

## **Wille und Willensbildung in der sozialtherapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen**

Vortrag am 25. November 2009 bei den CaSu-Fachtagen in Köln

Sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen,  
das Thema der Willensbildung in der sozialtherapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen bedarf zunächst einiger grundlegender Überlegungen und Voraussetzungen, denn Willensbildung kann sicher als wichtiges Ziel sozialtherapeutischer Arbeit gesehen werden, und zwar gerade mit Menschen, die als Suchtkranke eben als Menschen mit schwachem Willen und geringer Durchsetzungskraft gelten. Der hat ja gar keinen Willen, hören wir oft, wenn über den Rückfall eines Menschen berichtet wird. Man muss doch nur wollen, heißt es angesichts der Ratlosigkeit, die einen befällt, wenn man zusieht, wie Menschen sich nicht entschließen können, den Alkohol- oder Drogenkonsum aufzugeben. Wir wissen aus den Untersuchungen von Lebensläufen und aus zahlreichen Erzählungen von Suchtkranken in unseren Beratungsstellen und Kliniken, dass in vielen Lebensgeschichten von Menschen mit einer Suchterkrankung die mangelnde Willensentwicklung oder die Willensunterdrückung auffallend und prägend sind. Gleichzeitig wissen wir, dass die Beeinträchtigung oder Unterdrückung von individuellen Willensäußerungen und Willensstreben in sozialen Kontexten, also in Familie oder im Arbeitsleben, Konflikte schaffen, „sozialen Stress“ erzeugen und dann als Folge zu Auflehnung, Reaktanz, Widerstand und Aggression führen. Setzt sich dieses repressive Milieu auf Dauer fort, dann sind Resignation, Ohnmachtserleben, Störungen und Krankheiten die Folge. Haben Menschen den „Ort der Kontrolle“ über ihr Leben nicht in den eigenen Händen, in der eigenen Verfügung und können sie keine „Selbstwirksamkeit“, wie *Bandura* es sagt oder keine „persönliche Souveränität“ erleben, wie *Petzold* meint, so sind „erlernte Hilflosigkeit“, beschädigtes Selbstwertgefühl, Passivität und vielfältige Störungen die Folge. Die Unterdrückung von Bedürfnissen, von Wünschen und Willensregungen schafft **Stress**, Disstress, „Strain“ und begünstigt die Entwicklung der zahlreichen „*stressbedingten Erkrankungen*“, mit denen wir es in der Psychotherapie, Sozialtherapie und Leibtherapie zu tun haben.

Ganz gleich aus welcher psychotherapeutischen Richtung man das Thema der Psychopathologie auch angeht, man gelangt stets zum Stressparadigma. Die versagende Mutter, der überstrenge Vater – das sind Bilder aus dem psychoanalytischen Diskurs – schaffen Stress. Fehlgeleitete Kommunikationen in Familiensystemen führen zu Stresserleben – das sind Bilder aus dem systemischen Paradigma. Immer sind in solchen Konstellationen die **Willensäußerungen** beschnitten, also die willentliche Realisierung von Absichten und Zielen. Oder sie sind negativ sanktioniert, dort ist der „*locus of control*“, der Ort der Kontrolle, extern bestimmt, dort wird funktionales **Wollen** behindert.

Aus einer neurobiologischen Perspektive betrachtet, wird damit belastendes Stresserleben verursacht, werden bedürfnisbefriedigende Verhaltensfertigkeiten verhindert, es erfolgen Fehlbahnungen oder Bahnungen von dysfunktionalen Entlastungsstrategien, die ein angemessenes Bewältigungsverhalten und kreative Problemlösungen blockieren. Damit werden unpassende und dysfunktionale Muster entwickelt und diese gebahnten Muster greifen nicht auf Dauer bei der Erfüllung von Entwicklungsaufgaben, bei der Lebensbewältigung und bei der Verwirklichung von Potentialen.

So entstehen erneut Schwierigkeiten, Leiden und Störungen. Sie sind dabei so stark gebahnt worden, dass sie von *bewusst eingeleiteten und beabsichtigten* Willensanstrengungen allein nicht mehr beeinflusst werden können, denn ein untergründiges, ein „anderes Wollen“ ist inzwischen am Werk, nämlich eingewöhnte, habitualisierte Aktivierungsmuster, gebahnte Abläufe in stabilen Netzwerken und neurohumorale Prozesse. Wenn ein Mensch eine psychische bzw. psychosomatische Erkrankung oder eine Suchterkrankung mit stark gebahnten Mustern entwickelt hat, kann ihm nur eine psychosoziale *und* neurowissenschaftlich fachkompetente Beratung und Behandlung Wege weisen und Möglichkeiten erschließen, wie solche Bahnungen wirkungsvoll gehemmt und verändert werden, neue Bahnungen angeregt und geschaffen werden können und wie er seine *Willenskräfte* wieder zurückgewinnt und in den Dienst einer effektiven und befriedigenden Lebensbewältigung stellen kann, mit denen auch Lebensziele formuliert und angestrebt werden. Um eine solche sozialtherapeutische Arbeit zu beginnen und durchzuführen, sind wiederum *Entscheidungen* und die Bereitschaft zur Mitarbeit im therapeutischen Bündnis erforderlich, also Willensakte. ***Der Wille ist für erfolgreiche Soziotherapie unverzichtbar!***

Das Willensthema kommt in zentraler Weise in allen Bereichen des menschlichen Lebens, der persönlichen Entwicklung, der Sozial- und Arbeitsbezüge zum Tragen. Das ist unbestreitbar. Es müsste deshalb auch ein zentrales Thema der Sozialtherapie sein. Warum es das so lange nicht war und immer noch nicht ist, nicht zum Gegenstand substanzieller Theorieentwicklungen wurde und in der therapeutischen Praxis keine explizite Bedeutung hatte, diese Frage ist nicht nur auf der Ebene theoretischer Diskurse abzuhandeln, sondern die Soziotherapeuten müssen sie auch an sich selbst richten, wenn sie dem Willensproblem bislang nur geringe Beachtung geschenkt haben. Die Antwort auf diese höchst interessante Frage wird jenseits von Rationalisierungen auch in der eigenen Biographie zu finden sein, aber auch in *kollektiven Diskursen* der Psychotherapie als Profession der „Seelenkundigen“ und in den Diskussionen ihrer Referenzwissenschaften (z.B. Psychologie, Biologie, Medizin, Soziologie) und in gesellschaftlichen Traditionen des Umgangs mit seelischen Erkrankungen. Die Suchterkrankung sei hier ganz besonders erwähnt.

