuellen Zielerreichung, akute Entlastungsgespräche in stresserzeugenden Situationen und Mithilfe beim Erwerben einer für Herrn B. neuen Bewältigungsstrategie. Der letzte Punkt ist von besonderer Relevanz: Dass das Stimmenhören für Herrn B. durch das Musikhören erträglicher wurde, dass also die Erleichterung einer Krankheitssymptomatik die erfreulichste Wirkung und vielleicht sogar der tragende Grund unserer gesamten Unternehmung war, wurde mir erst im Nachhinein in den offeneren Gesprächen klar.

Vermutlich ist durch die reine Falldarstellung schon zu erahnen, welche personzentrierten Theorieversatzstücke an welcher Stelle in der Geschichte zu finden sind. Ich werde nun eine systematische Einordnung des beschriebenen Falls durchführen, um die Grundlagen des personzentrierten Betreuens näher zu explizieren. Da ich hier hauptsächlich auf meine Erfahrungen rekurrieren werde, erfolgt die Untersuchung in phänomenologischer Manier aus der Ersten-Person-Perspektive (Fuchs, 2023, S. 28 ff).

Hilfreiche Betreuungsbeziehungen

Die Beziehung, die sich zwischen Herrn B. und mir ereignet hat, lässt sich als hilfreiche Beziehung im Sinne von Carl Rogers charakterisieren: Eine Beziehung, „in der einer der Teilnehmer bestrebt ist, für eine oder beide Parteien dahin zu gelangen, daß die latenten inneren Ressourcen des Individuums höher geschätzt, nachhaltiger ausgedrückt und wirksamer gebraucht werden“ (Rogers, 2021 [1958]⁵, S. 53). Dank des Aufbaus einer solchen Beziehung, wird der*die Klient*in „die Fähigkeit in sich selbst entdecken, diese Beziehung zu seiner Entfaltung zu nutzen, und Veränderung und persönliche Entwicklung finden statt“ (Rogers, 2021 [1954], S. 47). In einer wahrlich hilfreichen Betreuung werden zwischenmenschliche Beziehungen geschaffen, die die Klient*innen in die Lage versetzen, die eigenen Potenziale und Ziele zu verwirklichen, die individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten auszubauen und zu erweitern. Hilfreiche Betreuungsbeziehungen basieren letztlich auf der Aktualisierungstendenz, „die dem Organismus innewohnende Tendenz zur Entwicklung all seiner Möglichkeiten; und zwar so, dass sie der Erhaltung und Förderung des Organismus dienen“ (Rogers, 2020 [1959], S. 26).

Es erfordert laut Rogers (2021 [1954], S. 48) drei Bedingungen, die eine hilfreiche Beziehung gedeihen lassen: „Die Beziehung, die ich als hilfreich erfahren habe, läßt sich durch eine Art von Transparenz meinerseits charakterisieren, die meine wirklichen Gefühle hindurchscheinen läßt, als ein Akzeptieren dieses anderen als besonderer Person eigenen Rechts und eigenen Werts, und als ein tiefes, mitfühlendes Verstehen, das mir ermöglicht, seine private Welt mit seinen Augen zu sehen.“ Rogers selbst weitet in seinen Schriften die personzentrierten Einsichten auf verschiedenste Arbeitskontexte aus, wie beispielsweise die Teamführung (Gordon, 2021 [1951]) und das Unterrichten (Rogers, 2021 [1951]). Insofern ist es durchaus gerechtfertigt, personzentrierte Konzepte auf die psychosoziale Betreuung psychisch kranker Menschen zu übertragen. Eine der Hauptaussagen dieses Beitrags lautet dementsprechend: Die drei Bedingungen der Kongruenz, Wertschätzung und Empathie haben nicht nur Therapeut*innen zu erfüllen, wenn sie eine erfolgreiche Psychotherapie anbieten wollen, sondern auch psychosoziale Betreuer*innen, wenn sie eine hilfreiche Betreuung ihrer Klient*innen zur Verfügung stellen möchten.

⁵ Für eine historische Kontextualisierung wird in Klammern das Erscheinungsjahr der Originalpublikation angegeben.

Kongruentes Betreuen

Rogers (2021 [1960], S. 74) schreibt über die Kongruenz: „Man hat entdeckt, daß Veränderungen in der Persönlichkeit dann gefördert werden, wenn der Psychotherapeut ganz er selbst ist, wenn er in der Beziehung zu seinem Klienten authentisch und ohne ‚Front‘ oder Fassade dasteht, wenn er offen die Gefühle und Einstellungen präsentiert, die im jeweiligen Augenblick in ihm auftauchen. [...]. Damit meinen wir, daß die Gefühle, die der Therapeut hat, ihm bekannt, seinem Bewußtsein zugänglich sein müssen, und daß er in der Lage ist, diese Gefühle zu leben, *sie zu sein*, fähig, sie mitzuteilen, wenn es zweckmäßig erscheint.“

