

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für bio-psycho-soziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung
sowie dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

1972 – 2022 > 50 Jahre FPI und 40 Jahre EAG > Integrative Therapie, Agogik,
Kulturarbeit und Öko-care

Ausgabe 03 /2026

Der Wille und die Psychotherapie

Eine theoretische Ausarbeitung zum Thema Wille in Bezug auf
Integrative Therapie und Abhängigkeitserkrankungen *

*Rebekka Kaufmann, Schweiz ***

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“:

*Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,
Dipl.-Päd. Ulrike Mathias, Bettina Mogorovic, MSc.*

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann*, NN, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

Copyrightinweis: Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller*. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: info@eag-fpi.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch,

** Postgraduale Weiterbildung „Integrative Psychotherapie“; Gutachter/Betreuerin: *Prof. Dr. Hilarion G. Petzold / Ulrike Mathias, Dipl.-Päd.*

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung**
- 2 Der Wille; Definition und weitere Begriffserklärungen**
- 3 Wille in der psychologischen Forschung**
- 4 Freier Wille**
- 5 Wille und Sucht**
- 6 Wille in der Integrativen Therapie**
- 7 Praxeologische Konzepte für die therapeutische Arbeit mit dem Willen**
 - 7.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview
 - 7.2 Willenspanorama
- 8 Behandlungsprozesse**
 - 8.1 Prozess 1
 - 8.1.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview
 - 8.1.2 Willenspanorama
 - 8.1.3 Ergänzende Fragen
 - 8.2 Prozess 2
 - 8.2.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview
 - 8.2.2 Willenspanorama
 - 8.2.3 Ergänzende Fragen
 - 8.3 Prozess 3
 - 8.3.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview
 - 8.3.2 Willenspanorama
 - 8.3.3 Ergänzende Fragen
- 9 Exkurs: Leistungssensible Suchttherapie**
- 10 Schlussfolgerungen**
- 11 Einschränkungen und Limitationen**
- 12 Zusammenfassung / Summary**
- 13 Literaturverzeichnis**
- 14 Abbildungsverzeichnis

1 Einleitung

Sowohl der Wille als auch das Wollen oder Fragen zum «freien Willen» spielen in der Psychotherapie und in der Zusammenarbeit mit Menschen ganz allgemein eine wesentliche Rolle. Entsprechend sind diese Themen auch bei der Arbeit mit und der Begleitung von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung wichtig. In unterschiedlichen Bereichen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten können und sollen Fragen zum Willen einer Person¹ aufkommen und in den Fokus rücken. Der Wille einer Person ist nicht nur für die Psychotherapie, sondern für das Leben allgemein von zentraler Bedeutung, weshalb Fragen und Gedanken dazu gezielt angeregt und gefördert werden sollten. Der Wille kann sich zwischen Menschen sehr unterschiedlich zeigen, sich aber auch bei ein und derselben Person über die Lebensspanne hinweg verändern und weiterentwickeln. Da für Verhaltensänderungen Wille notwendig ist, sollte diesem Thema gerade in der Psychotherapie vermehrt Beachtung geschenkt werden. Der Wille, die Willensentwicklung, aber auch Willensäußerungen haben einen wesentlichen Einfluss auf uns Menschen, unser Wirken und unser Zusammenleben mit anderen. Es gibt Personen mit einem ausgeprägt starken Willen, aber auch solche mit einem weniger ausgeprägten oder sogar schwachen Willen. Gerade in der Psychotherapie und in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen zeigen Patientinnen und Patienten unterschiedliche Standpunkte bezüglich ihres Willens und ihres Konsumverhaltens. Einige halten weiterhin an ihrer Substanz fest und wünschen lediglich eine Reduktion der Konsummenge, jedoch keine Abstinenz. Andere sind fremdmotiviert und folgen dem Willen von Angehörigen. Wieder andere verfügen über einen festen Willen und fokussieren klar den Prozess des Suchtausstiegs. Auch in Interventionen und Supervisionen sowie bei der Besprechung von Therapieprozessen rückt das Thema Wille häufig in den Vordergrund. Dabei kommt es zu Diskussionen darüber, welche Einflussfaktoren wirksam sind und in welchem Ausmass sie den Willen auf unterschiedliche Weise beeinflussen. Einigkeit besteht darüber, dass es ohne Willen zu keiner Verhaltensänderung kommen kann und dementsprechend auch keine Verhaltensänderung durch Psychotherapie erfolgen würde (*Petzold,*

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit nicht immer die gleichzeitige Verwendung aller Geschlechterformen gewählt. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

2001a). Erstaunlich ist, dass dem Thema Wille in der bisherigen Psychotherapieforschung nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wie zu erwarten wäre (Velt, 2008). Dennoch wurden in der Allgemeinen Psychologie, insbesondere im Rahmen der Motivationspsychologie, verschiedene Erklärungsansätze zur Zielwahl, zur Zielverfolgung, zur Erwartungshaltung sowie zu Handlungsprozessen entwickelt. Dabei wurden beispielsweise Einflüsse und Auswirkungen von Erfolg und Misserfolg auf das Verhalten und die Zielverfolgung einbezogen und untersucht (Heise & Gerjets, 2001). Da diese Aspekte auch in der Psychotherapie von zentraler Bedeutung sind – insbesondere im Hinblick auf Veränderungsprozesse, Zielsetzung, Zielrealisierung sowie den Umgang mit Erfolg und Misserfolg –, sind Ansätze der Allgemeinen Psychologie auch für die Psychotherapie wesentlich und entsprechend zu berücksichtigen. Aus diesem Grund werden in der vorliegenden Arbeit zwei Modelle hierzu kurz erläutert.

Ein vertieftes Verständnis des Themas Wille – insbesondere in der Psychotherapie und in der Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen – ist unabdingbar. Es sollte kontinuierlich gefördert und systematisch in Therapieprozesse integriert werden. Die vorliegende Arbeit soll hierzu einen Beitrag leisten, indem sie das Thema Wille theoretisch erläutert. Zudem wird ein Bezug zu Abhängigkeitserkrankungen sowie zur *Integrativen Therapie* hergestellt. Ergänzend veranschaulichen drei Praxisbeispiele zentrale Inhalte von Therapieprozessen und zeigen exemplarisch die Anwendung integrativer Interventionen zum Thema Willen.

2 Der Wille; Definition und weitere Begriffserklärungen

Was ist der Wille?

Aus dem psychiatrischen Lexikon von Peters (1997, S. 581);

«Wille ist die menschliche Fähigkeit, unter Beteiligung der Gesamtpersönlichkeit ein bestimmtes Ziel zu intendieren (beabsichtigen, planen, anstreben) und sich zwischen verschiedenen Möglichkeiten zu entscheiden».