Antworten auf diese Frage werden immer mit den Themen der Macht, der Ohnmacht, des Zwanges, der Dominanz, der *Determinierung* und der *Freiheit* zu tun haben. Bei der zentralen Rolle von Willenshandlungen in diesem gesamten Kontext wundert es schon, wie lange doch das Willensthema in der Psychotherapie ausgeblendet worden ist.

Es zeigt sich, dass die Mehrzahl der therapeutischen Schulen keine spezifischen Positionen zur Thematik des Willens und des Wollens erarbeitet hat.

Die Thematik der Willensbildung und die Frage nach der Freiheit des Willens hat eine zusätzliche Aktualität gewonnen, weil inzwischen Bewegung in das Feld der Psychotherapie gekommen ist.

Ein Wandel ist eingetreten durch die Öffnung der Psychotherapie hin zu den Neurowissenschaften (*Petzold, van Beck, van der Hoek* 1994; *Petzold* 2002j; *Grawe* 2004; *Schiepek* 2003) mit der bahnbrechenden und überraschenden Erkenntnis: *Psychotherapie zu betreiben heißt, das Gehirn zu verändern* (*Grawe* 2004). Eine solche Position braucht einige Zeit, um durchzudringen, muss diskutiert und interpretiert werden, Anschlussfähigkeit an die bisherige therapeutische Arbeit muss hergestellt bzw. gewonnen werden. Die Frage nach dem Verhältnis von „Subjekt und Gehirn“ muss gestellt werden (*Schuch* 2006). Aber die Anfänge sind gemacht. Das Thema des Willens hat jetzt in der Psychologie erneut Beachtung erfahren und

wurde in der Forschung wieder aufgegriffen, was auch Konsequenzen für die Psychotherapie und Soziotherapie mit sich bringt.

Die Frage des „freien Willens“ ist dabei nur *ein* Gegenstand einer solchen Auseinandersetzung. Auch wenn ihre Wichtigkeit unbestreitbar ist, darf das Willensthema auf keinen Fall auf diese Frage eingegrenzt werden. Durch die Verknüpfung des Willensthemas mit dem Freiheitsthema droht die klinische Bedeutsamkeit dieser Thematik in den Hintergrund zu treten. Das sollte unbedingt vermieden werden. „Haben wir nun einen freien Willen oder nicht?“ – „Wie weit sind wir determiniert?“ Diese Fragen und die damit ausgelösten Diskussionen haben in der Öffentlichkeit Hochkonjunktur (Meyer 2007). Es werden selektiv Erkenntnisse der Neurowissenschaften diskutiert. Philosophen, Psychologen und Neurobiologen führen strittige Diskurse. Der Alltagsverstand beantwortet die Frage mit Blick auf die tagtäglichen Zielsetzungen und Zielverwirklichungen in unbefangener Eindeutigkeit: „Weitgehend ja, manche mehr, manche weniger!“ – Für Patientinnen und Patienten ist die Freiheitsfrage oft akademisch, und auch manchem Praktiker in der Therapie mag es da ähnlich gehen. Für sie stellen sich andere Fragen zum Willen, die im Therapiekontext durchaus Brisanz haben: „Gelingt es ihm, sein Suchtverhalten aufzugeben?“ – „Hat sie die Willenskraft, ihre Ängste zu überwinden?“ – „Findet er nach seiner depressiven Erkrankungen seine Entscheidungsfähigkeit und Zielstrebigkeit wieder, die er in seiner Führungsposition braucht?“ – „Findet sie die Kraft, sich aus dieser destruktiven Beziehung zu lösen?“ – „Will er gesund werden, oder bleibt er in seinem regressiven Rückzug?“ usw. ... Das sind Fragen des Willens und Wollens, die allerdings immer wieder zum Thema des „freien Willens“ zurückführen.

*In der psychotherapeutischen Arbeit geht nichts ohne den Willen des Patienten bzw. der Patientin – etwa die rechtsrelevante Zustimmung aus dem „informed consent“ zur Behandlung. Es geht nichts ohne den Willen zwischen Therapeut und Patient zu einer gemeinschaftlichen, guten Kooperation, so sagt es Hilarion Petzold in dem von ihm herausgegebenen Werk „Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie“.*

Ihre Motivationen, Absichten, Bemühungen, d.h. ihr gemeinsames Wollen, Gesundheit wieder zu erlangen, Probleme zu lösen, Entwicklungsaufgaben zu meistern, sind Grundbedingungen für den therapeutischen Erfolg.

Die „*therapeutische Beziehung*“ wird in vielen Therapierichtungen als „wichtigster Wirkfaktor der Psychotherapie“ angesehen. Das wird von der

Psychotherapieforschung „unspezifisch“ bestätigt, unspezifisch, weil noch wenige differenzielle Analysen dazu vorliegen, was denn eine „gute therapeutische Beziehung“ sei. Ist sie wirklich mehr als eine gute zwischenmenschliche Beziehung (Märtens, Petzold 1998)? Und was macht diese aus? Damit wird eine Betrachtung des Beziehungsgeschehens in der Feinstruktur erforderlich, und da wird deutlich, dass es u.a. eine „gute *Passung*“ ist, die die „therapeutische Beziehung“ wirksam werden lässt.