Zu Beginn des Kontakts war ich Herrn B. gegenüber inkongruent, da mich sein aggressiv wirkender Habitus und seine sporadischen verbalen Angriffe ängstigten. Dies war vermutlich auch dem Umstand geschuldet, dass ich zu dieser Zeit noch Berufsanfänger in diesem Tätigkeitsbereich war. Aufgrund der von mir eingenommenen defensiven Haltung war ich anders, als ich sonst war. Ich verhielt mich ernster, besorgter und wachsender. Dies legte sich allmählich im Zuge unserer gemeinsamen Unternehmung, durch unseren Beziehungsaufbau. Umso weniger Ängstlichkeit ich vor Herrn B. verspürte, desto kongruenter wurde mein Verhalten ihm gegenüber, desto adäquater konnte ich meine wirklichen Gedanken und Gefühle ausdrücken. Und umso kongruenter ich mich fühlte, desto angenehmer und sicherer wurde die Atmosphäre in unserer Beziehung. Die gefühlte Sicherheit reduzierte die Ängstlichkeit und steigerte die Kongruenz. Hier fand in gewisser Weise eine Aufwärtsspirale des Sicherheitsgefühls statt. Auch wenn ich hier nur von meiner Perspektive berichten kann, vermute ich, dass ähnliche Prozesse auch bei Herrn B. abliefen.

Eine erinnerungswürdige Kongruenzerfahrung fand während der Autofahrt zum Einkaufszentrum statt. Ich offenbarte Herrn B. meine Nervosität aufgrund des Fahrens eines Kleinbusses mit manueller Gangschaltung. Dies war zwar ein Risiko in Anbetracht seiner Angst vor dem Autofahren, jedoch wollte ich mich nicht verstellen und meinen Gefühlszustand verständlich machen. Zu meiner Beruhigung reagierte Herr B. innerhalb seines damaligen eher schmalen Ausdrucksspektrums sehr verständnisvoll darauf und sagte, dass es bestimmt schwierig sein müsse mit so einem großen Auto in derart starkem Verkehr zu fahren. Vielleicht schätzte er es, dass ich ehrlich und transparent war. Vielleicht gewann er Sicherheit, indem ich meine eigene Unsicherheit ausdrückte. Aus meiner Sicht war das verbalisierte Verständnis von Herrn B. keine nebenbei getätigte Höflichkeitsfloskel, denn dafür zeigte er üblicherweise keine Bereitschaft.

Einige Monate nach der Autofahrt, als Herr B. mir offenherzig über seine psychische Verfassung berichtete, war ich ganz ich selbst. Ich fühlte mich nicht bedroht, sondern sicher, verhielt mich „natürlich“, aus mir heraus, ohne überzogenem Ernst und überreizter Wachsamkeit. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich zwischen uns eine hilfreiche Betreuungsbeziehung etabliert. Ich konnte mit Leichtigkeit Herrn B. akzeptieren und respektieren, ihm zuhören und antworten, ohne Vorbehalte, pädagogischen Überlegungen und externen Zielsetzungen, womit die zweite Bedingung angesprochen ist.

Wertschätzendes Betreuen

Zur Wertschätzung schreibt Rogers (2021 [1960], S. 75): „Es ist einer Veränderung förderlich, wenn der Therapeut eine warme, positive und akzeptierende Einstellung gegenüber dem, was im Klienten *ist*, einnimmt. Das schließt mit ein die echte Bereitschaft des Therapeuten, es dem Klienten zu erlauben, jegliches Gefühl, das sich augenblicklich in ihm ereignet – Furcht, Verwirrung, Schmerz, Stolz, Zorn, Haß, Liebe, Mut oder Bewunderung –, ganz zu *sein*.“

In der Betreuung existieren Grenzen hinsichtlich der Handlungsfreiheit der Klient*innen (dazu später mehr). Dennoch gilt innerhalb dieser Grenzen das Prinzip, dass Klient*innen denken, fühlen und tun können, was sie möchten, also so sein dürfen, wie sie wollen. Die Wertschätzung der Klient*innen besteht darin, sie in ihrem je individuellen Sosein anzuerkennen. Dies impliziert die Achtung der von ihnen selbstbestimmt gewählten Handlungsziele, auch wenn sie auf dem ersten Blick aus Betreuer*innen-Perspektive nicht immer nachvollziehbar scheinen.

Wertschätzungen dieser Art erfuhr Herr B. an verschiedenen Punkten unserer Smartphone-Unternehmung. Die Gesamtausrichtung unserer gemeinsamen Zusammenarbeit initiierte Herr B., indem er das übergeordnete Ziel formulierte: „Ich möchte unterwegs Musik hören.“ Er entschloss sich dafür, ein Smartphone zum Abspielen der Musik zu kaufen, auch wenn er die eigentlichen Funktionen eines Smartphones nicht nutzen wollte und ein schlichter MP3-Player von außen betrachtet sinnvoller erschienen wäre. Herr B. bestimmte über Zeit und Ort des Smartphone-Einkaufs, auch über die Geschwindigkeit durch das Einlegen von Pausen. Er entschied mit, wie wir zum Einkaufszentrum gelangen sollten, nämlich autofahrend mit dem Firmenbus. Nach dem Einkauf beteiligte sich Herr B. an der Entscheidung, wann und wie wir die Musik auf sein Handy übertragen. Schließlich beschloss er allein, welche Lieder auf das Smartphone gespeichert wurden. Das mag vielleicht trivial klingen, aber hinsichtlich Herr B.s Persönlichkeitsstruktur war es von größter Wichtigkeit, sich bei der Liederauswahl

nicht einzumischen, um ihm beispielsweise „beruhigendere“ Genres zu empfehlen. Retrospektiv denke ich, dass er zu diesem Zeitpunkt unserer Beziehungsdynamik solche gut gemeinten Ratschläge als bedrohliche Manipulationsversuche wahrgenommen hätte.