Das Selbst nimmt seine Umwelt und Innenwelt kontinuierlich über die Sinne wahr. Dabei werden Impulse weitergeleitet, die Affekte, Triebe oder auch Handlungen auslösen können. Die von aussen einwirkenden Umweltreize wirken zusammen mit genetischen Dispositionen und führen letztlich zur Ausbildung des Ich. Somit sind sowohl genetische Dispositionen als auch Umweltfaktoren für die Ich-Bildung von zentraler Bedeutung. Im ausgebildeten Ich spiegeln sich die entwickelten Ich-Funktionen wider, die in primäre, sekundäre und tertiäre Funktionen differenziert werden können. Der Wille und damit auch das Wollen gehören – ebenso wie Denken, Fühlen, Entscheiden oder Handeln – zu den primären Ich-Funktionen. Zu den sekundären Ich-Funktionen zählen beispielsweise Integrieren, Differenzieren, Planen sowie Stress- und Frustrationstoleranz. Tertiäre Ich-Funktionen gehen darüber hinaus und umfassen höhere Leistungen wie Exzentrizität oder Metareflexion. Die Gesamtheit der ausgebildeten Ich-Funktionen trägt zur Entwicklung eines reifen Selbst bei und ermöglicht ein Ich mit einer stabilen Identität sowie integrierten Selbstbildern, die eine Person von sich selbst entwickelt. Diese Selbstbilder entstehen durch verinnerlichte Fremd- und Selbstattributionen (*Petzold, 2003a*). In der *Integrativen Therapie* wird Identität anhand von fünf Säulen beschrieben: Leiblichkeit, soziales Netz, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheit sowie Wertorientierung. Unausgereifte Ich-Funktionen können zu einer unausgeglichene Identitätsentwicklung führen (*Petzold, 1995g, S. 432*). Das Ich, die Ich-Funktionen, die Identität und letztlich die gesamte Persönlichkeit entstehen aus der Gesamtheit aller Erfahrungen, die ein Mensch im Laufe seines Lebens macht. Sowohl positive als auch negative Lernerfahrungen prägen die Entwicklung. Entsprechend schlagen sich Defizite, Traumata oder Konflikte ebenso wie unterstützende Erfahrungen, positive Beziehungserlebnisse, Liebe oder Geborgenheit in Persönlichkeit und Identität nieder (*Petzold & Sieper, 2008a*).

Nach *Petzold (2001a)* lässt sich das Wollen als bewusste, auslesende und organisierende Verhaltenssteuerung in komplexen Umwelten verstehen. Der Begriff «Wille» – im Sinne des «Wollens» – wird dabei mit Volition gleichgesetzt, die als allgemeine und umfassende klassische Bezeichnung für die bewusste Entscheidung eines Individuums verstanden wird. Volition kann als zielgerichtete Ausrichtung des Handelns beschrieben werden und steht im Gegensatz zu impulsiven oder unüberlegten Handlungen. Willenshandlungen sind durch ihre Gerichtetheit auf ein bestimmtes Ziel sowie durch einen vorausgehenden Entscheidungsprozess charakterisiert.

Der Begriff *Volition* wird seit den 1980er-Jahren verwendet und beschreibt die Rolle des Willens, wobei die Aufrechterhaltung und Abschirmung eines Handlungsziels im Fokus steht, bis dessen Realisierung erreicht ist (*Heise*, 1998, S. 20). Nach *Goschke* (2002, S. 274) wird *Volition* als eine psychische Funktion definiert, welche die Koordination einer grossen Anzahl von Teilfunktionen umfasst. Dazu zählen Ich-Funktionen wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Kognition, Emotion und Motivation, aber auch Bereiche wie Aktivierung und Bewegungssteuerung. Zur Handlung motiviert werden Menschen sowohl durch innere Antriebe (z. B. Triebe, Bedürfnisse, Wünsche) als auch durch Umweltreize beziehungsweise äussere Anreize, die einen Aufforderungscharakter (*Affordance*) aufweisen (*Osten*, 2000, S. 350).

Es kann zwischen willentlichen Handlungen, die auf zukünftige Ziele ausgerichtet sind, und Verhalten, das der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung dient, unterschieden werden. Die Unterschiede lassen sich in zwei zentralen Punkten darstellen:

1. Für die Verfolgung zukünftiger Zielzustände ist die Fähigkeit erforderlich, eigene Handlungen mental repräsentieren zu können. Die Mentalisierung der Zielzustände ermöglicht dabei eine Abkopplung des Verhaltens von unmittelbaren Reizreaktionen.
2. Zudem ist die Antizipation zukünftiger Bedürfnislagen notwendig. Das bedeutet, dass Bedürfnisse vorweggenommen und nachgeföhlt werden können, auch wenn sie aktuell noch nicht vorhanden sind.

Konflikte können entstehen, wenn unvereinbare Ziele gleichzeitig verfolgt werden oder antizipierte Ziele im Widerspruch zu aktuell bestehenden Bedürfnissen oder starken Gewohnheiten stehen (*Velt*, 2008, 418).

Die Definition von Willen ist nach *Petzold* und *Sieper* (2008a, S. 355) multidisziplinär und multitheoretisch. Größere Themenbereiche wie Motivation, Emotion und Kognition sind für das Verständnis des Begriffs Willen von zentraler Bedeutung. Auch weitere Konzepte wie Motiv, Trieb, Selbstwirksamkeit oder erlernte Hilflosigkeit spielen eine Rolle und müssen berücksichtigt werden. Darüber hinaus tauchen in entsprechenden Diskursen Begriffe wie Willensfreiheit, Unfreiheit, Wahl- oder Handlungsfreiheit sowie Autonomie auf. Für ein besseres Verständnis werden im Folgenden einige dieser zentralen Begriffe kurz erläutert (*Petzold & Sieper*, 2008a).

Motiv – verstanden als Beweggrund für ein Verhalten, ein antreibender Grund oder eine Triebfeder für das Wollen.

Trieb – beschreibt ein autogenes Drangerleben, das ohne Mitwirken des Bewusstseins entsteht. Triebe können die Klarheit des Denkens oder der Wahrnehmung reduzieren. Die Befriedigung von Trieben löst häufig Lustempfinden aus, ihre Verhinderung führt meist zu Unlust. Triebe verlaufen schnell, sodass zwischen Motiv und Handlung nur ein kurzer Abstand liegt, wodurch weniger Denkprozesse stattfinden und unüberlegte affektive Handlungen entstehen können.

Motivation – umfasst die Gesamtheit von Motiven. Es existieren zahlreiche Motivationstheorien, wobei sich die *Integrative Therapie* an der humanistischen Theorie orientiert. Motivation beschreibt Prozesse, die in eine bestimmte Richtung führen, eine Handlung auslösen und für die Intention sowie die Wahl des Verhaltens ausschlaggebend sind.

Emotion – bezeichnet ein Gefühl, oft auch Affekt genannt. Emotionales Verhalten umfasst den Erregungszustand des gesamten Organismus in Form von Energieentladung, mit Ursprung in hirnpfysiologischen Abläufen. Emotionen führen zu unterschiedlichen Verhaltensmustern und zu verschiedenartigem Erleben sowie Ausdruck, jeweils mit unterschiedlicher Tönung und Intensität. Im Rahmen der *Integrativen Therapie* wurde eine eigene integrative Emotionstheorie entwickelt (Petzold, 1995g).