Die volitionspsychologische Betrachtung, also die Psychologie des Willens erschließt, dass zu dieser *Passung* auch die Koordination in einem *gemeinsamen Wollen* erforderlich ist, um heilsame Wirkungen zu ermöglichen. Aufzeichnungen und Protokolle, in denen sich eine gute Zusammenarbeit zeigt, sagen schon nach wenigen Sitzungen den Therapieerfolg ziemlich sicher voraus (Petzold et al. 2000; Steffan 2002). Ohne ein solches *synchronisiertes Wollen* in Beziehungskonstellationen geht nichts. Das sind Konstellationen, die nicht von Widerstand, Non-compliance, dysfunktionaler Reaktanz gekennzeichnet sind. Wo kein gutes „therapeutisches Bündnis“ gefunden werden kann, hat Therapie keine Aussicht auf Erfolg. Und was ist in einem solchen Bündnis wesentlich? **Der Wille, zusammenzuarbeiten!**

Im tiefenpsychologischen Paradigma ist von Seiten des Patienten der Wille zur Offenlegung belastender biographischer Erfahrungen erforderlich, von Seiten des Therapeuten oder der Therapeutin der Wille, diese Geschichte verstehen und mit dem Patienten durcharbeiten zu wollen. Im sogenannten „humanistisch-psychologischen“ Paradigma ist der Wille von beiden, Patientin und Therapeutin, Patient und Therapeut notwendig, sich auf eine intensive Beziehungserfahrung einzulassen, die als Vertrauenserleben neue Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten erschließt. In der behavioristischen Grundorientierung ist der Wille erforderlich, an den konkreten verhaltenstherapeutischen Maßnahmen mitzuwirken, sich etwa auf die Übungssequenzen eines Selbstbehauptungstrainings einzulassen oder auf die z.T. recht anstrengenden Erfahrungen einer Reizexposition in der Behandlung von Angst-Zwangs- oder traumatischen Belastungsstörungen. Im „neuen Integrationsparadigma“, wie es Grawe, Petzold und andere vertreten, wird die Bereitschaft gesucht, das *Willensthema selbst zum Gegenstand der Arbeit zu machen*, sodass der Patient die Chance erhält, in bewusster und möglichst *freier* und *souveräner* Weise *seine* Entscheidung für eine therapeutische Zusammenarbeit zu

fällen, und er darin unterstützt wird, diese Entscheidung auch durchtragen zu können, nämlich in „gemeinsamer Willensarbeit“.

Vielen Patientinnen und Patienten fehlt es ja an

- **Entscheidungsfähigkeit (Dezisionalität)**, an
- **Umsetzungskraft (Konversivität)** und an
- **Durchhaltevermögen (Persistenz)**, diesen zentralen Willensqualitäten.

Vielen Menschen, die dann später als Suchtkranke in die Einrichtungen kommen, wurde früh in ihrer Lebensgeschichte der Wille gebrochen, Unterordnung wurde ihnen aufgezwungen. Oft genug setzte sich das fort in ihren schulischen und beruflichen Lebensverläufen bis hin zu ihren sozialen Netzwerken und ihren engen Beziehungen. Unterordnung und Unterdrückung des Willens waren für diese Menschen pathogene Faktoren, die sich deshalb nicht in der Soziotherapiesituation reproduzieren dürfen. Die Gefahr der Reproduktion dieser pathogenen Faktoren ist hoch, weil Behandlungen oder Einwirkungsversuche oft in einer „totalen Institution“ wie einem Krankenhaus, in einer Anstalt stattfinden mit Qualitäten „struktureller Gewalt“, hier vor allem zu nennen die Haftanstalten.

Werden aber Entscheidungsprozesse offengelegt und volle Partizipation und souveräne Willensentscheidungen ermöglicht, erhält der Patient oder die Patientin eine Ermutigung, ein „*empowerment*“, die eigenen Willensimpulse zu spüren, eigene Willensentscheidungen zu treffen, um *gemeinsam* mit dem Therapeuten oder der Therapeutin zu bestimmen und auszuhandeln, *was wie* gehen soll, also zu einem gemeinsamen Wollen zu finden. Das ist der Beginn der Behandlung als ein *gemeinsamer Weg des Wollens*, auf dem der „*locus of control*“, der Ort der Verfügung und Bestimmung, *gemeinsam verwaltet* wird. Die Prozesse werden gemeinsam gesteuert, wo immer das möglich ist. Eine akute Psychose oder eine Demenz setzen hier natürlich Grenzen. Dadurch können *Motivation* und *Intention*, d.h. aber Willensentscheidungen und ein durchtragendes Wollen für die Maßnahmen geschaffen werden, die je nach Indikation und Situation unternommen werden müssen. In dieser integrativen Ausrichtung geht es um mehr als „*compliance*“ im Sinne von Willfähigkeit oder Zustimmung, um mehr als „*informed consent*“, also um informierte Übereinstimmung, es geht um den *erlebten, erfahrenen Willen*, hinter dem die Patientin oder der Patient mit der ganzen Person und als *souveränes Rechtssubjekt*, als mündiger Bürger, stehen kann.

Besonders erwähnenswert sind hier die Möglichkeiten der therapeutischen Gemeinschaften, wie wir sie im Drogenbereich mit langer Tradition vorfinden. In diesen Gemeinschaften, die oft Fachkliniken sind, die aber nach dem Prinzip therapeutischer Gemeinschaften arbeiten, geschieht allein schon aus dem Zusammenleben und aus den gemeinsam zu bewältigenden Alltagsaufgaben eine gemeinsame Willensbildung, eine Übereinstimmung in den wesentlichen Zielen. Hier kann Willensbildung auf sehr alltagspraktische Weise eingeübt und umgesetzt werden, vor allem durch wachsende Verantwortungsübernahme und zunehmende Entscheidungsräume.

Einen guten Überblick über die Lage des Willens und seiner Äußerungen bei Klientinnen und Klienten – nicht nur der Suchthilfe - gibt das willensdiagnostische Interview, wie Petzold, Sieper und Orth es entwickelt haben. Bei diesem Interview werden verschiedene Bereiche erfragt, nämlich die subjektiven Theorien der Klienten, ihr Willensverhalten und ihre willentlichen Entscheidungen, das Umsetzen und Durchhalten von Entscheidungen und schließlich die Feinstrukturen des Willensverhaltens. Ich möchte Sie einladen, sich hier mal innerlich auf diese Fragen einzulassen und sie nach Möglichkeit sich selbst gegenüber zu beantworten, sozusagen aus exzentrischer Position: Nach jeder Frage lasse ich ein paar Sekunden Zeit, damit sie die Fragen zumindest etwas auf sich wirken lassen können, vielleicht entstehen auch innere Bilder oder Szenen bei diesen Fragen:

Zunächst geht es also um die **Subjektiven Theorien**

1. Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?
2. Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?
3. Haben Sie eher einen starken oder schwachen Willen? Wie äußert sich das?
4. Ist Ihr Wille in allen Bereichen gleich stark oder schwach? Was sind besondere Bereiche?
5. Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?
6. Wessen Wille zählte in der Familie?
7. Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?
8. Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit und Jugend an Ihren Willen?
9. Wie viel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind und als Jugendlicher haben?
10. Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

Im zweiten Teil geht es um das **Willensverhalten und um Entscheidungen**

1. Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?
2. In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?

3. Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)
4. Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?
5. Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit und Jugend gestellt?
6. Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurecht kamen?
7. Was und wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was und wer behindert Sie?
8. Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?
9. Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?
10. Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben und erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

Der dritte Teil des Interviews befasst sich mit dem **Willensverhalten, mit Umsetzen und Durchhalten**

1. Können Sie getroffene Entscheidungen gut oder schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?
2. In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?
3. Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten.
4. Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?
5. Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit und Jugend gestellt?
6. Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?
7. Was und wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?
8. Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?
9. Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?
10. Was würden Sie bei Umsetzen oder Durchhalten verändern?
11. Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?
12. Fällt es Ihnen heute leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

Und schließlich geht es im letzten Teil um das **Willensverhalten, um die Feinstrukturen**

1. Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?
2. Fällt es Ihnen leicht oder schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?
3. Denken Sie über Folgen nach und planen Sie Aktionen sorgsam mit Blick auf die Zukunft, indem Sie Ziele festlegen? Wie konkret tun Sie das?
4. Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?
5. Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?
6. Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie auf's Neue zu überdenken, also flexibel zu bleiben?
7. Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – geht das gut oder schlecht?
8. Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?

9. Gelingt es Ihnen leicht oder schwer, aus einem laufenden Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Soweit in aller Kürze die Grundzüge des willensdiagnostischen Interviews. Stellt man diese Fragen wiederholt oder bittet man den Klienten, diese Fragen auch außerhalb der therapeutischen Einheit zu beantworten, ergibt sich meist ein Bild, ein Panorama der Bedeutung von Willensäußerungen und Willensbildungen im Leben des Klienten.

Ich komme nochmals zurück zum Bereich der Neurobiologie.

Was bedeutet das alles „*on the brain level*“, auf der Ebene der Neurobiologie? Der Wille wird mit *Alexander R. Lurija*, einem der Begründer der modernen Neuropsychologie, als eine Funktion des *gesamten Gehirns gesehen*, das heißt aber zugleich der *gesamten Person*, nicht als eine Teilfunktion.

Der Wille ist damit eine der wesentlichen Fähigkeiten, über die Menschen verfügen und die das Menschsein mitbestimmen. Der Wille wird in seinen bewussten und nicht-bewussten Prozessen durch die präfrontalen Prozesse der Vernunft und Besonnenheit *kognitiv* unterfangen und im Vollzug von Willensakten *emotional* bekräftigt. Der Wille wird - so eigenartig es klingt, im „Üben des Willens“ durch gezieltes Wollen gestärkt. Und auch hier geht es so zu wie bei jeder anderen Hirnfunktion: Wenn sie gebraucht wird, bleibt sie erhalten; wird sie nicht gebraucht, so wird sie schwächer und verliert sich ggf. ganz. Das „Üben des Willens“ ist damit auch in therapeutischer Hinsicht von eminenter Bedeutung. Diese Erkenntnisse der Neurowissenschaften müssen wir unbedingt berücksichtigen, weil wir bisweilen von unseren Klientinnen und Klienten Willensentscheidungen verlangen, die sie mangels Übung oder durch die Beschädigungen ihres Willens gar nicht treffen können. Willensbildung muss oftmals erst neu eingeübt und bestärkt werden, bevor Menschen wieder im Sinne einer freien Entscheidung über ihren Willen verfügen können.

Ist der Wille frei? Da müsste zunächst der Freiheitsbegriff geklärt werden. In einem umfassenden Anspruch betrachtet – etwa im Sinne des Freiheitsbegriffs im deutschen Idealismus – ist der Wille sicher nicht frei. Die evolutionsbiologischen Prozesse, die wir in einem „Mesokosmos“ durchlaufen haben, haben Grenzen gesetzt. Die zerebrale Leistungsfähigkeit, die wir in unserer Entwicklung erworben haben, begrenzt das Wollen, wie Singer es darstellt. Auch die lebensweltlichen

Rahmenbedingungen, zu denen auch das Wollen anderer Menschen gehört, sind eingrenzend. Erkrankungen, die das Wollen einschränken wie etwa Zwangsstörungen, setzen Grenzen, wie Gerald Hüther es eindrucksvoll darstellen kann. Und kleine Kinder? Sie werden begrenzt durch den elterlichen Willen und vieles andere. Durch diese Determinismen, diese Vorbestimmungen verfügen wir über *begrenzte Freiheitsgrade* für unser Wollen. Aber wir können sie erweitern, und zwar über die Erfahrungen mit uns selbst und mit Anderen „über die Lebensspanne hinweg“ durch individuelle und kollektive Forschungs- und Erkenntnisarbeit, durch Arbeit an der eigenen „**Souveränität**“. Der Wille ist hinlänglich frei, sagt Petzold. Hinlänglich, weil er ausgereicht hat und weiterhin ausreicht, uns erfolgreich in der Evolution zu behaupten. Diesen Freiraum eines „hinlänglich freien Willens“ kann der Mensch und können Kollektive von Menschen erweitern. Darin ist eine der wesentlichen „Entwicklungsaufgaben“ (*Havighurst*) des Erwachsenenlebens zu sehen, die durch Psychotherapie unterstützt werden kann.

Die Erkenntnisse der Neurobiologie widersprechen solchen Sichtweisen keineswegs, ganz im Gegenteil. Ihre „Auswertung“ und „Auslegung“ lassen derart unterschiedliche Sichtweisen und Positionen nicht nur zu, sondern bestätigen sie immer wieder. Und das ist beim derzeitigen Forschungs- und Diskussionsstand gut so.

Der *Wille* und das *Wollen*, der „*freie Wille*“ spielen für die Praxis soziotherapeutischer Arbeit eine eminente Rolle, und das auf vielfältigen Ebenen:

Die Entscheidung des Patienten oder der Patientin, eine Soziotherapie zu beginnen ist ein Entschluss, der oft nach längeren Vorüberlegungen gefasst wurde. Er gilt – wie schon gesagt - als Voraussetzung für eine gelingende Therapie. Der Patient solle möglichst aus eigener Motivation kommen, sagen die Beratungs- und Behandlungseinrichtungen gemäß dem „Freiwilligkeitsprinzip“, das die Mehrzahl der Therapieschulen vertritt.

