Autonomie in der ambulanten Fallarbeit

Autor(en): **Savaria, Nathalie**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **SuchtMagazin**

Band (Jahr): **41 (2015)**

Heft 4

PDF erstellt am: **01.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-800806

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Autonomie in der ambulanten Fallarbeit

Autonomie ist ein Schlüsselkonzept bei vielen psychischen Störungen und ganz besonders bei Abhängigkeitserkrankungen. Dabei spielen entwicklungsdynamische Prozesse eine entscheidende Rolle. In der Psychotherapie[1] und speziell in der Suchttherapie ist der Aspekt der Autonomie sowohl in der Entstehung wie auch in der Aufrechterhaltung der Sucht relevant und sollte gebührend berücksichtigt werden. Die Förderung der Selbstbestimmung der Patienten[2] ist daher ein zentrales Therapieziel.

Nathalie Savaria
M.Sc. in Psychologie, Integrierte Suchthilfe Winterthur, Tösstalstrasse 19, CH-8400 Winterthur, Tel. +41 (0)522 67 66 12, nathalie.savaria@win.ch

Schlagwörter:
Autonomie | Selbstbestimmung | Sucht | Psychotherapie | Selbstverantwortung |

«Es ist so bequem, unmündig zu sein. Habe ich ein Buch, das für mich Verstand hat, einen Seelsorger, der für mich ein Gewissen hat, einen Arzt, der für mich Diät beurteilt, und so weiter, so brauche ich mich ja nicht selbst zu bemühen.»
(Immanuel Kant 1784)[3]

Menschen, die wegen ihrer Sucht psychotherapeutische Hilfe aufsuchen, stehen unter grossem Druck: die Familie droht auseinanderzubrechen, die Arbeitsstelle steht auf dem Spiel, Verwandte und Freunde wenden sich ab. Suchtkranke können den Alltag kaum bewältigen, werden von ihrer Sucht beherrscht. Wie autonom können sie noch handeln? Und wie kann ihre Autonomie therapeutisch gefördert werden?

Autonomie und Abhängigkeit

Autonomes Handeln setzt voraus, aktiv zu werden, Entscheidungen zu treffen und die Folgen des Handelns zu akzeptieren. Wer unmündig oder abhängig ist, tut sich schwer, Entscheidungen zu treffen, kann nur schlecht mit deren unangenehmen Konsequenzen umgehen und erträgt ambivalente Gefühle kaum. Kant brachte das Spannungsverhältnis zwischen Hilfe und Autonomie mit seinem eingangs erwähnten Zitat auf den Punkt: Warum sollte ich mich selbst bemühen, wenn ich einen Therapeuten habe, der für mich ein Gewissen hat? Kant versteht hier die Unmündigkeit, das Fehlen von Autonomie, als einen Prozess mit bewussten Anteilen. Für ihn ist Unmündigkeit eher eine Frage des «Nicht-Wollens» als des «Nicht-Könnens». Der Fall einer Abhängigkeitserkrankung ist komplizierter. Überträgt man Kants Konzept der Unmündigkeit auf eine Suchttherapie, stellen sich zwei Fragen: Welche Funktion erfüllt die Abhängigkeit für die Abhängigen? Und welche Haltung soll der Psychotherapeut in der Suchtbehandlung einnehmen?
Eine Abhängigkeitserkrankung ist, wie der Name sagt, eine Abhängigkeit von einer oder mehreren Substanzen oder von substanzungebundenen Erlebniszuständen. Besteht eine Abhängigkeit, ist die Kontrollfähigkeit vermindert, andere Interessen werden vernachlässigt und die betroffene Person ist nicht mehr in der Lage, ein selbstbestimmtes und selbstverantwortetes Leben zu führen. Ziel jeder Suchtbehandlung sollte daher sein, die Autonomie der Patienten zu fördern und wiederherzustellen, damit diese befähigt werden, eigene Entscheidungen zu treffen und über ihr Leben selbst zu bestimmen, statt von der Sucht kontrolliert zu werden.