Kognition – umfasst alle Vorgänge und Strukturen, die mit Bewusstwerden und Erkennen zusammenhängen. Dazu zählen Wahrnehmung, Erinnerung, Vorstellen, Begrifflichkeiten, Gedanken, aber auch Erwartungen, Planung und Problemlösung (Dorsch, 1987, S. 339).

Zu all diesen Definitionen muss erwähnt werden, dass sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit besitzen und nur begrenzte Gültigkeit haben. Entsprechend stellen sie – wie sonst auch in der *Integrativen Therapie* – zeitlich begrenzte Positionen (Positionen auf Zeit), sowie ausgewählte Theorien und Sichtweisen dar. Je nach Fachbereich, Perspektive oder Zeitgeist können sich diese gewählten Theorien und Definitionen auch wieder verändern. Ebenso ist zu beachten, dass eine klare Abgrenzung zwischen den jeweiligen Begriffen oft nicht möglich ist. Wille und Wollen sind komplexe, vielschichtige Phänomene, deren Vorgänge in Verbindung mit anderen

Begrifflichkeiten stehen und sich teilweise überlappen. Verschiedene Ansätze und Positionen erfassen unterschiedliche Aspekte dieser komplexen Phänomene, die für die therapeutische Praxis alle relevant sein können. Obwohl eine breite Wissensgrundlage zu diesen Themen existiert, sind diese in spezifischen Therapieschulen theoretisch und praxeologisch meist nur in geringem Umfang berücksichtigt und erforscht. Im Integrativen Ansatz ist auch da eine multitheoretische Herangehensweise zentral: Wille und Wollen sollen sowohl aus psychologischer als auch aus philosophischer Sicht erfasst und zusätzlich durch Erkenntnisse anderer Fachrichtungen und Disziplinen ergänzt werden. Generell zeigen sich bei Vorgängen des Willens und Wollens Beteiligungen unterschiedlicher Bereiche wie Kognition, Emotion, Motivation und Triebe. Dies unterstreicht die Komplexität dieser Prozesse und macht eine integrative, multitheoretische sowie multidisziplinäre Herangehensweise unabdingbar. In der *Integrativen Therapie* wird diesbezüglich auch der Begriff des «Synergems» verwendet, wobei ein Bereich aus verschiedenen Subsystemen besteht. Seit Beginn der *Integrativen Therapie* verfolgt der Ansatz eine anthropologische Orientierung, mit Therapieschulen-übergreifendem und multidisziplinärem Blick, sowie einer biopsychosozial-ökologischen Perspektive. Diese Mehrperspektivität ermöglicht eine umfassendere, ganzheitlichere Betrachtung des Willens und Wollens, was sowohl für die individuelle Person als auch für den therapeutischen Prozess unterstützend und gewinnbringend ist (Petzold & Sieper, 2008a).

Die unterschiedlichen Perspektiven umfassen z.B. evolutionsbiologisch/evolutionspsychologische (Darwin), systemische (Vygotski) oder neuropsychologische/psychotherapeutische (Grawe, Lurija, Bernstein) Bereiche.

Folgend soll die **neuropsychologische Position** zum Thema Wille kurz erläutert werden:

Wichtige russische Psychologen und Vertreter der Neuropsychologie sind Lurija (1966, 1992) und Vygotskij (1931, 1985c, 1992), die insbesondere die intentionale Verhaltenssteuerung und Selbststeuerung – beispielsweise durch das *innere Sprechen* – hervorgehoben haben. Goschke (2002, 2006) betont zudem eine evolutionsbiologische Perspektive, indem er aufzeigt, dass auch bei anderen Arten zunehmend eine Abkopplung von unmittelbaren Reiz-Reaktionen erfolgt. Dies ermöglicht erweiterte Freiheitsgrade und Verhaltensselektion, wobei Bedürfnis- und

Motivationszustände im Zusammenhang mit Lerneffekten betrachtet werden können. In diesen Lerneffekten lassen sich Verhaltensweisen unter bestimmten Bedingungen antizipieren und deren Eintrittswahrscheinlichkeiten abschätzen. Dadurch wird die gezielte Auswahl und Steuerung von Verhalten ermöglicht, unterstützt durch innere Repräsentationen und angestrebte Zielzustände (Goschke, 2006, S. 118). Neben anderen Themen hat sich Goschke auch mit dem für die Willensthematik zentralen präfrontalen Kortex beschäftigt (vgl. auch *Lurija*). Der präfrontale Kortex kann als „Kapitän“ oder „executive officer“ des Gehirns bezeichnet werden. Er ist mit zahlreichen anderen Hirnregionen vernetzt, darunter sensorische, gedächtnisbezogene und motorische Areale sowie weitere Strukturen, die an Gedächtnisfunktionen, Emotionen und motivationalen Prozessen beteiligt sind. Durch diese Vernetzung werden Informationen über innere Zustände und äußere Reize integriert und im kortikalen sowie subkortikalen System verarbeitet (Goschke, 2006). Dadurch werden Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und Reaktionsprozesse gesteuert, was unter anderem die Komplexität von Willensintentionen und Willenshandlungen erklärt. Die Bedeutung des präfrontalen Kortex für die Willenssteuerung wird auch durch Ergebnisse der Willensforschung und bildgebende Verfahren belegt. Störungen des präfrontalen Kortex, beispielsweise infolge von Hirnverletzungen, führen bei betroffenen Personen zu Beeinträchtigungen dieser zentralen Funktionen (*Lurija*, 1973).

Für die Willenstherapie relevante exekutive Funktionen wurden von Goschke (2006, S. 130) wie folgt zusammengefasst:

- Konfiguration von Verarbeitungsmodulen
- Koordination multipler Ziele
- Planung neuer Handlungssequenzen
- Prospektives Gedächtnis
- Aufrechterhaltung aufgabenrelevanter Informationen
- Inhibition impulsiver Reaktionen
- Überwachung von Reaktionskonflikten und Fehlern
- Bewertung von Handlungsergebnissen

Einschränkungen in diesen Bereichen können bei verschiedenen psychischen Erkrankungen auftreten und sich sowohl als Symptome selbst als auch als Folge chronischer Symptome manifestieren.

3 Wille in der psychologischen Forschung

Der «**Wille**» als Begriff umfasst die Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten sowie die mit ihnen verbundenen motivationalen, emotionalen und kognitiven Prozesse und deren neurophysiologischen und -psychologischen Grundlagen. Letztlich schließt er auch die Umsetzung im *Wollen*, also die Ausführung willensbestimmter Handlungen, mit ein. Der Wille als Synergem ist ein prozessualer Vollzug, der auf antizipierte Ziele und deren Realisierung gerichtet ist (*Heise und Gerjets, 2001*).