Ob diese Entscheidung wirklich „frei“ ist, wird in der Regel nicht thematisiert. Wie viele Suchtkranke entscheiden sich freiwillig zur Behandlung, weil ihnen gar nichts anderes übrigbleibt? Wie vielen Drogenabhängigen droht die weitere Strafverbüßung, wenn sie sich nicht freiwillig, also mit freiem Willen, einer Behandlung unterziehen? Wie frei sind Patienten wirklich in ihren Willensäußerungen und Entscheidungen, wenn ihnen Erkrankungen und Behinderungen drohen, weil sie sich nicht zu einer Behandlung entscheiden wollen.

Auch die therapeutischen Schulen schränken die Beschreibung des freien Willens erheblich ein:

So wird etwa in der Psychoanalyse und der tiefenpsychologischen Psychotherapie ein „Leidensdruck“ gefordert, die Gestalttherapie verlangt, dass der Patient bereit sein solle, „zu wachsen“ (*Perls* 1980) und dafür Risiken auf sich zu nehmen (*risk taking*). Diese Risiken bedeuten aber in der Regel Veränderungsnotwendigkeiten, oft genug in den wichtigen Lebensbereichen des Berufs und den persönlichen Beziehungen. Hier liegen deterministische Momente vor, die die Willensfreiheit einschränken.

Aber vielleicht ist es auch „eine Neugier auf sich selbst“, die motiviert, eine Behandlung anzutreten. Explorative Neugier nennen wir das. Es ist ein genetisches Programm der Sapiens-Hominiden. Ist auch das Determiniertheit? Man könnte noch viel und sehr tief über die Freiheit der Willensäußerungen und Willensentscheidungen reflektieren. Die Weltliteratur ist voll von genau diesen Fragen.

Die Freiheit des Willens stößt offenbar immer wieder an Grenzen. Die Patientin oder der Patient soll einen „Willen zur Kooperation“ haben, der zumeist nur „psychologisch“ aufgefasst wird. Aber das reicht ja nicht aus, denn es ist ja der „freie Wille“ des Patienten oder der Patientin im juristischen Sinne, ein Vertragsverhältnis über eine Behandlung einzugehen. Diese Willensentscheidung bildet die zivilrechtliche Grundlage für ein Behandlungsverhältnis. Der Patientenwille zählt für den Behandlungsauftrag und die Gesamtbehandlung sowie für die einzelnen Maßnahmen, über die der Therapeut den Patienten umfassend aufzuklären hat, denn diese Maßnahmen bedürfen der „informierten Zustimmung“ (*informed consent*) der jeweiligen Patientinnen und Patienten. Dabei ist auch über Grundannahmen des Behandlungsverfahrens aufzuklären – z.B. über den Anspruch, „tiefgehende Veränderungen der Person herbeizuführen“ (*Freud*), einer „Persönlichkeitsveränderung“ zuzustimmen, wie sie etwa in der klassischen Psychoanalyse vertreten wird, über mögliche „Risiken und Nebenwirkungen“ von Psychotherapie zu informieren wie z.B. über die Entwicklung maligner Übertragungen, über Suizidalität, über Symptomverschärfung, Retraumatisierung und anderes. Damit weiß der Patient, worauf er sich einlässt,

Auf der anderen Seite ist der Wille des Behandlers oder der Behandlerin

erforderlich, die Behandlung nach Maßgabe und im Rahmen der gesetzlichen Regelungen durchzuführen, die als Vorgaben anzuerkennen sind. Und dazu gehört eben auch die erwähnte Patienteninformation. Die ist keineswegs immer einfach, wenn etwa über ein Retraumatisierungs- oder Suizidrisiko informiert werden muss. Hierzu gibt es bislang noch kaum Modelle und Forschung, und es ist zu fragen, inwieweit die einzelnen Psychotherapeuten und die Vereinigungen der Therapeuten insgesamt schon ausgerüstet und „willens“ sind, diesen gesetzlichen Erfordernissen auch nachkommen zu *wollen*.

Solche Fragen müssen reflektiert sein, und es müssten „Positionen“ entwickelt werden, die vertretbar sind, damit ein guter struktureller Boden gegeben ist, auf dem sich Patienten entscheiden können. Das wäre das *dezisionale* Moment, das Moment der Entscheidungsfähigkeit, ein „Arbeitsbündnis“ einzugehen und sich zu verändern – was Symptomatiken, Probleme, den „dysfunktionalen Lebensstil“ und Entwicklungsaufgaben angeht, und zwar in Richtung angestrebter *Therapieziele*. Dieses *dezisionale*, dieses Entscheidungs- Moment muss umgesetzt werden und durchtragen über die gesamte Zeit der therapeutischen Arbeit, denn ein solches bleibendes und bestärkendes *Moment* der Zusammenarbeit, der Arbeit an sich selbst, an der Symptomatik, an der Realisierung von Behandlungszielen usw. soll für den Therapieerfolg bedeutsam sein. Die Realisierung von Therapiezielen ist eine durchaus wichtige Dimension in der Psychotherapieforschung, um Wirksamkeit von Therapieverfahren zu erfassen.

Nun sind es ja gerade Unentschlossenheit, Entschlusslosigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten, Willensschwäche und fehlendes Umsetzungs- und Durchhaltevermögen, die therapeutische Zusammenarbeit und Therapieerfolge gefährden und beeinträchtigen. Deshalb ist es unerlässlich, diese Phänomene in den Blick zu nehmen, sich über den Umgang mit dem Willen in der Therapie Gedanken zu machen und willentherapeutische Strategien zu entwickeln. Wenn „Autonomie“ wie in der Psychoanalyse, „Selbstwirksamkeit“ wie in der Verhaltenstherapie, „Selbstaktualisierung“ wie in der wissenschaftlichen Gesprächspsychotherapie, „Selbstverantwortung und Selbstverwirklichung“ wie in der Gestalttherapie, „Selbstregulation und persönliche Souveränität“ wie in der Integrativen Therapie zentrale, übergeordnete Therapieziele sind, dann implizieren sie alle ein Moment „hinlänglicher Willensfreiheit“, wenn diese Zielsetzungen nicht nur auf die automatisierte Performanz „organismischer Selbstregulationsprozesse“ (*Perls* 1969)

hinauslaufen soll, wie Fritz Perls es 1969 formulierte. Keine Schule vertritt diese Ansicht.