Autonomie als Fähigkeit

Autonomie (altgriechisch αὑτονομία, autonomía, «Eigengesetzlichkeit, Selbstständigkeit», aus αὐτός, autós, «selbst» und νόμος, nómos, «Gesetz») bedeutet «sich selbst Regeln setzen, selbstständig und unabhängig sein». Der Psychoanalytiker Tress und die Philosophin Erny (2009) begreifen Autonomie als dynamisches Konzept und unterteilen dieses in zwei Kategorien: Autonomie als Recht und Autonomie als Fähigkeit.[4] Autonomie als Recht ist der von aussen gegebene Freiraum, eigene Entscheidungen zu treffen und frei handeln zu können, wie bspw. das Recht des Patienten auf eine Behandlung. In Abgrenzung zur Autonomie als Recht zielt die Autonomie als Fähigkeit auf innerpsychische Prozesse ab, wie bspw. darauf, ob ein Mensch in der Lage ist, sein Leben selbstbestimmt zu bestreiten. In der Psychotherapie ist der Begriff Autonomie in zahlreichen Einsatzgebieten von Bedeutung, sei es in den Regeln und Strukturen stationärer Behandlungen, in Bestimmungen zur Frequenz und des Settings ambulanter Behandlungen, in Arbeitsbündnissen oder auch hinsichtlich innerpsychischen Strukturen der Patienten.
Dieser Text konzentriert sich auf die Bedeutung von Autonomie als Fähigkeit und geht der Frage nach, welche Rolle die Selbstbestimmung von Patienten in der Psychotherapie spielt. Es geht um die individuelle Kompetenz der Patienten, eigene Entscheidungen zu treffen, stabile Beziehungen zu führen und selbstbestimmt zu handeln.

Autonomie und Sucht

«Aufgewachsen bin ich mit meinen Eltern an der Goldküste, als Einzelkind. Bei uns war Geld nie ein Problem. Ich bekam alles, was ich wollte. Vor allem meine Mutter konnte mir kaum einen Wunsch abschlagen. Mein Vater arbeitete viel, daher habe ich ihn selten gesehen. Meine Mutter war für meine Erziehung zuständig. Mein Vater wollte, dass ich später die Firma übernehme, das hat mich jedoch nie interessiert. An Regeln musste ich mich als Kind kaum halten oder fand stets einen Weg, diese zu umgehen. Ich konnte machen was ich wollte. Als Jugendlicher war ich eher

schüchtern und unsicher, vor allem bei Mädchen. Mit Drogen habe ich sehr früh angefangen. Heroin habe ich das erste Mal mit 18 Jahren konsumiert. An einer Party mit Freunden. Da habe ich es geschnupft. Mit 20 Jahren das erste Mal gespritzt. Eine Ausbildung habe ich nie abgeschlossen. Ich bin jetzt 48 Jahre alt und seit fast dreissig Jahren heroinabhängig. Meine Eltern haben mich das ganze Leben lang finanziell unterstützt und praktisch meine ganze Sucht finanziert. Ich konnte mich immer an sie wenden, wenn ich Geld brauchte, oder in einer unangenehmen Situation steckte. Sie haben mich immer aus dem Dreck geholt. Meine Mutter starb vor ein paar Jahren, mein Vater letztes Jahr. Das erste Mal in meinem Leben bin ich auf mich alleine gestellt.»

«Ich bin 24 Jahre alt und Alkoholikerin. Meine Kindheit war sehr schwierig. Mein Vater hat mich und meinen kleineren Bruder von klein auf geschlagen. Meine Mutter hat nichts gemacht, meist stand sie hilflos daneben und wagte nicht, sich gegen meinen Vater zu stellen. Wahrscheinlich hatte sie Angst, selbst geschlagen zu werden. Das kam auch manchmal vor. Als ich zwölf Jahre alt war, hat mein Vater mich vergewaltigt. Ich habe versucht, es meiner Mutter zu erzählen, aber sie hat mir nicht geglaubt. An diesem Abend bin ich von zu Hause abgehauen und habe eine Zeit lang auf der Strasse gelebt. Ich wurde dann einmal von der Polizei aufgegriffen und in ein Heim gesteckt. Von da an kam ich von einem Ort zum anderen. Ich bin immer wieder abgehauen, blieb nie lange an einem Ort. Alkohol hat mir immer geholfen, war eigentlich das einzige, auf das ich mich verlassen konnte. Seit ich denken kann, trinke ich.[5]

In der Anamnese von suchterkrankten Patienten fällt auf, dass in deren Herkunftsfamilien häufig ein Ungleichgewicht von familiärer Verbundenheit und individueller Unabhängigkeit auftritt. Oft ist in diesen Familien entweder ein Zuviel an Autonomie oder ein Zuviel an Verbundenheit und Beschützung vorhanden.