Im folgenden Kapitel sollen zwei Modelle aus der Willenspsychologie respektive Motivationspsychologie vorgestellt werden. Zum einen die Handlungskontrolltheorie von *Kuhl* (1983), zum anderen das Rubikonmodell von *Heckhausen und Gollwitzer* (1987).

Neben anderen willenspsychologischen Ansätzen bietet die **Handlungskontrolltheorie** von *Kuhl* (1983) interessante Überlegungen zu Handlungstendenzen, Absichten und Zielrealisierung. Dabei wird angenommen, dass Motivations- und Handlungstendenzen miteinander konkurrieren. Die Selektionsmotivation, abhängig von der Anregung, führt zur Wahl einer Handlungstendenz und ermöglicht die Bildung einer Handlungsabsicht. Auf die Handlungsabsicht folgen im Vergleich zu den reinen Handlungstendenzen verschiedene Kontrollmassnahmen, die die Absicht gegenüber konkurrierenden Tendenzen schützen und so die Handlungsrealisierung erhöhen. Für die Umsetzung einer Handlung müssen die notwendigen Ausführungsbedingungen erfüllt sein. Die darauffolgenden Handlungskontrollprozesse hängen von der Realisationsmotivation ab. Nach Erreichen eines Entschlusskriteriums wird der Ausführungsimpuls ausgelöst, und die ersten Handlungsschritte erfolgen. Wird das Ziel erreicht, endet die Handlung; andernfalls wird ein neuer Realisierungsversuch unternommen oder alternative Handlungen umgesetzt. Der Fokus der Handlungskontrolltheorie liegt auf dem Bereich zwischen der Bildung der Handlungsabsicht und dem Beginn der Handlungsausführung. Die Realisationsmotivation stellt dabei die entscheidende Größe dar und hängt von der Selektionsmotivation sowie den situationalen Erfordernissen ab. Im Laufe der Jahre wurde die Theorie weiterentwickelt, durch verschiedene Subsysteme differenziert und um kognitive sowie

persönlichkeitspsychologische Grundlagen erweitert. Die persönlichkeitspsychologischen Grundlagen sollen im Rahmen dieser Arbeit kurz hervorgehoben werden, um ein Verständnis für unterschiedliche Ausprägungen von Willen bei verschiedenen Personen zu ermöglichen. Die Handlungskontrolltheorie von Kuhl geht von einer intrapsychischen Disposition aus, die entweder eine Handlungs- oder eine Lageorientierung beinhaltet (Kuhl, 1984, 1996). Die jeweilige Orientierung ist von Person zu Person unterschiedlich und beeinflusst die Effizienz der eingesetzten volitionalen Handlungskontrollprozesse.

Handlungsorientierte Personen – neigen dazu, Handlungsabsichten rasch zu realisieren.

Lageorientierte Personen – zeigen Einschränkungen in volitionalen Prozessen:

- **Prospektiv lageorientierte Personen** – neigen zu Zögern bei Entscheidungen und Handlungen.
- **Misserfolgsbezogen lageorientierte Personen** – zeigen Grübelneigung, fokussieren sich stark auf Misserfolge und entwickeln misserfolgsbezogene Gedanken.

Je nach Person oder psychischem Zustand zeigen sich Unterschiede bei der Zielerreichung, da die volitionalen Kontrollmechanismen im Rahmen der Handlungskontrolltheorie anders oder eingeschränkt sein können.

Eine weitere bekannte Theorie und oft herangezogenes Modell ist das **Rubikonmodell** von Heckhausen (1987a), Heckhausen und Gollwitzer (1987) sowie Gollwitzer (1990, 1991). Dabei werden Handlungstendenzen und Handlungsabsichten als potenzielle Handlungsziele beziehungsweise Zielintentionen unterschieden. Der Begriff des „Rubikons“ wird verwendet, wenn ein Handlungsziel verbindlich feststeht – also beim Übergang von unverbindlichen Wünschen zu verbindlichen Zielintentionen (siehe Abb.1). Der Rubikon markiert somit die Intentionsbildung und verbindet Prozesse des Abwägens und Auswählens mit den Prozessen der Zielrealisierung. Wichtige Aspekte für die erfolgreiche Zielrealisierung sind unter anderem: Motivationsstärke eines potenziellen Ziels, Abwägen und Intentionsbildung, passende Ausgangslage zur Umsetzung, Volitionsstärke mit subjektiver Verpflichtung auf Zielrealisierung, Unterdrückung konkurrierender Intentionen, Tätigkeitsschwierigkeit, Aktivität, Intensität, Effizienz sowie Bewertung der Handlung. Darüber hinaus werden

Intentionen und Handlungen durch Bewusstseinslage, Vorsätze oder Abschirmungsprozesse weiter beeinflusst.

Abbildung 1: Diagramm aus: Schumacher 2001; erweiterte Darstellung des Rubikonmodells der Handlungsphasen, S.71.

Dies sind zwei theoretische Modelle, die in der empirisch-psychologischen Forschung entwickelt wurden und Funktionen des Willens beschreiben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Einsatz des Willens insbesondere dann erforderlich ist, wenn zahlreiche Ablenkungen oder Schwierigkeiten bestehen und konkurrierende, attraktive Intentionen unterdrückt werden müssen (z.B. im Suchtausstiegsprozess). Entgegen der üblichen Annahme zeigt die experimentelle Forschung, dass volitionale Kontrolle von Handlungen auf verschiedenen Mechanismen basiert. Dabei zeigt sich, dass der grösste Teil dieser Mechanismen automatisch abläuft und nicht, wie im Alltag oft vermutet, mehrheitlich von bewussten Prozessen gesteuert werden.

Der Wille stellt somit einen zentralen Steuerungsprozess dar und dient der Absichtserrealisierung, wobei viele zugrunde liegende Prozesse selbstgesteuert und effektiv aber nicht direkt zugänglich sind, auch wenn sie häufig als bewusst und mit den Absichten übereinstimmend erlebt werden (Petzold, 2001a).

Motivationsmodell der Integrativen Therapie (Petzold, 1998, S. 384):

Petzold hat in einem eigenen Integrativen Motivationsmodell das Rubikonmodell von Heckhausen & Gollwitzer weiterentwickelt. Dabei unterteilte er den Motivationsprozess, welcher der Willensaktivierung vorausgeht, in drei Phasen (siehe Abb.2).

1. Prädezisionale Motivationsphase:

In dieser Phase ist das Ziel noch nicht festgelegt. Es wird zwischen verschiedenen Präferenzen abgewogen, wobei sich die Ausrichtung häufig an dominanten Themen orientiert. Hier wird eine Zielintention gebildet und ein Ziel ausgewählt.

2. Präaktionale Volitionsphase:

Diese Phase markiert den Übergang vom Planen zur Bildung einer Ausführungsintention.

3. Aktionale Handlungsphase:

In dieser Phase erfolgt die Umsetzung der Handlung, und das Handeln wird realisiert.