Als Herr B. mir zu Beginn die SIM-Karten-Nummer nicht geben wollte, war das in Ordnung und ich versuchte ihm auch das Gefühl zu vermitteln, dass seine Verhaltensreaktion in Ordnung für mich war. Als Herr B. mir ein paar Monate danach seinen genauen Kontostand verriet, war das ebenso in Ordnung und ich versuchte ihm ebenso das Gefühl zu vermitteln, dass sein Verhalten in Ordnung für mich war. Beide Handlungen von Herrn B. hatte ich respektiert, ohne die dahinterliegenden Überlegungen und Emotionen anzuzweifeln. Anklagende sowie lobpreisende Reaktionen auf Äußerungen von Klient*innen können jeweils auf ihre Art kontraproduktiv sein. Nur weil sich ein Klient oder eine Klientin sozial erwünscht oder unerwünscht verhält, sollte dies aus meiner Sicht *per se* zu keinem überschwänglichen Lob oder Tadel seitens der Betreuer*innen führen.

Bei Lichte gesehen ist personenzentriertes Wertschätzen das Gegenteil von Schätzen, Bewerten, Beurteilen. So schwierig es teilweise im Betreuungsalltag sein mag: Wertschätzend betreiben bedeutet mit den Klient*innen so umzugehen, wie sie *sind*, mit ihren faktisch vorhandenen Gedanken, Gefühlen und Handlungen und nicht wie sie „idealerweise“ sein sollten. Eine derart wertschätzende Haltung drückt sich in kleinen Handlungen und subtilen Gesten aus: Ich urteilte nicht aus meiner Perspektive, welches Einkaufszentrum oder Smartphone geeigneter für Herrn B. sei; ich rollte nicht mit den Augen, als Herr B. ein Lied wählte, das ich persönlich nicht mochte. Ich versuchte Herrn B. aus seinen Maßstäben, aus seinen Zielen und Bedürfnissen heraus zu unterstützen. Eine hilfreiche Betreuungsbeziehung kann dann entstehen, wenn das innere Bezugssystem der Klient*innen wertgeschätzt wird. Dies leitet zur dritten Bedingung über.

Empathisches Betreuen

Empathie bedeutet laut Rogers (2021 [1960], S. 75) Folgendes: „Wenn der Therapeut die Gefühle und persönliche Sinngebungen erfasst, die der Klient in jedem Augenblick erfährt, wenn er diese von ‚innen‘, so wie sie den Klienten erscheinen, wahrnehmen kann, und wenn es ihm gelingt, etwas von seinem Verständnis dem Klienten mitzuteilen, dann ist diese dritte Bedingung erfüllt.“

Die Erste-Person-Perspektive eines anderen Menschen vollkommen einzunehmen, ist aus erkenntnistheoretischen Gründen unmöglich (Searle, 2004, S. 94). Dennoch kann eine

Annäherung an das innere Bezugssystem meines Gegenübers stattfinden, indem ich seine Gedanken und Gefühle empathisch nachvollziehen lerne. In der Betreuung entwickelt sich empathisches Verständnis in einem wechselseitigen Prozess, in dem Betreuer*innen die Ziele und Bedürfnisse der Klient*innen kennenlernen, weil die Klient*innen mal mehr und mal weniger Auskunft über ihr Innenleben geben. Im Laufe des Beziehungsaufbaus zwischen Herrn B. und mir wuchs meine Empathie und mein Verständnis mit jeder gemeinsamen Tätigkeit und jedem erfolgreich bewältigten oder auch gescheiterten Ziel. Vor allem deswegen, weil Herr B. in diesen Situationen stetig mehr von seiner Gedanken- und Gefühlswelt preisgab.

Als Herr B. mir Informationen bezüglich seines Handyvertrags vorenthielt, hakete ich nicht nach, weil ich aus seinem Bezugssystem heraus verstand, dass er ein weiteres Nachfragen meinerseits als Bedrohung empfunden hätte. Im Einkaufszentrum hatte ich den Eindruck, dass sich Herr B. verstanden fühlte, als ich eine Rauchpause vorschlug, damit er seinen Stresspegel ein wenig senken konnte. Den gleichen Eindruck machte Herr B. auf mich, als ich seine nostalgischen Gefühle verbalisierte, die er augenscheinlich beim Hören eines seiner heruntergeladenen Lieder verspürte. Auf der anderen Seite machte es in manchen Situationen den Anschein, dass sich Herr B. genau dann verstanden fühlte, wenn ich mich zurückhielt und wir gemeinsam schwiegen.