Es bleibt dabei: Die **Freiheits-Determinismus-Frage** muss beantwortet werden und damit auch die Frage nach den Körper-Seele-Verhältnissen und grundsätzlichen Menschenbildannahmen, was die Rolle des Willens anbelangt.

Und auch die **Autonomie-Dependenz-Frage** ist zu klären. *Muss* sich die Patientin, wie es *Perls* verlangte, der „Hier-und-Jetzt-Regel“ unterwerfen, oder *Freuds* psychoanalytischer „Grundregel“, oder der regelhaften „Exposition“ in der EMDR-Traumatherapie? *Muss* das alles sein? *Muss* der Patient dem Arzt alles offenbaren, sich an ihn anlehnen, an die Therapeutin binden? Impliziert die „therapeutische **Beziehung**“ wirklich notwendiger Weise ein so starkes Moment von **Bindung**, wie es die traditionelle Psychoanalyse forderte? Andere Verfahren sind ihr hier gefolgt. Und wo wird solche Bindung vielleicht *iatrogen* oder ist Ausdruck eines Dominanz- oder Machtmotivs von Therapeutinnen oder Therapeuten im Sinne eines Willens zur Macht? Wo wird dadurch Emanzipation, Autonomie oder Souveränität behindert? Zur Kooperation und Zielverwirklichung in der Psychotherapie sind unabdingbar Willensentscheidungen, synchronisiertes Wollen, Kollisionen notwendig.

Diese dürfen aber nicht die Qualität der Entscheidungen zu einer compliance zu einer „Folgsamkeit“ gewinnen, wie es die „*psychoanalytische Grundregel*“ fordert, nach der „*man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt*“ und deren Annahme ohne Begründung verlangt wird. „Die energisch wiederholte Versicherung, dass es solches Ausbleiben aller Einfälle am Anfang nicht gibt und dass es sich um einen Widerstand gegen die Analyse handelt, *nötigt* den Patienten bald zu den vermuteten *Geständnissen*“, heißt es dazu an alten Textstellen von *Freud*. Das bringt den Patienten dahin, dass „er sich soweit im Sinne der Übertragung an den Arzt attachiert hat, dass die Gefühlsbeziehung zum Arzt die neuerliche Flucht unmöglich macht“. Deutlicher kann man Unterwerfung eines „freien“ Willens und das Herstellen psychischer Abhängigkeit nicht darlegen.

Es scheint, als ob hier eine Kinderfolgsamkeit gefragt ist, Anforderungen unbezweifelt, ohne kritisches Nachdenken und unter Hintanstellung des eigenen Willens zu übernehmen: Der Patient „hat vielmehr vor allem zu lernen, was keinem leicht fällt anzunehmen, dass durch *geistige Tätigkeit* von der Art des Nachdenkens, dass durch *Willens-* und *Aufmerksamkeitsanstrengungen* keines der Rätsel der Neurose gelöst wird, sondern nur durch *geduldige Befolgung* der psychoanalytischen

Regel, welche die Kritik gegen das Unbewusste und dessen Abkömmlinge auszuschalten gebietet“ (*Freud, Ratschläge, 1912,* ).

Eine solche Konzeption, die in ihrer strukturellen Ausrichtung keineswegs überholt ist, führt in unbedingt notwendige Grundsatzdiskussionen therapietheoretischer, ethischer, anthropologischer, behandlungspraktischer und vor allen Dingen **willenstheoretischer** Art. Der **Wille** und die **Freiheit** werden hier zu einem Themenkomplex, der an die Grundlagen der Theorie und die Basisannahmen der Praxis eines jeden Therapieverfahrens rührt. Und das mag ein Grund für die bislang weitgehend fehlende Auseinandersetzung mit diesen Themen sein. Für die Behandlungspraxis werden unmittelbar **Ziel-Mittel-Fragen** aufgeworfen: Was ist notwendig, um ein solches Ziel wie „Autonomie“ zu erreichen? Wie wird „Selbstwirksamkeit“ gefördert? Regeln, die Abhängigkeiten installieren, Settings und Methoden (klassische Couch-Analysen) bei gleichzeitigen Autonomiesierungszielen führen zweifellos in *Ziel-Ziel-* und in *Ziel- Mittelkonflikte*, und die sind höchst problematisch. Jede Schule müsste ihre Praxeologie, ihre Methodik und ihre Praxis auf solche Konflikte überprüfen, reproduzieren sie doch oft sozialisatorische Dependenz-Autonomie- Konflikte bzw. –Dependenz-Autonomie -Paradoxien der Primärfamilie: „*Übernimm Verantwortung, aber tue, was ich Dir sage!*“ Das Problem „des Willens und des anderen Wollens“ und das damit verbundene Freiheitsproblem wurde bislang in den Willenstheorien der Psychotherapieschulen wenig thematisiert, besonders nicht mit dem Blick auf settingspezifische Wiederholungstendenzen im Therapieprozess. Natürlich müssen in solchen Überlegungen auch die Fragen aufgegriffen werden, die die Neurowissenschaften zum Willens- und Freiheitsthema aufgeworfen haben. Mit der Aufnahme dieser Diskurse und ihrer Berücksichtigung in der psychotherapeutischen Strategienbildung und für die Behandlungspraxis muss deshalb unbedingt begonnen werden.

In der Integrativen Lerntheorie gehen wir davon aus, dass Lernerfahrungen beim Menschen „unterschiedliche Festigkeit“ und „Nachhaltigkeit“ haben können, so wie das sogenannte amygdaläre „Furchtlernen“ besonders nachhaltig zu sein scheint, wie Gerald Hüther es beschreibt. Die Auseinandersetzung mit der „Biologie der Angst“ (*Hüther 1995*) zeigt aber auch: Angst und Furcht können von Menschen offenbar gemeistert und überwunden werden, z.B. aufgrund von alternativen emotionalen *und* kognitiven Erfahrungen und der mit ihnen oft verbundenen

*kreativen Inventionen*: Die gefährliche Bergwand konnte bezwungen werden, z.B. mit Hilfe einer herabhängenden Liane, die Modell des geflochtenen Kletterseils wurde. Der reißende Strom konnte überquert werden mit Hilfe eines herantreibenden Baumstamms, der zum Modell für den Einbaum wurde. Derartige Realerfahrungen wurden mental verarbeitet, und solche *Mentalisierungen* boten Inspirationen zu weiteren kreativen Mentalisierungsprozessen, die dann zu Erfindungen und Gestaltungen führten und diese wiederum zu weiterem Mentalisieren.