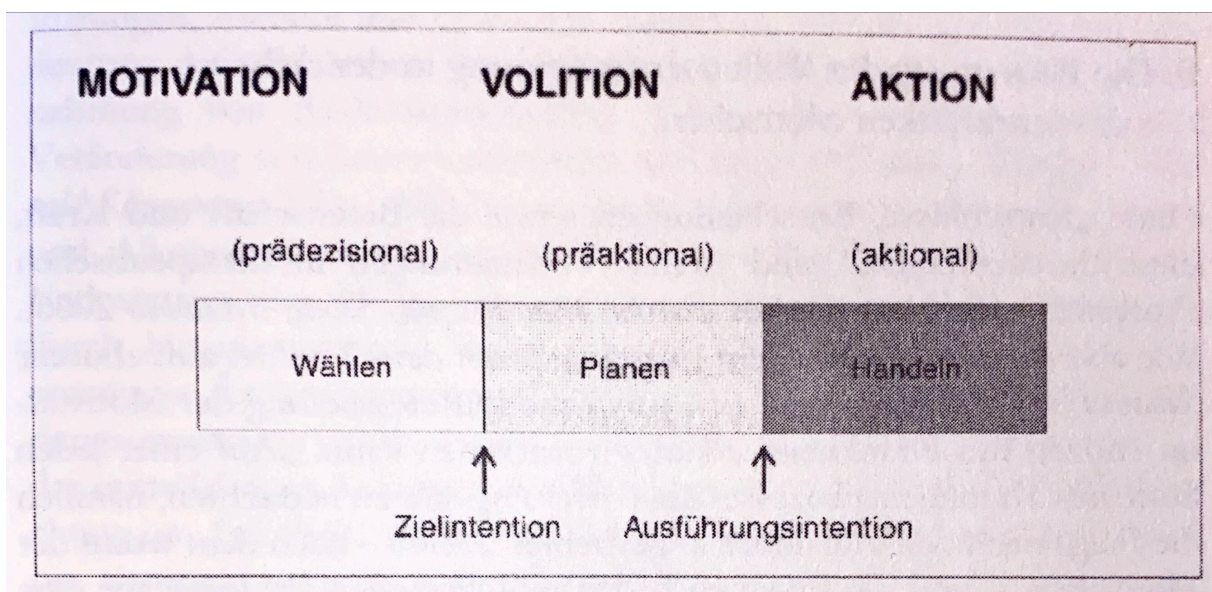


Abbildung 2: Diagramm aus Petzold 1998, S.384. Ablaufschema von Motivation und Volition nach Schwarzer 1993, S.223.

In den ersten beiden Phasen (siehe Abb. 2) werden Informationen aufgenommen und die jeweilige Situation abgewogen. Dazu gehört zum einen die Einschätzung situativer Gegebenheiten und zum anderen die Bewertung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eine allgemeine Beurteilung und Entscheidung ermöglichen. Sowohl emotionale (*valuation*) als auch kognitive (*appraisal*) Bewertungen fließen dabei bewusst oder unbewusst in den Prozess ein. Die Einschätzungen und Bewertungen beziehen sich sowohl auf die Situation als auch auf die eigene Person. Innere Muster und Schemata spielen hierbei eine zentrale Rolle (*Petzold, 2003e*).

4 Freier Wille

Das spannende, aber sehr umfangreiche Thema des „freien Willens“ wird in diesem Abschnitt nur kurz angerissen, da eine abschließende Behandlung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde.

In der **Integrativen Therapie** wird allgemein die Position eines „bedingt freien Willens“ vertreten, wie sie von *Bieri (2002)* beschrieben wurde. Nach *Petzold (2003e)* gründet der Wille in einem Grundantrieb zur Überlebenssicherung, der zu explorativer Neugierde führt und sowohl einen Gestaltungs- als auch einen Affiliationsantrieb hervorruft. Daraus entstehen Kreativität und, in Kooperation mit Mitmenschen, ko-kreative Interaktionen und Prozesse, die wiederum zu Ko-Volitionen führen. In *Petzold und Sieper (2008a, S. 511)* werden Erkenntnisse der neuropsychologischen Forschung erläutert, dezidiert umschrieben und im Kontext des freien Willens diskutiert. Willensintentionen und -handlungen sind an zerebrale Prozesse gebunden und somit kausal determiniert. Dieser Determinismus ist weder in der menschlichen Natur noch in anderen Bereichen der Natur zu umgehen, beinhaltet aber nicht nur ausschliesslich negative Aspekte. Unsere zerebralen und sensorischen Fähigkeiten haben erkennbare Grenzen, auch wenn moderne Technologien diese zunehmend erweitern können. Es ist davon auszugehen, dass zukünftige wissenschaftliche Erkenntnisse und technologische Entwicklungen weitere Determinanten hinzufügen werden. Die menschlichen Fähigkeiten bleiben dennoch begrenzt und determiniert.

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass unsere Handlungen durch immensen Zuwachs an Freiheitsgraden gekennzeichnet sind, diese aber weder starr noch unveränderlich sind. Willenshandlungen werden nicht nur durch externe Reize, sondern auch durch mentale Repräsentationen und antizipierte Ziele, wie beispielsweise zukünftige Bedürfnisse, ausgelöst und determiniert. Nach *Goschke* (2006, S. 145) wird unser Verhalten durch autonome Agenten, antizipierte Handlungseffekte und mental repräsentierte Ziele selbstdeterminiert. In der **Integrativen Therapie** wird die eigene Verantwortungsverpflichtung des Menschen als weiter ausgereift betrachtet, sodass Wissen und Handeln auch zur ethischen und politischen Willensbildung sowie Entscheidungsfindung beitragen können.

Nach *Bieri* (2002) ist die Freiheit des Willens relativ und differenziell. Wenn die Freiheit des Willens bedingt ist, kann sie sowohl philosophisch als auch neurowissenschaftlich in Graden der Willensfreiheit beschrieben werden. Die vorhandenen Freiheitsgrade des Willens können durch Übung oder Reflexion erweitert werden, was sinnvollerweise genutzt und ausgeschöpft werden sollte. Dies unterstützen auch *Petzold* und *Sieper* (2008a), die ebenfalls betonen, dass die Willensfreiheit relativ und bedingt differenziell ist, gleichzeitig jedoch die Chance bietet, das Potenzial wachsender Freiheit zu erhöhen. Die Wahrnehmung bewusster, unbewusster oder vorbewusster Volitionen (*Prävolitionen*) kann geübt werden und zu einer verbesserten Wahrnehmung von Willensregungen führen. Dadurch kann das Verhalten bewusster gesteuert und gezielter umgesetzt werden, etwa durch das Bewusstwerden motorischer Handlungen. Die Kontrollmöglichkeiten stoßen jedoch an Grenzen: Die Freiheit des Willens kann nicht vollständig gewonnen werden. Zwar sind präfrontale kortikale Strukturen für die Willensfreiheit wesentlich, doch spielen viele subkortikale und kortikale Strukturen, Rückkopplungsprozesse und das limbische System zentrale Rollen. Der Hauptteil der Willenssteuerung liegt dennoch im neuronalen Unbewussten.