Dies wird in den beiden oben aufgeführten Beispielen deutlich: Im ersten Fall wuchs der Patient in sehr behüteten und harmonischen Verhältnissen auf, jedoch gab es für ihn kaum Regeln und Verbote von den Eltern. Er konnte tun und lassen was er wollte und musste selten die Konsequenzen für sein Verhalten tragen. Seine Eltern standen hinter ihm, haben ihn aus jeder Situation rausgeholt. Die Erfahrung von Grenzen hat er als Kind nicht gemacht und damit verbundene negative Gefühle musste er nicht aushalten. Seine Entwicklung zu einer autonomen und selbstverantwortlichen Person war dadurch gestört. Im zweiten Fall musste die Patientin aufgrund ihrer Traumatisierung und des sexuellen Missbrauch zu früh autonom handeln. Sie hat mit zwölf Jahren ihr Zuhause verlassen und eine Zeit lang auf der Strasse gelebt. Sie musste in einem zu frühen Alter für sich selbst sorgen und Rollen übernehmen, die nicht altersgerecht sind.

Entwicklung von Autonomie

Die beiden Fallbeispiele zeigen auf, dass Autonomie ein zentrales Konzept im Verständnis der Suchterkrankung ist. Entwicklungsdynamische Theorien helfen zu erklären, wie Autonomie entwickelt wird. Die frühe Bindung zur Mutter und primäre Bindungsbeziehungen prägen die spätere Entwicklung. Die Erfahrung einer sicheren Elternbindung bildet eine unverzichtbare Basis für die Entwicklung des Selbst, der inneren Sicherheit, des Selbstwertgefühls, des Selbstvertrauens und des Erwerbs von Autonomie.[6] Gelingt diese sichere Bindung nicht, kann dies eine Vielzahl an negativen Folgen für die persönliche Entwicklung mit sich bringen.

Neben der Bindungstheorie spielt auch der Prozess der Ablösung von den Eltern eine wichtige Rolle für die Entwicklung von Autonomie. Mangelnder Respekt und Akzeptanz vor individuellen Grenzen, unklare Kommunikationsmuster, manipulative Strategien oder das Verhindern von persönlicher Entfaltung seitens der Eltern, können die Ablösung von den Eltern erschweren oder verunmöglichen. Junge Erwachsene, die im familiären Kontext keine Grenzerfahrungen gemacht haben oder keinen Raum für persönliche Entfaltung bekamen, können Drogen als Ausbruch aus bestehenden Strukturen oder als Linderung von Schmerz verstehen. Wie Olaf Reis schreibt, «gehört es zu den fatalsten Paradoxa der Suchtentwicklung, dass ausgerechnet das Streben nach Unabhängigkeit in die Abhängigkeit führen kann».[7]

Wie wird Autonomie in der Therapie gefördert?

Die Frage, wie in der Psychotherapie auf die Unfähigkeit oder Schwierigkeit von Patienten, autonom zu handeln, eingegangen werden kann und wie sie lernen können, ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten, ist sehr komplex und lässt sich nicht leicht beantworten. Es gibt jedoch drei Aspekte, die für die Auseinandersetzung mit der Frage zentral scheinen.

Die Rolle der Autonomie

Ein erster und äusserst entscheidender Schritt in der Therapie von abhängigen Patienten besteht darin, zu verstehen, wie die Abhängigkeit entstanden ist und von welchen Faktoren sie aufrechterhalten wird. Als Therapeut ist es wichtig, die Rolle der Autonomie in der Komplexität der Sucht aufzuschlüsseln und in die Therapie mit einzubeziehen.

Im zweiten Fallbeispiel hat die Patientin nie eine sichere Bindung erfahren können. Sie musste zu einem Zeitpunkt in ihrem Leben Verantwortung für sich selber übernehmen und sich autonom verhalten, zu dem solche Aufgaben keineswegs ihrem Alter entsprachen. Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit und somit auch die Regulation emotionalen Erlebens, die für eine gesunde Entwicklung von Autonomie wichtig sind, haben ihr in ihrem frühen Leben gefehlt. Sie hat nicht gelernt, eigene Emotionen zu regulieren und ein selbstverantwortendes Gefühl für sich zu entwickeln. Ihre Situation, vom Vater geschlagen und sexuell missbraucht zu werden und schliesslich vollkommen auf sich alleine gestellt zu sein, überforderte sie. Alkohol half ihr, diese Situation und die unangenehmen Emotionen zu betäuben und somit einigermassen erträglich zu machen. Eine gesunde Autonomie konnte sie dadurch jedoch nicht entfalten. In Olaf Reis Worten, hat ihr Streben nach Unabhängigkeit sie in die Abhängigkeit geführt.[8]