In Hinblick auf manche zerfahrenen Gedankengänge und subjektiven Theorien von Herrn B., traten Verstehensgrenzen auf. Dennoch zeigte ich mich bemüht Herrn B. zu verstehen, fragte nach und bekannte mich offen zu meinem fehlenden Verständnis. Ich lernte erst mit der Zeit, dass Herr B. offenbar nicht über mein fehlendes Verständnis aufgebracht war, sondern mein Bemühen um ein Verständnis wertschätzte. Indem ich die Äußerungen von Herrn B. paraphrasierend wiederholte oder mit meinen eigenen Gedankengängen assoziierte und mich Herr B. daraufhin entweder korrigierte oder bestätigte, näherten wir uns einem gemeinsamen Verstehenshorizont. Wenn Herr B. einer meiner Paraphrasierungen zustimmte – „Ja genau, das mein ich!“ –, dann waren das bedeutsame Momente im Aufbau einer hilfreichen Betreuungsbeziehung.

Störungsspezifische Aspekte

Der Aufbau einer hilfreichen Beziehung zwischen Herrn B. und mir gelang deswegen, weil ich ihn kontinuierlich ansteigend kongruent, wertschätzend und empathisch betreute. Umgekehrt verhielt sich Herr B. fortwährend kongruenter, wertschätzender und empathischer mir gegenüber. Am Ende unserer gemeinsamen Unternehmung waren wir beide wir selbst, wir wertschätzten uns gegenseitig und wir waren ehrlich an einem

Verständnis des jeweils anderen interessiert. Aus meiner Sicht fühlte sich Herr B. an irgendeinem Punkt unserer Beziehung so frei von Bewertungen und Bedrohungen, dass er sich in meiner Anwesenheit sicher und wohl fühlte. Herr B. offenbarte mir viele Einzelheiten seiner Persönlichkeit und seines Lebens: Episoden aus seiner Vergangenheit, seine Zukunftsvorstellungen, Facetten seiner gegenwärtigen Persönlichkeit, seine Gedanken und Gefühle, seine Hoffnungen und Ängste, die Merkmale und Auswirkungen seiner psychischen Erkrankung und seine Bewältigungsstrategien. Herr B. legte einige seiner wesentlichen Vulnerabilitäten offen, was vor der gemeinsamen Unternehmung nicht möglich gewesen wäre.

Herr B. nahm während der gesamten Zeitspanne der geschilderten Falldarstellung die von seinem Psychiater verordneten Psychopharmaka ein. Als hilfreich erlebte Alexander B. insbesondere ein Antipsychotikum, das er einmal im Monat *per* Depot-Spritze erhielt. Dies ist deswegen wichtig zu erwähnen, da eine gelungene und als hilfreich erlebte psychopharmalogische Behandlung von Schizophrenien mit Antipsychotika eine wichtige Voraussetzung für das Einlassen auf eine hilfreiche Betreuungsbeziehung darstellt (Luderer, 2021, S. 23). Klient*innen müssen in kognitiver, emotionaler und sozialer Hinsicht ein Minimum an „Betreuungsfähigkeit“ besitzen, um das hier dargestellte Konzept der personenzentrierten Betreuung praktizieren zu können.

Ohne die psychosoziale Betreuung explizit zu erwähnen, konkludiert Luderer (2021, S. 30) für die personenzentrierte Arbeit mit Menschen mit Schizophrenie: „Betroffene und Angehörige nehmen pflegende, beratende und behandelnde Personen als hilfreich wahr, wenn sie sich verstanden und auf Augenhöhe mit dem Therapeuten fühlen“. Diese Aussage gilt für alle Personen im Betreuungskontext, unabhängig vom Vorliegen einer spezifischen psychischen Erkrankung. Wie Rogers in seinen späteren Schriften betont, sind Kongruenz, Wertschätzung und Empathie notwendige und hinreichende Bedingungen für eine hilfreiche Beziehung und für die Persönlichkeitsentwicklung *aller* Menschen (Oberreiter, 2021). Doch eine kongruente, wertschätzende und empathische Haltung im Betreuen von psychisch erkrankten Menschen einzunehmen und zu bewahren, wird durch ein störungsspezifisches Wissen enorm erleichtert. Von der Norm abweichende, insbesondere destruktiv erscheinende Verhaltensweisen werden dann nicht mehr als persönliche Eigenheiten der jeweiligen Klient*innen oder als soziale Signale in Richtung der betreuenden Personen betrachtet, sondern als Symptome und Begleiterscheinungen der entsprechenden psychischen Erkrankung (Binder & Binder, 2019, S. 93ff). Störungsspezifisches Betreuen führt zu mehr Verständnis der individuellen Klient*innen, da die Krankheitssymptome oft ein wichtiger Teil ihres Selbstkonzepts sind. Bei

Herrn B. lernte ich erst mit der Zeit, dass ein großer Anteil seiner scheinbaren aggressiven Verhaltensreaktionen auf teilweise chronische psychotische Symptome zurückzuführen sind und nicht auf meine Person oder auf meine Qualitäten als Betreuer.