5 Wille und Sucht

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen werden insbesondere nach Rückfällen oder Konsumereignissen häufig von der Gesellschaft, von Angehörigen und oftmals auch von sich selbst als willensschwach stigmatisiert. Sie werden nach wie vor häufig mit geringer Motivation und Unfähigkeit in Verbindung gebracht. Inwieweit eine vermeintliche Willensschwäche tatsächlich für Konsumereignisse und Rückfälle verantwortlich ist, soll in diesem Abschnitt näher betrachtet werden. Nach heutigem Wissensstand revidieren sich frühere Meinungen: Abhängigkeitserkrankungen sind offiziell als Krankheiten anerkannt, auch wenn dies in Teilen der Gesellschaft – insbesondere bei älteren Generationen – noch nicht vollständig verinnerlicht wurde. Konsumereignisse und Rückfälle werden heute als Ergebnis multifaktorieller Ursachen betrachtet, nicht als alleinige Folge mangelnder Willenskraft. Die Ursachen für Konsum und Rückfälle sollten daher, ähnlich wie bei anderen psychischen Erkrankungen, in einem **bio-psycho-sozialen Kontext** betrachtet werden. In der **Integrativen Therapie** wird dieser Ansatz um einen **ökologischen Bezug** erweitert, der Umwelt- und Naturfaktoren miteinschließt (Heinrichs, 2001, S. 176). Heute wird vertreten, dass Abhängigkeitserkrankungen nicht allein durch Willenskraft überwunden werden können. Dennoch bleibt der Wille ein wesentlicher Faktor für den Suchtausstiegsprozess: Ohne Willen ist es kaum möglich, aus einer Abhängigkeit herauszufinden, während alleinige Willenskraft nicht ausreicht, um die Erkrankung zu bewältigen.

„Wille ist ein Thema, das in der Psychotherapie lange vernachlässigt wurde“, (Osten, 2000, S. 350). Im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen existieren hierzu noch deutlich weniger Veröffentlichungen.

Problematisch bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist, dass sie sich häufig in einem wiederkehrenden Konflikt zwischen dem Ziel, den Konsum zu beenden, und dem gleichzeitigen Bedürfnis, weiterhin zu konsumieren, befinden. Ständig muss zwischen diesen beiden unvereinbaren Zielen entschieden werden. Dies erfordert ein hohes Maß an Selbstkontrolle: Reize müssen ausgeblendet oder unterdrückt und unmittelbare Reiz-Reaktionen verhindert werden. Dafür sind sowohl Wille als auch ein gewisses Maß an Selbstkontrolle notwendig.

Damit lässt sich eine Verbindung zum Thema Motivation herstellen. Wille und Motivation gehen eng miteinander einher: Wille stellt ein zielgerichtetes Streben dar, das durch Motivation entsteht und kognitiv verarbeitet wird (*Scharfetter*, 1996, S. 308). Motivation wird zudem als eine Form von Stimmung (Affekt) beschrieben, die aus Bedürfnissen entsteht und zu bedürfnisbefriedigenden Handlungen führt. Die daraus resultierenden Motive leiten tendenziell zu Verhalten über und suchen Situationen auf, welche mittel- oder langfristig zu positiven Zuständen führen (*Kruse, Körkel & Schmalz*, 2000, S. 176). Die Entstehung von Motiven kann intrapersonell erfolgen, z. B. durch Einstellungen, Gefühle oder Gedanken, oder extrinsisch durch äussere Einflüsse wie Umweltbedingungen oder andere Personen. Bei psychischen Erkrankungen zeigt sich häufig ein Ungleichgewicht zwischen Willen und Zielen: Ziele können nicht mehr formuliert oder gefunden werden, und/oder der Wille kann nicht mehr zum Ausdruck gebracht oder umgesetzt werden (*Osten*, 2000, S. 351). Dieses Ungleichgewicht ist bei Abhängigkeitserkrankungen, aber auch bei anderen Verhaltensstörungen wie z.B. der Spielsucht, besonders deutlich zu beobachten. In der Therapie wird versucht, die Motivation prozessual durch Interaktionen zwischen Therapeuten und Klienten aufzubauen. Dies geschieht am besten durch die Förderung von Veränderungsmotivation und die Formulierung konkreter Veränderungsziele. In diesem Zusammenhang wird bestmöglich ein individueller Veränderungsweg entwickelt und die einzelnen Handlungsschritte konkret geplant. Im Rahmen der Suchttherapie sollten dabei insbesondere die Abstinenzmotive gestärkt und die Konsummotive abgeschwächt werden. Solange keine Motivation gebildet wurde, kann keine Handlung zustande kommen und der Wille nicht umgesetzt werden. Erst mit der Motivation wird ein Ziel bestimmt, und die Planung der Handlungsschritte kann erfolgen. Dabei ist es entscheidend, im Entscheidungsprozess zwischen verschiedenen Handlungsalternativen abzuwägen und nicht zielführende Möglichkeiten zu unterdrücken. Der Wille fungiert in diesem Zusammenhang als bewusste Entscheidung in Richtung einer spezifischen Handlung. Wenn der Eindruck entsteht, dass ein Ziel nicht erreichbar ist – zum Beispiel aufgrund einer geringen Selbstwirksamkeit, also der inneren Überzeugung, ein Ziel wirklich erreichen zu können oder nicht – reduziert dies auch die Handlungsabsicht. Am Ende dieses Prozesses steht dann die Zielrealisierung (*Velt*, 2008).

Wille entsteht auf Grundlage von Grundmotiven wie Aktivität oder Selbstregulation, aber auch durch soziale Anpassung sowie affektive Kontrolle und Regulation. Diese Motive sind biologisch vorprogrammiert (*Petzold*, 1995g, S. 130).

«Jedem menschlichen Handeln liegt ein Motiv zugrunde», Jäckel (2001, S. 145).

Wenn der Fokus auf die Entwicklungspsychologie gerichtet wird, zeigt sich, dass der Wille bei Kleinkindern zunächst vor allem der Befriedigung grundlegender Bedürfnisse dient. Sowohl angelegte Dispositionen wie beispielsweise das Temperament, als auch Lernerfahrungen – also komplexes Lernen über kognitive, emotionale, körperliche und ökologische Erfahrungen – beeinflussen die Schemata des Denkens, Erinnerns, Fühlens, Wollens und Handelns und tragen so zur allgemeinen Entwicklung des Menschen bei (Sieper, 2001, S. 120).