Die therapeutische Haltung

Neben dem Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht und der damit verbundenen Rolle der Autonomie hat die therapeutische Haltung in jeder Psychotherapie und ganz speziell in der Suchttherapie eine zentrale Bedeutung. Patienten mit Suchterkrankungen leiden oft unter gesellschaftlicher Stigmatisierung, werden in ihrer Erkrankung nicht ernst genommen oder ihnen wird ihre Krankheit als selbstverschuldet zugesprochen. Für die therapeutische Beziehungsgestaltung ist es wichtig, empathisch zu reagieren, die Patienten ernst zu nehmen, ihnen zuzuhören und damit eine Basis für eine vertrauensvolle Beziehung auf gleicher Augenhöhe zu ermöglichen. Eine wohlwollende, mitfühlende Haltung gibt dem Patienten das Gefühl, gut aufgehoben zu sein. Wie Bowlby sagt, «sollte der Therapeut dem erwachsenen Patienten eine verlässliche Basis für dessen geistig-seelische Selbstexploration und Verbalisierung bieten, ihn dabei ebenso aufmerksam wie sensibel begleiten und zugleich mitfühlend zu verstehen suchen».[9] Gelingt eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten, besteht eine gute Grundlage, gemeinsam an der

Selbstbestimmung des Patienten zu arbeiten und ihm neue, korrektive Erfahrungen zu ermöglichen.

Autonomie im Beziehungsgeschehen

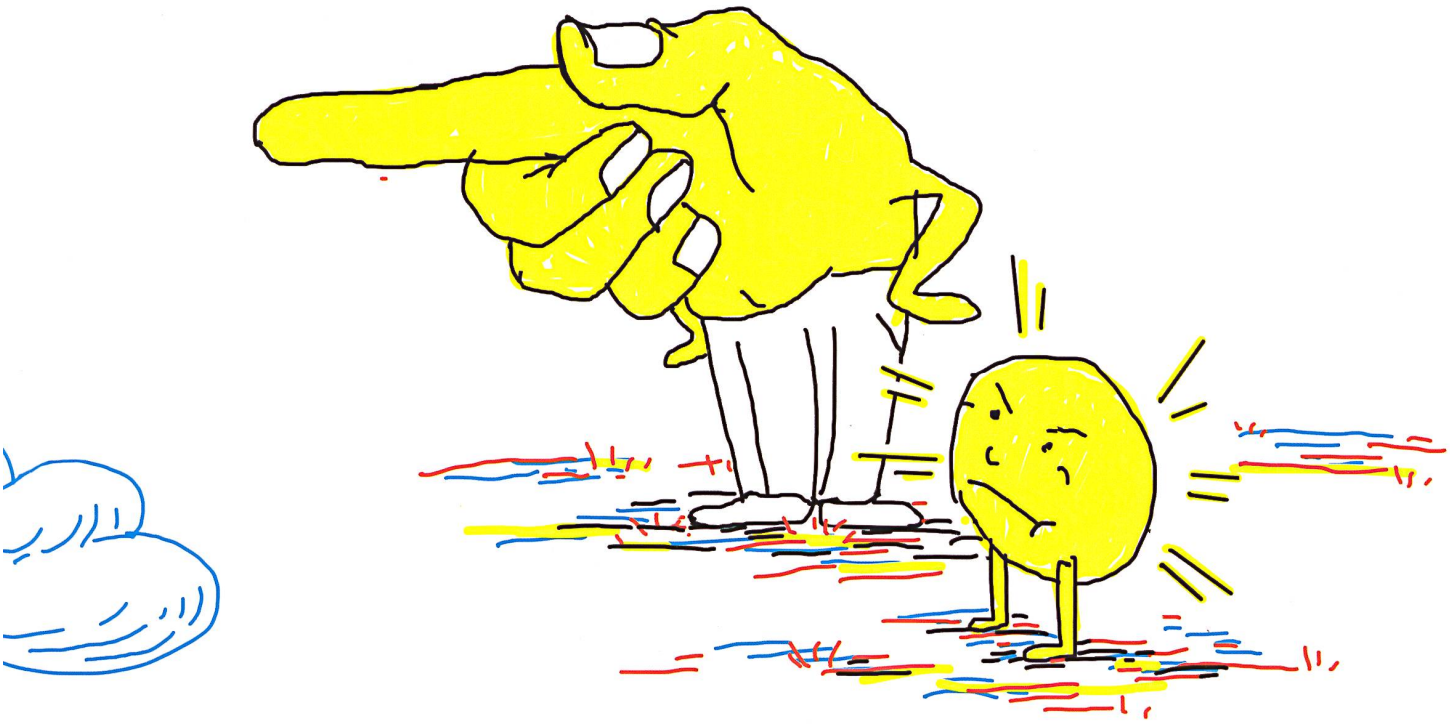
Als dritter Punkt ist es wichtig, die Beziehungsdynamik im Zusammenhang mit der Autonomie im Prozess der Behandlung und in der therapeutischen Beziehung zu erkennen und damit zu arbeiten. Autonomie ist immer in ein Beziehungsgeschehen eingebunden.[10] Dieses Beziehungsgeschehen kommt auch in der therapeutischen Zweierbeziehung zum Vorschein. Es gibt Patienten, die sich in der Therapie sehr abhängig und bedürftig zeigen, geführt und angeleitet werden wollen und sehr hilflos erscheinen. Andere hingegen sprengen Regeln und Strukturen, reizen Grenzen aus und sind in ihrer Art testend und fordernd. Als Therapeut gilt es, solche Dynamiken zu erkennen, zu verstehen und in die Therapie zu integrieren. Im Gegensatz zum stationären Setting können Patienten in der ambulanten Psychotherapie nicht anhand von Ausgangszeiten, Medikamenteneinnahmen, Einhalten von Strukturen oder Aufdecken von Gruppendynamiken strukturiert und dadurch in ihrer Autonomie gefördert werden. Die äussere Struktur besteht lediglich aus dem Zeitpunkt und der Länge der Therapie, das therapeutische Mittel ist die Sprache.