Die *Furcht* – vor hohen Bergen mit Schnee und Eis, vor Flüssen, vor Gefahren allgemein, wurde auf besondere Weise bewältigt. Es waren und sind bis heute die *antizipatorischen Mentalisierungen*, die dabei helfen, Gefahren zu meistern, Situationen zu gestalten und die Hilfsmittel zu erfinden, die dazu dienen. Das heißt: die antizipatorische Mentalisierung, die gedankliche, emotionale und kognitive Vorwegnahme einer Gefahr und ihrer Überwindung ermöglicht als Vorbereitung die willensgestützten Entscheidungen (*decisions*) und Umsetzungen (*conversions*). Die Wanderungen der Hominiden seit den frühesten Zeiten durch die ganze Welt und über die gesamte Menschheitsgeschichte hin sind hierfür ein beeindruckender Beleg, sagt Petzold. In seiner Überzeugung kann der *Wille* als zunehmende Regulations- und Kontrollmöglichkeit gesehen werden, der sich phylogenetisch in der Humanevolution differenzierter ausgebildet hat, sich in den präfrontalen Strukturen festigt und über die nachhaltigen, limbisch gespeicherten, emotionalen Lernerfahrungen zur Verfügung steht. Das kann durch Nutzung *rationaler Einsichten geschehen*, aus zunächst vielleicht nur zufälligen „**Überwindungserfahrungen**“, in denen erlebt wurde, dass eine auftretende Gefahr gemeistert werden konnte (der Höhlenbär war erlegbar, das Feuer beherrschbar, der Fluss schiffbar etc.). Stellt sich dann erneut eine „**Überwindungsaufgabe**“, dann kann der Mensch mit seinem **Willen** die aufkommende Angst und die anflutende Stressphysiologie zu kontrollieren suchen und die erfahrungsgegründete, präfrontal-kognitive Einschätzung nutzen, dass die Aufgabe anzugehen und zu bewältigen ist. Er kann auf die limbisch-emotionale Bewertung der gelungenen Gefahrenbeherrschung zurückgreifen, kann beides „mental aktivieren“ und auf dieser Basis den Willen einsetzen, um die schon aufgerufene Angstbereitschaft zu puffern „und dennoch“ die *Entscheidung (decision)* zu treffen: „Ich versuche es!“ Das ist auch die Grundlage für die Umsetzung der Entscheidung.

Der Wille macht die Situation aushaltbar und durchhaltbar (*persistence*), so

dass sich der „neue Weg“ bahnen kann und das Muster der Angst schwächer wird. Erfährt ein Mensch dabei Unterstützung durch Imitationsmodelle, indem es jemand vormacht, oder erhält er Unterstützung durch Ermutigung, Versicherung, Anfeuern und Lob, wächst die Chance, dass ihm die „Überwindungsaufgabe“ erneut und vielleicht besser gelingt. Die „**Exposition**“ in der gefährlichen Situation ermöglicht die Überwindungsleistung.

In der Therapie von Angst- und Zwangsstörungen werden Expositionen erfolgreich eingesetzt. Wir gehen davon aus, dass hier der Wille bzw. das Wollen im Sinne der evolutionsbiologischen Erfahrungsmöglichkeiten genutzt werden, Wagnisse einzugehen, wobei im therapeutischen Kontext der Freiraum gegeben sein muss, die Exposition nicht zu wagen – das erfordert der Respekt vor dem Patientenwillen (*Petzold 2006n*) –, wie auch im Alltagsleben Menschen sich oft genug auch gegen ein Risiko entscheiden, es sei denn, sie werden stimuliert, sich in kreativer Weise um neue Möglichkeiten der Gefahrenbeherrschung zu bemühen mit dem *Willen*, „andere, neue Wege“ zu finden.

Das Willenthema findet sich bei allen Problemen, die Ohnmacht, Hilflosigkeit, Antriebslosigkeit, Kontrollverlust und Motivationsmangel betreffen, also bei einer Vielzahl von Störungen. Die wesentlichen sind Depressionen, Ängste, Zwänge und Persönlichkeitsstörungen. Ihre Behandlung erfolgt zumeist in der traditionellen Psychotherapie ohne expliziten Bezug auf Willensphänomene im Rahmen *pathogeneseorientierter* Therapien von Störungen mit Krankheitswert. Willensfragen müssten aber auf jeden Fall spezifisch berücksichtigt werden, auch wenn ihnen bei den DSM- bzw. ICD-diagnostizierten Störungen kaum Beachtung geschenkt wird. Aber bei diesen Störungen finden sich regelhaft auch „prekäre Lebenslagen“ und „komplexe Lebensprobleme“, die die Behandlungssituation zusätzlich erschweren und die verändert werden müssen, etwa unter Beiziehung von Soziotherapie und Sporttherapie, wie es der *biopsychosoziale* Ansatz integrativer Therapieverfahren sei ihren Anfängen Ende der sechziger Jahre getan hat und wie es die „psychiatrische Psychotherapie“ heute wird das in der modernen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung schwerer Depressionen wiederentdeckt.

Willenstherapie ist nicht sinnvoll ohne eine konsistente **therapeutische Gesamtkonzeption**. Dabei wird davon ausgegangen, dass zur Beeinflussung des „Patientensystems“ Veränderungen auf mehreren Ebenen erforderlich

sind:

„Wenn man sich einmal an den Gedanken gewöhnt hat, dass man als Psychotherapeut das Gehirn verändert, wenn man wirksam therapiert, ist es nicht mehr weit zu der Frage, ob man das Gehirn nicht noch wirksamer verändern könnte, wenn man psychologische Verfahren mit neurowissenschaftlichen kombinierte“  
*sagte Grawe 2004.*

Was von *Grawe* noch als „gewöhnungsbedürftig“ charakterisiert wird, war in der Schule *Lurijas*, die darum wusste, dass die Leistungen des Gehirns auf der Kooperation seiner Zentren und Neuronennetzwerke beruht, die Ausgangsposition, ohne dass damit ein platter biologistischer Reduktionismus verbunden war. Vielmehr war die Erkenntnis über evolutionäre Lernprozesse leitend (*Vygotskij, Lurija 1930*), dass die ökologische und die soziale Welt das Gehirn „instruiert“ und es sich als Teil einer „lernenden biologischen Welt“ auch selbst instruiert. Der Mensch lernt von der Welt und durch sein eigenes gestaltendes Tun in der Welt. Folgt man diesen Prinzipien, so befindet man sich bei den psychotherapie relevanten Veränderungsmomenten, bei denen immer das „gesamte System“ in wechselseitigen Beeinflussungen involviert ist. Das ist die große Einsicht von *Vygotskij* und *Lurija*. Limbisches, emotionales Lernen ist wichtig, kognitives nicht minder. Der orbitofrontale und cinguläre Cortex wirkt auf das limbische System, vermag die Amygdala zu moderieren in Akten der Impulskontrolle.