Einen eigenen Willen zu besitzen, ist bestärkend und führt zu Autonomieerleben sowie positiven Gefühlen. Gleichzeitig kann der eigene Wille auch unangenehme Gefühle hervorrufen, da Entscheidungen getroffen oder notwendiges Durchsetzungsvermögen gegenüber anderen gezeigt werden müssen. Wird der eigene Wille oder der Wille anderer unterdrückt, kann dies zu intra- oder interpersonellen Spannungen, Konflikten, Auseinandersetzungen oder Schuldgefühlen führen. Auch das Ignorieren oder Aufgeben des eigenen Willens führt häufig zu negativen Gefühlen und Unzufriedenheit (Velt, 2008). Für die Lernerfahrung und Entwicklung eines Menschen ist es daher wichtig, neben den positiven Aspekten des Willens auch zu lernen, die daraus entstehenden negativen Gefühle auszuhalten, eigene Ziele zu erreichen und Bedürfnisse zu befriedigen. Werden diese Erfahrungen von Bezugspersonen ermöglicht und unterstützt, und wird die Kompetenz des Heranwachsenden gefördert, kann sich ein positives Selbstempfinden, ein gestärktes Selbsterleben und insbesondere eine erhöhte Selbstwirksamkeit entwickeln. Zentral ist, dass Heranwachsende erleben, dass sie Verursacher und Gestalter ihres eigenen Lebens sind und dieses aktiv gestalten können, während sie bei Bedarf Unterstützung anfordern und nutzen dürfen. Fehlt diese Unterstützung oder entstehen Not- bzw. Krisensituationen, kann dies zu negativen Lernerfahrungen führen, die die Entwicklung behindern, maladaptive Verhaltensmuster verstärken oder psychische Probleme hervorrufen.

Zu beachten ist, dass in der Vergangenheit – und teilweise noch heute – soziale Kontexte und Sozialisationsprozesse existieren, die darauf abzielen, den eigenen Willen zu reduzieren oder einzuschränken (z.B. von gewissen Lehrern, Eltern, Militär, o.ä.). Dies kann zur Entwicklung eines verminderten Selbstwertgefühls, von Selbstzweifel oder Selbstunsicherheit und in Extremfällen zu Gefühlen der Wertlosigkeit

führen. Betroffene Menschen haben es dadurch oft schwerer, eigene Ziele zu erkennen und anzustreben, Entscheidungen zu treffen, ihren eigenen Willen durchzusetzen und Durchhaltevermögen zu entwickeln.

Im Bereich des Willens und der Motivation sind neben den Erfahrungen von Erfolg auch Erfahrungen von Misserfolg von zentraler Bedeutung. Aus diesen Erfahrungen entwickeln sich Leistungserwartungen, Selbstwirksamkeitserfahrungen sowie Motivationsanreize. Entscheidend ist dabei, dass Fähigkeiten, Begabungen und Leistungsbereitschaft der Person selbst zugeschrieben werden, also ein internes Attributionsmuster verfolgt wird, bei dem Leistungen nicht externen, äußeren Ursachen zugeschrieben werden (Osten, 2000, S. 284). Dieses interne Attributionsmuster kann zu einer hohen Motivation führen und den Willen stärken, wodurch wiederum Lern- und Umsetzungsbereitschaft gefördert werden. Im Verlauf des Lebens wird zudem erlernt, wann Wille eingesetzt oder teilweise unterdrückt werden sollte und wann Emotionen reguliert werden müssen. Die Stile des Wollens entwickeln sich kontinuierlich weiter und sind nie endgültig abgeschlossen. In diesen Lernprozessen können sich neben positiven Entwicklungsschritten auch negative Lernerfahrungen manifestieren und chronifizieren, was sich beispielsweise in starken Versagensängsten, Entscheidungsunsicherheit, erlernter Hilflosigkeit oder impulsiven Reaktionen zeigen kann.

Verständnis von Abhängigkeit aus der Sicht der *Integrativen Therapie* (Velt, 2008):

In der *Integrativen Therapie* wird Abhängigkeit als eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie zur Problemlösung und Konfliktbewältigung verstanden. Häufig besteht dabei nur wenig oder kein unterstützendes Umfeld, und die Persönlichkeit ist oftmals beeinträchtigt. Betroffene verfügen über ein defizitäres Selbst, ein schwaches Ich und eine entfremdete Identität – entfremdet von sich selbst, dem Körper und der Umwelt (Petzold, 2000a). Diese ungünstigen Bedingungen entstehen häufig durch **multiple Schädigungen** über die Lebensspanne (kumulative Negativfaktoren) hinweg, meist kombiniert mit wenigen oder nicht vorhandenen protektiven Faktoren.

Der Mensch kommt mit einer Grundausstattung für die Ausbildung von Funktionen und Fähigkeiten zur Welt. Daraus entwickeln sich im Verlauf der Lebensgeschichte unter anderem die Ich-Funktionen, die durch Entwicklung und Erfahrungen gefördert oder beeinträchtigt werden können. Betrachtet man die Lebensgeschichten von

Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, zeigen sich fast immer multiple oder lang andauernde Schädigungen, die zu einer eingeschränkten oder maladaptiven Entwicklung der Ich-Funktionen geführt haben. Der Substanzkonsum kann in diesem Kontext als Notreaktion verstanden werden, die es ermöglicht, negative Interiorisierungen auszuhalten oder zu kompensieren. Zugleich kann er als eine Art Flucht dienen, da sich die Persönlichkeit nicht gesund entwickeln konnte oder ein instabiles Ich in eine Art Pseudowelt flüchtet. Menschen mit einem defizitären Selbst fällt es oft schwer, sich gegen äußere negative Einflüsse oder belastende innere Erinnerungen und Gefühle abzugrenzen. Dies führt häufig erneut zum Konsum (*Petzold, 2007e*). Substanzen können durch ihre Wirkungen die Regulation und Steuerung von Gefühlen unterstützen. Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen fehlen oft andere Emotionsregulationsmechanismen oder die Fähigkeit zur Introspektion, also die Wahrnehmung des eigenen inneren Befindens. Substanzen können Gefühle verändern, reduzieren oder verstärken und so helfen, negative Emotionen wie Angst, Verzweiflung oder Ohnmacht auszuhalten oder positive Gefühle zu intensivieren. Emotionale Überforderung kann funktionale Handlungen verhindern oder den Konsumwunsch verstärken. Häufig besteht eine Schwierigkeit, sich gegen innere Gefühlslagen oder äussere Einflüsse von Mitmenschen abzugrenzen, was zu Überforderung führt. Grenzkonflikte oder Verschwimmen von Grenzen weisen oft auf Störungen in der „**Caregiver-Polyade**“ hin und treten insbesondere bei fehlenden protektiven Faktoren auf. Ablösungsprozesse werden aufgrund wahrgenommener Bedrohung häufig nicht umgesetzt. Die konsumierte Substanz dient dabei als Mittel, Angst, Schmerz, Trauer oder belastende Realitäten auszuhalten. Oft zeigen Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen auch einen reduzierten Selbstwert und ein negatives Selbstbild, das sich in einer geschädigten Identität widerspiegelt, insbesondere in den fünf Säulen der Identität. Wenn der Umgang durch die Bezugspersonen liebevoll ist, erfährt das Kind Annahme und Wertschätzung, was positive affektive Zustände auslöst, internalisiert wird und zu einem positiven Selbstwertgefühl führt. Umgekehrt können abwertende, abstoßende, aggressive oder verletzende Äußerungen negative Affekte, Gefühle von Wertlosigkeit und Selbstabwertung hervorrufen und internalisiert das Selbstwertgefühl mindern (*Osten, 2000, S. 161–162*).