Die Relevanz des störungsspezifischen Betreuens tritt vor allem dann in den Vordergrund, wenn leidenserzeugende Verhaltens- und Erlebensweisen auftreten. Dann bieten Diagnosen Orientierung für Betreuer*innen, um gezielt zu intervenieren, wie beispielsweise mit Einzelfallmedikamenten, Skills gegen selbstverletzendes Verhalten oder Psychoedukation über die entsprechende psychische Erkrankung. Diagnosen können zudem der Kommunikation dienen, sowohl innerhalb des Betreuer*innen-Teams als auch nach außen mit Vertreter*innen verschiedener Gesundheitsberufe. Manchmal können Diagnosen eine Entlastung für die Klient*innen sein, da sie plötzlich eine Erklärung für ihr jahrelang unerklärliches Verhalten und Erleben erhalten. Doch darf dann die Gefahr nicht übersehen werden, dass Klient*innen fatalistisch ihre Verantwortung von sich weisen, da sie „ja nicht anders können“, weil sie diese oder jene Erkrankung haben.

In der alltäglichen personenzentrierten Betreuung ist zu beachten, dass die Klient*innen nicht vorschnell mit vermeintlichem Experten*innenwissen konfrontiert werden. Dass für Herr B. das Stimmenhören durch Musikhören erträglicher wurde und somit eine Symptomerleichterung durch unser Vorhaben eintrat, war nicht das Resultat einer aus der Diagnose abgeleiteten Intervention meinerseits, sondern die für mich unvorhersehbare Wirkung der hilfreichen Betreuungsbeziehung, die ich Herrn B. anbot und er annahm. Dieser zutiefst personenzentrierte Prozess betrifft jedoch nicht mehr nur Nutzen und Nachteil des störungsspezifischen Vorgehens als solchen, sondern führt geradewegs zu allgemeineren Betrachtungen über das Verhältnis zwischen Autonomie und Grenzen in der personenzentrierten Betreuung.

4. Allgemeinere Betrachtungen

In den Ausführungen zum wertschätzenden Betreuen wurde postuliert, „dass Klient*innen denken, fühlen und tun können, was sie möchten, also so sein dürfen, wie sie wollen“. Mit anderen Worten: In der personenzentrierten Betreuung wird ausdrücklich die Freiheit und Autonomie der Klient*innen anerkannt und forciert. Gleichzeitig bestehen im Betreuungskontext auch notwendige Beschränkungen jener Freiheit. Daher muss in personenzentrierten Betreuungsbeziehungen das Verhältnis zwischen Freiheit und Zwang – oder besser: zwischen Autonomie und ihren Grenzen – eine besondere Berücksichtigung erhalten. „Wichtige Persönlichkeitsmerkmale, die einen guten

Betreuer auszeichnen, sind soziales Engagement, Empathie und ein Gespür dafür, wo im Umgang mit Kranken und Behinderter die Grenze zwischen Fürsorge und Bevormundung verläuft“ (Lorz, 2015, S. 14). Die Demarkationslinie zwischen autonomieunterstützender Fürsorge und kontrollierender Bevormundung lässt sich mit der folgenden Formel kennzeichnen: Personenzentrierte Betreuer*innen gewährleisten maximalmögliche Autonomie innerhalb minimalnotwendiger Grenzen.

Maximalmögliche Autonomie

Herr B. formulierte das Ziel unserer monatelangen Unternehmung. Er bestimmte selbst, dass er ein Smartphone zum Musikhören will, wenn auch ohne Vertrag und ohne Möglichkeit zum Telefonieren. Er suchte sich seine favorisierten Kopfhörer aus und beschloss, sich gleich drei Exemplare davon zu kaufen. Er entschied sich für diejenigen Lieder, die er hören wollte. Er legte jeden Tag mehrmals fest, wann und wo er Musik hörte. In all diesen autonomen Entscheidungen können sich Betreuer*innen einschalten, um ihren Klient*innen beratend zur Seite zu stehen, aber nicht um sie zu lenken, zu drängen oder gar zu zwingen. Kongruentes, wertschätzendes und empathisches Betreuen mündet in einer autonomieorientierten Betreuungspraxis.

Mit derartigen Überlegungen haben wir längst das normative Feld der Ethik betreten. Aus Immanuel Kants Ethik entlehnt besteht der zentrale Grundsatz für ein ethisches Betreuen darin, die Klient*innen als Personen anzuerkennen, als autonome Lebewesen, deren „*Dasein an sich selbst* einen absoluten Wert hat“, „als Zweck an sich selbst, *nicht bloß als Mittel*“ (Kant, 2015 [1785], AA S. 428). Klient*innen setzen und verfolgen Ziele selbst; Betreuer*innen unterstützen lediglich dabei, diese Ziele realistisch zu setzen und erfolgreich zu verfolgen. Dabei vernachlässigt die autonomieorientierte Betreuung nicht die Wichtigkeit von sozialen Beziehungen im Sinne einer irreführenden atomistisch-individualistischen Auffassung vom Menschen, sondern beachtet die Selbstbestimmungsfähigkeit und die Beziehungsangewiesenheit des Menschen gleichermaßen. Dies geht mit dem „personenzentrierten Axiom“ von Peter Schmid (2017, S. 170) einher, „dass der Mensch die Fähigkeit und Tendenz zur Entwicklung in sich selbst trägt, er aber der Beziehung bedarf, damit diese Entwicklung tatsächlich stattfinden kann.“