Diese wiederum motiviert etwa Vorsichtsverhalten und kann dadurch „Denken“ verändern.

Wenn heute Therapeuten ausgebildet werden, die sich mit kranken Menschen befassen wollen, such mit Suchtkranken, dann gehört hierzu auch die Ebene der Therapie des Willens, wenn Veränderungen und Lernen auf cerebraler Ebene erfolgen sollen. Dazu dienen vier Prinzipien, die uns die Neurophysiologen und Hirnforscher unterstützend vorbereitet haben:

Die Therapie des Willens:

- 1. soll **präfrontales Lernen** stärken, d.h. erklärende Einsichten ermöglichen und auf diese Weise die Kontrollfunktionen und damit auch die Willenskräfte stützen;
- 2. soll **korrektives amygdaläres Lernen** fördern durch Vermittlung intensiver emotionaler Erfahrungen zur *Mobilisierung* festgebahnter Muster. Mobilisierung allein aber genügt nicht, wie sie auch ein Labilisierungs- und Dekompensationsrisiko bis hin zum Retraumatisierungsrisiko birgt. Daher müssen zugleich *positive Erfahrungen*

der Sicherheit und der Überwindung von Furcht bereitgestellt werden, um das mobilisierte Muster zu verändern. Ob damit basale Bahnungen – etwa von Furchtreaktionen – grundsätzlich verändert werden können, bedarf noch des Nachweises, aber sie werden zumindest „gepuffert“ und dadurch für die Willenskräfte handhabbar, besonders wenn mit Übungssequenzen nachgearbeitet wird.

- 3. soll **alternatives limbisches Lernen** ermöglichen durch Erfahrungen von Sicherheit, liebevoller Annahme, Freude, die stärker wirken als das Furchtmuster oder doch so stark, dass die präfrontale, volitive Impulskontrolle greifen kann, wie es voranstehend beschrieben wurde.

- 4. Es müssen schließlich **kollektive cerebrale Synchronisierungen** zu Menschen hin gefördert werden, die beruhigend wirken und Situationskontrolle praktizieren, so dass über Effekte von Spiegelneuronen dysfunktionale Erregungs- oder Abstumpfungsmuster verhindert und statt dessen funktionale gemeinsame Willensbildung und Willensäußerungen möglich werden, durch die Situationen strukturiert und bewältigt werden.

„Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille“, sagt Gerald Hüther provokant. Sind die ganzen Überlegungen also doch eher theoretischer Natur, die aber mit der Zielgruppe der Suchtkranken nichts viel zu tun haben? Wie kann denn das Willensthema Fuß fassen in der Suchtarbeit?

Einige wichtige Hinweise und Grundlagen treffen auch für die Arbeit mit Suchtkranken zu. Eine der wichtigsten Komponenten scheint die Zukunftshoffnung zu sein. Willensäußerungen sind abhängig von einer Zukunftsorientierung. Ich kann nicht rückwärts wollen, sondern immer nur vorwärts. Selbst wenn ich sage: ich will das „jetzt“, ist das „jetzt“ schon vorbei und die Zukunft hat begonnen. Das heißt: Ohne Zukunftsorientierung können Menschen keine Willensbildung betreiben, können sie keinen Zukunftsentwurf zeichnen oder in ihre innere Vorstellung holen. Menschen ohne Zukunftshoffnung wirken willenlos. Sie haben genug damit zu tun, ihren Alltag zu bewältigen. Da ist kein Raum für willentliche Entscheidungen und Prozesse. Erst wenn neue Erfahrungen von Zukunftshoffnung entstehen, sind auch Willensprozesse wieder möglich.

Darin besteht dann unsere Aufgabe als Kolleginnen und Kollegen in der Suchthilfe: Mitzuwirken an der Willensbildung und Willensentwicklung durch antizipatorische, zukunftsgerichtete Arbeit.

Zusammenfassend könnte man folgende Leitsätze formulieren:

- Der Wille ist ein bewirkender Antrieb (Impetus), ein „funktionelles System“ im komplexen System „Mensch – Mitmensch – Umwelt“
- Der Wille hat unterschiedliche Freiheitsgrade und die Möglichkeit, über die Lebensspanne den Spielraum „bedingter Freiheit“ zu erweitern.
- Der Wille kann durch negative Sozialisations- und Entwicklungseinflüsse und durch neuropathologische Probleme in seinen Funktionen beschädigt oder gestört werden; deshalb ist eine Willensdiagnostik und –therapeutik erforderlich
- Der Wille ist, weil er antizipierte Ziele anstrebt, ein zentrales Agens jeder therapeutischen Veränderung, und muss als solches genutzt werden.
- Der Wille kann in seinen zentralen Dimensionen: der Entscheidung (Dezisionalität), der Umsetzung (Konversion) und der Durchhaltekraft (Persistenz) geübt und gestärkt werden.
- Willensarbeit, Arbeit an der Entwicklung und Handhabung des eigenen Willens zur Verwirklichung der eigenen „Souveränität“, zur „strategischen Selbstführung“ und zum wertegeleiteten Engagement für das Gemeinwesen und Gemeinwohl stellt sich jedem Menschen als lebenslange Entwicklungsaufgabe

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg). Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie 1: Zwischen Freiheit und Determination, 2008

Petzold, H., Sieper, J. (Hrsg). Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie 2: Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis, 2008

In beiden Büchern: Aufsätze von Deeke, Hüther, Singer, Petzold

Hüther, G., Die Macht der inneren Bilder. Wie Visionen das Gehirn, den Menschen und die Welt verändern, 2006