Ein Beispiel: Ein Patient, der grosse Schwierigkeiten hatte, sich an Strukturen und Regeln anzupassen und bisher nie gelernt hatte, Grenzen einzuhalten, kam über lange Zeit zuverlässig stets fünf Minuten zu spät in die Therapie. Im Verlauf der Behandlung wurde dies oft thematisiert, woraufhin er begann, seine bestehenden Muster und Verhaltensweisen in Bezug auf Strukturen und Regeln zu hinterfragen. Seine Unpünktlichkeit begründete er damit, dass er generell keine Zeiten oder Abmachungen mit anderen einhalte. Er möge es nicht, wenn man ihm sage, was er zu tun habe. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema erkannte er, dass seine bisherige Unpünktlichkeit kein Beweis für autonomes Verhalten darstellte, sondern eine Abwehr- oder, wie er es dann nannte, eine kindliche Trotzreaktion war. Er empfand sein Zuspätkommen daraufhin nicht mehr als selbstbestimmte Handlung, sondern als kindlichen Versuch, Autonomie zu erlangen. Nach dieser Erkenntnis konnte er sich an die fixen Therapiezeiten halten.

Die therapeutische Herausforderung

Die grosse Schwierigkeit in der Förderung von Selbstbestimmung besteht darin, den Patienten einerseits darin zu unterstützen, Autonomie zu erlangen, ihn andererseits aber nicht durch zu starkes Eingreifen und Agieren am Erreichen von Autonomie zu hindern. Wie Kant treffend formuliert hat, tendieren Patienten generell wie auch in der Suchttherapie dazu, die eigene Verantwortung dem Therapeuten zu übergeben. Ein alkoholabhängiger Patient bspw. zeigte sich im Verlauf eines Erstgespräches sehr enttäuscht darüber, dass es noch kein Medikament gibt, das seine Sucht mühelos von einem Tag auf den anderen kuriert, ohne dass er etwas dafür tun müsste. Dieses Spannungsfeld zwischen den beiden Polen, den Patienten einerseits nicht komplett sich selber zu überlassen und andererseits als Therapeut nicht die gesamte Verantwortung zu übernehmen, ist eine grosse therapeutische Herausforderung, da es an sich ein gewisses Paradoxon in sich birgt: Der Patient soll zwar lernen, selbstständig zu handeln und mündig zu sein, wird jedoch von einer anderen Person dabei unterstützt. Das heisst, der Weg zur Selbstbestimmung an sich ist nicht komplett selbstständig, sondern von aussen gestützt.