Kant (2000 [1798], AA S. 327) charakterisierte im 18. Jahrhundert das Streben nach Autonomieerleben als eine anthropologische Grundkonstante: „Das Geschrei, welches ein kaum geborenes Kind hören läßt, hat nicht den Ton des Jammers, sondern der Entrüstung und aufgebrachtten Zorns an sich; nicht weil ihm was schmerzt, sondern weil ihm etwas

verdrießt: vermutlich darum, weil es sich bewegen will und sein Unvermögen dazu gleich als eine Fesselung fühlt, wodurch ihm die Freiheit genommen wird“. Mehr als 50 Jahre empirische Forschung zeigen, dass das Autonomieerleben ein psychologisches Grundbedürfnis ist, dessen Befriedigung notwendig ist für das subjektive Wohlbefinden und die psychische Verfassung (Ryan & Deci, 2017). Die psychische Gesundheit profitiert von einem autonomieunterstützenden Umfeld im Gegensatz zu einem kontrollierenden. Das ist eine zentrale Einsicht für das professionelle Handeln von Betreuer*innen, da eine autonomieorientierte Betreuungshaltung keine „nette“ Beigabe ist, sondern essenzieller Bestandteil des fachlichen Know-hows, um die psychische Verfassung der Klient*innen zu stabilisieren und gegebenenfalls zu verbessern. In hilfreichen Betreuungsbeziehungen erleben die Klient*innen Sicherheit und Autonomie, wodurch sie mehr psychisches Wohlbefinden spüren und ihre eigenen Potenziale entfalten. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, um das eingangs angegebene übergeordnete Betreuungsziel zu realisieren: die persönliche und berufliche Weiterentwicklung.

Rogers (2021 [1957], S. 171, mod. DF) schreibt, dass der personenzentrierte Ansatz den Klient*innen eine „Entwicklung zur Selbstbestimmung“ ermöglicht, „daß er [der Klient] es ist, der nach und nach die Ziele auswählt, wohin er sich entwickeln möchte. Er entscheidet, welche Tätigkeiten und Verhaltensweisen für ihn von Bedeutung sind, und welche es nicht sind“. Richtung und Geschwindigkeit lassen sich personenzentrierte Betreuer*innen von den jeweiligen Klient*innen vorgegeben. Wohin sein Weg führt und wie schnell er darauf unterwegs sein möchte, hatte Herr B. selbst bestimmt. Er hatte das Stimmenhören erträglicher gemacht, indem er mobil Musikhören konnte. Die Symptomerleichterung war kein intendiertes Betreuungsziel, keine geplante Intervention, keine Konsequenz eines vermeintlichen Expert*innenwissens von Betreuer*innen, sondern eine von Herrn B. selbst verwirklichte innere Ressource auf Basis unserer hilfreichen Betreuungsbeziehung. Ganz im Sinne der Aktualisierungstendenz wurde darauf vertraut, dass Herr B. unter der Voraussetzung einer hilfreichen Beziehung die eigenen leidmindernden Potenziale zu realisieren vermag.

Das beinhaltet die vielleicht für manche Ohren radikale Implikation, dass ich als personenzentrierter Betreuer oft nicht weiß, wozu genau ich helfe – ich helfe „einfach“ und das ist schwer genug. Ich weiß oft nicht, was am Ende „rauskommt“, aber ich weiß, dass ich so kongruent, wertschätzend und empathisch wie möglich bin, eine hilfreiche Beziehung anbiete und darauf vertraue, dass der*die jeweilige Klient*in die Beziehung für sich zu nutzen weiß. Dies führt nicht nur zu mehr Autonomie auf Seiten der Klient*innen, sondern auch zu mehr Entlastung auf Seiten der Betreuer*innen. Betreuer*innen müssen, können

und sollen es nicht immer besser wissen als die Klient*innen. Damit kann nun das Grundprinzip der personenzentrierten Betreuung formuliert werden, welches jede einzelne Betreuungstätigkeit durchzieht: Der Betreuungsprozess wird maßgeblich von den Klient*innen beeinflusst und mitgestaltet, wenn möglich angeleitet und gesteuert. Gegenstücke davon sind fremdbestimmendes, interventionistisches, infantilisiertes und kontrollierendes Betreuen.

In den sogenannten Bezugsbetreuungsstunden kann das autonomieorientierte personenzentrierte Betreuen zu seiner vollen Geltung gelangen. Die Bezugsbetreuungsstunden stehen für gemeinsame Tätigkeiten von Bezugsbetreuer*in und Bezugsklient*in zur Verfügung und sind daher bestens dafür geeignet, sie ganz der Richtung und der Geschwindigkeit der Klient*innen zu überlassen. Ob Kino gehen, Eis essen, Bowling, Therme, Anime-Convention, Bootfahren, Waldspaziergang oder Techno-Club – vieles ist möglich, wenn sich Betreuer*innen auf das Wagnis einlassen, den Klient*innen das Ruder zu überlassen, ohne dabei auf Vorsichtsmaßnahmen zu vergessen (wie beispielsweise die Mitnahme eines Einzelfallmedikaments). Meiner Erfahrung nach können gerade bei den intuitiv abwegigeren Tätigkeiten Facetten der Persönlichkeitsentwicklung angeregt werden, die im Vorfeld nicht abzusehen sind.

Minimalnotwendige Grenzen

Bei aller Betonung der Freiheit und Autonomie der Klient*innen im personenzentrierten Betreuungssetting, dürfen die notwendigen Grenzen nicht übersehen werden. Für die Spieltherapie mit Kindern schreibt Elaine Dorfmann (2021 [1951], S. 238): „Der Therapeut setzt dem verbalen Ausdruck von Gefühlen von Seiten des Kindes keinerlei Grenzen. Einige Gefühle dürfen jedoch nicht direkt in Handlung ausgedrückt werden.“ Klient*innen sollten nicht ihre Gedanken und Gefühle verleugnen müssen, jedoch dürfen sie auch nicht all ihre Gedanken und Gefühle in Handlungen umsetzen, wie beispielsweise Betreuer*innen oder Mitbewohner*innen zu attackieren. Es ist ähnlich wie mit der Demokratie: Wie die Demokratie eigentlich keine antidemokratischen Positionen anerkennen kann, weil sie sich sonst selbst vernichten würde, kann auch die personenzentrierte Betreuung kein Verhalten von Klient*innen hinnehmen, welches diese Betreuungsform verunmöglichen würde.

Wichtig ist, die Grenzen in der Betreuung klar zu setzen, transparent zu kommunizieren, gut zu begründen und im besten Fall gemeinsam mit den Klient*innen in Bewohner*innen-Besprechungen zu formulieren. Die Grenze „Selbst- und/oder Fremdgefährdung“ ist eine letzte Grenze, die rechtlich und ethisch absolute Geltung besitzt. Aber es existieren auch weniger drastische Grenzen, wie beispielsweise die

einrichtungsspezifische Hausordnung und zusätzliche Regeln für ein reibungsloses Zusammenleben. „Beschriftetes Essen von Mitbewohner*innen wird bitte nicht gegessen“ oder „Nachtruhe ab 22 Uhr“ – diese ganz praxisbezogenen Grenzsatzungen sind erforderlich, damit die Klient*innen gerade aufgrund dieser Grenzen in Autonomie leben können. Wie für den Makrokosmos einer jeden demokratischen Gesellschaft kann auch im Mikrokosmos von Wohngemeinschaften das Schadensprinzip von John Stuart Mill (2017 [1859], S. 19) herangezogen werden: Der Einzelne darf nur dann zu etwas gezwungen werden, um „die Schädigung anderer zu verhüten“. Anders gesagt: Die Freiheit des*der einen hört dort auf, wo die Freiheit des*der anderen anfängt. So gesehen gewährleisten Grenzen die personenzentrierte Orientierung an der Autonomie des einzelnen Menschen.

Es sei nochmal die obige Formel wiederholt: Innerhalb der minimalnotwendigen Grenzen ist maximalmöglichster autonomer Freiheitspielraum sicherzustellen. In der Praxis zeigt sich dieses Bemühen in subtilen Gesten, die von Dritten kaum zu bemerken sind. Beispielsweise war es für Herrn B. ein fundamentaler Unterschied, wenn Betreuer*innen ihn fragten, ob er seine Medikamente nehmen möchte oder ob man ihn selbst nach den Medikamenten fragen ließ. Herr B. durchlebte Phasen, in der er bloßes Nachfragen als massives Eindringen in seinen Autonomieradius empfand. In anderen Phasen wollte er auf die Medikamenteneinnahme erinnert werden, weil er seinem eigenen Gedächtnis nicht mehr traute. Dann war es angebracht, ihn bezüglich seiner Medikamenteneinnahme proaktiv anzusprechen. Ein zweites Beispiel: Herr B. nahm ein und dieselbe Erinnerung an einem Arzttermin fundamental unterschiedlich wahr, wenn Betreuer*innen ihn sofort nach dem Nachhausekommen von der Tagesstruktur darauf ansprachen, oder wenn sie ihm etwas Zeit ließen, in der Wohngemeinschaft anzukommen, um ihn danach auf den Arzttermin anzusprechen.

Es existiert keine feste Regel, ab wann das Handeln von Betreuer*innen als aufdringliche Fremdbestimmung oder als Fürsorge im Rahmen der Anerkennung von Autonomie erfahren wird. Das ist nicht nur intersubjektiv zwischen den Klient*innen unterschiedlich, sondern auch intrasubjektiv innerhalb des-/derselben Klient*in zu verschiedenen Zeitpunkten. Dies einschätzen zu können, erfordert die oben beschriebenen personenzentrierten Betreuungskompetenzen, insbesondere ein empathisches Einfühlungsvermögen. Generell gilt, dass Grenzen dann hilfreich sind, wenn sie personenzentriert und damit in Hinblick auf die Bedürfnisse und Ziele aller Beteiligten gesetzt werden, insofern dies im gegebenen Fall möglich ist. Individuelle Ausnahmen sind in Grenzsatzungen immer möglich, denn Gerechtigkeit entsteht durch differenziertes und auf

das Individuum abgestimmtes Betreuen, nicht durch homogenisierende Vereinheitlichung.