Als Therapeut ist es daher wichtig zu erkennen, wie die Patienten strukturiert sind und was sie brauchen. Es gibt Patienten, die sich in ihrer Struktur abhängig und hilflos zeigen und die den Therapeuten in eine aktive Rolle drängen – das heisst durch ihre Übertragung[11] den Therapeuten dazu bringen, für sie aktiv zu werden, und so jegliche Verantwortung abgeben. Im therapeutischen Prozess sollte dies vom Therapeuten erkannt und durchbrochen werden. Andere Patienten benötigen gewisse Hilfestellungen oder Strukturierungen durch den Therapeuten, da ohne diese Unterstützung keine Veränderung möglich ist. In diesem Fall kann der Therapeut die Rolle eines Hilfs-Ich[12] übernehmen. Ein behutsames Leiten



des Patienten kann ihm helfen, gemeinsam die Entstehung der Sucht zu entdecken und mögliche frühe Entwicklungsschritte kritisch zu hinterfragen.

In der Suchttherapie wird oft nur die Sucht oder das Suchtmittel der Patienten in den Mittelpunkt der Therapie gestellt. Die Sucht wird bekämpft und die Patienten zur Abstinenz motiviert. Aus psychotherapeutischer Sicht wäre es jedoch viel wichtiger, die persönlichen Umstände und die Geschichte, die zur Abhängigkeitserkrankung geführt haben, sowie die Dynamiken, die dahinter stehen, herauszuarbeiten. Das Erlangen eines selbstverantwortenden Verhältnisses zu sich und zur Sucht ist in erster Linie erstrebenswert, nicht die Abstinenz an sich. Es sollte mit der Sucht gearbeitet werden, nicht gegen sie. Lernt der Patient selbstbestimmend und autonom zu leben und frühere Muster zu durchbrechen, kann dies zu einem vernünftigen Umgang mit Suchtmitteln führen und damit zu mehr Autonomie im Sinne von «Wollen und Können».●

Literatur

Bowlby, J. (2014): Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. München, Basel: Reinhardt.

Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, E.L./Target, M. (2002): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kant, I. (1977): Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung. Werke in zwölf Bänden. Bd. 11. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Klemann, M. (2009): Patientenautonomie in der Psychoanalyse – Geschichte und Konzepte. Patientenautonomie. Psychotherapie im Dialog 4: 302-307.

Loth, W./Schauenburg, H. (Hrsg.) (2009): Patientenautonomie. Psychotherapie im Dialog 5(4): 341-347.

Reis, O. (2012): Risiken und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, entwicklungsdynamische Aspekte. S. 8-15 in: A. Batra/O. Bilke-Hentsch (Hrsg.), Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Stuttgart: Thieme Verlag.

Searight, H.R./Manlex, C.M./Binder, A.F. et. al. (1991): The families of origin of adolescent drug abusers: perveived autonomy and intimacy. Contemporary Family Therapy 13: 71-81.

Tress, W. /Erny, N. (2009): Patientenautonomie – ein dynamisches Konzept. Patientenautonomie. Psychotherapie im Dialog 4: 219-295.

Endnoten

1 Wenn von Psychotherapie gesprochen wird, ist vorwiegend die ambulante Praxistätigkeit gemeint.
2 Die Autorin verzichtet aus Gründen der Lesbarkeit auf die weibliche Form. Die Verwendung der männlichen Form schliesst die weibliche Form mit ein.
3 Vgl. Kant 1977.
4 Vgl. Tress/Emy 2009.
5 Beide Fallbeispiele sind keine direkt übernommenen Anamnesen von Patienten, sondern angelehnt an reale Patientenerzählungen.
6 Vgl. Searight et. al. 1991.
7 Vgl. Fonagy et. al. 2002.
8 Vgl. Reis 2012.
9 Vgl. Bowlby 2015: 123.
10 Vgl. Klemann 2009.
11 Übertragung wird in der Psychoanalyse ein Vorgang benannt, in dem die unbewussten Wünsche auf bestimmte Objekte übertragen und aktualisiert werden. In diesem Fall überträgt der Patient seine unbewussten Wünsche auf den Therapeuten.
12 Das Hilfs-Ich dient als Intervention bei strukturell gestörten Patienten. Ziel dieser Intervention ist es, dem Patienten durch Identifikation mit dem Therapeuten zu helfen, Situationen zu erkennen und mit der Zeit zu lernen, ähnlich darauf zu reagieren.