Genauso wie die Autonomie der Klient*innen im Betreuungskontext ihre Grenzen hat, besitzt auch das personenzentrierte Betreuen selbst seine Grenzen. Und diese treten besonders dann zum Vorschein, wenn externe Ansprüche vordringlich werden, die außerhalb des inneren Bezugssystems der jeweiligen Klient*innen liegen. Dies hat mit dem doppelten Mandat in der Sozialen Arbeit zu tun: Zum einen ist Soziale Arbeit orientiert an den Bedürfnissen der individuellen Klient*innen, zum anderen handelt sie aber auch im Auftrag des Staates und unter dem Banner des gesellschaftlich Wünschenswerten (Böhnisch & Lösch, 1973). Wenn letzteres Mandat schlagend wird, wird notgedrungen die personenzentrierte Betreuung ein Stück weit vernachlässigt. Wenn beispielsweise Klient*innen aufgrund ihres Hygienezustands angeregt werden müssen, sich regelmäßig zu pflegen. Oder wenn Klient*innen angehalten werden müssen, nicht mehr laut singend durch die Einkaufsstraße zu spazieren, um Lärmbelästigungen zu vermeiden. Oder auch wenn Menschen gegen ihren Willen in eine geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik eingewiesen werden müssen, da sie sich fremdgefährdend verhalten.

Auch in denjenigen Betreuungstätigkeiten, in denen externe Ziele verfolgt und damit die inhärenten Zielsetzungen der jeweiligen Klient*innen notgedrungen umgangen werden, können Betreuer*innen mehr oder weniger personenzentriert handeln. Es herrscht kein dichotomes Entweder-oder, sondern ein vielgestaltiges Kontinuum zwischen heteronomen, kontrollierenden auf der einen und kongruenten, wertschätzenden, empathischen, autonomieunterstützenden Betreuungsaspekten auf der anderen Seite. In jeder Situation besteht der zentrale Impetus personenzentrierter Betreuung darin, im Vertrauen auf die Aktualisierungstendenz und Selbstverwirklichung die Erweiterung von Autonomie und persönlicher Freiheit der Klient*innen anzustreben.

Literatur

- Binder, U. & Binder, J. (2019). *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie. Schizophrene Ordnung – Psychosomatisches Erleben – Depressives Leiden*. 5. Auflage. Westarp Science.
- Böhnisch, L. & Lösch, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, H.U. & Schneider, S. (Hrsg.) *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit (Bd. 2, S. 21–40.)*. Luchterhand.
- Dorfmann, E. (2021). Spieltherapie. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage, S. 219–254. Fischer Taschenbuch.
- Fuchs, T. (2023). *Psychiatrie als Beziehungsmedizin. Ein ökologisches Paradigma*. Kohlhammer.
- Gordon, T. (2021). Gruppen-bezogene Führung und Verwaltung. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage, S. 287–334. Fischer Taschenbuch.
- Kant, I. (2015). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Kommentar von Christoph Horn, Corrina Mieth und Nice Scarano. 4. Auflage. Suhrkamp.
- Kant, I. (2000). *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Felix Meiner Verlag.
- Lorz, T. (2015). *Betreuung bei psychischen Erkrankungen. Ein medizinisch-rechtlicher Ratgeber mit 15 Fallbeispielen*. Kohlhammer.
- Luderer, H.J. (2021). Schizophrenien aus personenzentrierter Sicht. Symptome, Ursachen und Folgen für personenzentrierte Beratung und Psychotherapie. *Person 25 (1)*, 18–31.
- Mill, J.S. (2017). *Über die Freiheit*. Reclam.
- Oberreiter, D. (2021). Carl Rogers und Psychose. Schizophrenie und psychotische Störungen in den Texten von Carl Rogers. *Person 25 (1)*, 5–17.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2021). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 5. Auflage. de Gruyter.
- Rogers, C.R. (2020). *Eine Theorie der Psychotherapie*. 3. Auflage. Ernst Reinhardt Verlag.
- Rogers, C.R. (2021). Schüler-bezogenes Unterrichten. In: Rogers, C.R. *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie*. 21. Auflage. S. 335–373. Fischer.
- Rogers, C.R. (2021). Förderung der Persönlichkeitsentfaltung – einige Hypothesen. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 45–52. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). „Das Selbst zu sein, das man in Wahrheit ist“. Ansichten eines Therapeuten über persönliche Ziele. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 164–182. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). Die Eigenschaften einer hilfreichen Beziehung. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 53–72. Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2021). Was wir über Psychotherapie wissen, objektiv und subjektiv. In: Rogers, C.R. *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 23. Auflage. S. 73–82. Klett-Cotta.
- Ryan, R.M./Deci, E.L. (2017). *Self-Determination Theory. Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford Press.
- Schmid, P.F. (2017). Personenzentrierte Psychotherapie. In: Sluneco, T. (Hrsg.) *Psychotherapie. Eine Einführung*. 2. Auflage. S. 153–201. Facultas.
- Searle, J. (2004). *Mind. A brief introduction*. Oxford University Press.