Auf neuronaler Ebene zeigen sich emotional gebundene Erfahrungen als **neuronale Bahnen** im Gehirn, die in Form von Erinnerungsprogrammen verankert werden. Ähnlich verhält es sich beim **Suchtgedächtnis**, das Lern- und

Konditionierungsprogramme enthält, die für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit bedeutsam sind (Böning, 2001, S. 13). Das Suchtgedächtnis führt über Schlüsselreiz-Reaktionen zu teils unbewusst, schnell und automatisch ablaufenden, gespeicherten Verhaltensweisen – selbst dann, wenn diese Verhaltensweisen bereits längere Zeit unterbrochen und durch neuere, gesündere Verhaltensweisen ersetzt wurden. Über das Belohnungssystem werden Neurotransmitter wie Dopamin und Serotonin ausgeschüttet. Verhaltensmuster, die eine hohe Dopaminausschüttung auslösen, werden im Gehirn als besonders wichtig abgespeichert und somit schnell erlernt. Beim Substanzkonsum kommt es zu einer doppelten Verstärkung: Einerseits durch die positiven, euphorischen Gefühle (positive Verstärkung) und andererseits durch die Aufhebung oder Reduktion negativer Gefühle (negative Verstärkung). Diese Verstärkungen erzeugen Impulse, die zur Fortsetzung und Wiederholung des Konsumverhaltens führen. Weitere Prozesse, wie die Motivationssteuerung, das Belohnungssystem und die allgemeine Willensbildung, werden überwiegend im präfrontalen Kortex verarbeitet. Das Suchtverhalten wird jedoch zusätzlich in älteren, evolutionär älteren Gehirnsystemen erlernt, gespeichert und über einen Lust-Entscheidungs-Schalter gesteuert. Durch Kontrollverlust können automatisierte Verhaltensweisen entstehen, wodurch der Substanzkonsum zwanghaft und schwer steuerbar wird (Böning, 2001, S. 14).

Abhängigkeit lässt sich nicht auf Willensschwäche reduzieren (Kruse et al., 2000, 172).

Auch wenn eine Person mehr konsumiert, als sie eigentlich will, ist dies nicht auf eine Willensschwäche zurückzuführen (Schneider, 2001, S. 95). Bei Abhängigkeitserkrankungen kann zwischen körperlicher und psychischer Abhängigkeit unterschieden werden. Körperliche Entzugssymptome müssen vom psychischen Verlangen nach Substanz zur Emotionsregulierung abgegrenzt werden. Zu Beginn einer Substanznutzung – also vor der Entwicklung einer Abhängigkeit – besteht häufig noch ein zielgerichtetes, kontrolliertes Verhalten, wobei im sozialen Rahmen, zur Entspannung oder für positive Gefühle konsumiert wird. Mit der Entwicklung einer Abhängigkeit jedoch bestimmt die Substanz zunehmend das Verhalten der Person, und die Betroffenen sind nicht mehr ihre eigene Kontrollinstanz. Der Mensch mit Abhängigkeitserkrankung ist seiner Substanz ausgeliefert, was zu Kontrollverlust führt. Dieser

Kontrollverlust geht oft einher mit Schuld- und Schamgefühlen sowie Selbststigmatisierung, was wiederum häufig zu Verheimlichung des Konsums, Ausreden, Verleugnung, Bagatellisierung oder sozialem Rückzug führt. Es entsteht ein negativer Teufelskreis, der langfristig auch die Persönlichkeit und Ich-Funktionen verändern kann. Solange die betroffene Person ihre Abhängigkeit nicht anerkennt, bleibt dieser Kreislauf meist bestehen (Petzold, 2003a). Der Verzicht auf eine Substanz bedeutet oft gleichzeitig den Verzicht auf ein bisheriges Regulations- und Bewältigungsmittel, wodurch die Entscheidung für Abstinenz erschwert wird und zu einer Ambivalenz im Suchtausstiegsprozess führt. Durch die Abhängigkeit und den längerfristigen Konsum verlieren Betroffene zunehmend, psychische Belastungen oder Probleme aktiv und eigenständig zu bewältigen. Dies führt häufig zu einer verminderten Toleranz gegenüber negativen Belastungen und Stress. Der Substanzkonsum und die meist schnell eintretenden Wirkungen verändern Erwartung und Toleranz. Die Persönlichkeit von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist oft gekennzeichnet durch reduzierte Selbstkontrolle, vermindertes Selbstwertgefühl, erhöhte Impulsivität, Gereiztheit, niedrige Frustrationstoleranz, wenig Durchhaltevermögen, Ungeduld und emotionale Dysbalancen.

Wo Sucht beginnt, endet der freie Wille (Hüther, 2008).

Allgemein ist aus der neurobiologischen Forschung bekannt, dass alles, was die Beziehungsfähigkeit von Menschen stärkt – sei es zu sich selbst, zu anderen, zur Natur oder zur Kultur – die Konnektivität neuronaler Strukturen im Gehirn verbessert. Eine gute neuronale Konnektivität geht dabei mit mehr Offenheit, Flexibilität und Gestaltungsmöglichkeiten einher. Im Umkehrschluss führt eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit zu einer reduzierten Nutzung neuronaler Ressourcen. Personen mit geringer Konnektivität zeigen häufig weniger Offenheit und eine geringere Fähigkeit, ihre Umgebung aktiv zu gestalten. Dies erhöht die Anfälligkeit für Ängste, Abhängigkeiten und andere Vulnerabilitäten. Oft treten diese Einschränkungen in Verbindung mit einer schwachen oder instabilen Persönlichkeit auf, was das Risiko für psychische Erkrankungen, einschließlich der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen, weiter erhöht (Hüther, 2008).

Beziehungen zu nahestehenden Menschen bilden die Grundlage für ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, sofern sie dazu beitragen, ein emotionales Gleichgewicht zu erreichen. Geht eine solche psychosoziale Unterstützung verloren, beispielsweise durch das Ende einer Beziehung, reagiert das Gehirn mit einer Art Notfallmechanismus. Dieser Mechanismus kann entweder helfen, das emotionale Gleichgewicht wiederherzustellen, und wird nach erfolgreicher Anpassung durch die Regulierung neuronaler und endokrinologischer Systeme beendet, oder das Ungleichgewicht bleibt bestehen. In letzterem Fall bleibt das System aktiviert und es kommt zu einer langanhaltenden Stressreaktion. Neuronale Bahnungen werden durch wiederholte Verhaltensmuster erlernt und im Gehirn gespeichert. Dadurch werden sowohl erfolgreiche als auch misslungene Bewältigungsstrategien erinnert. Gelingt es, ein negatives Gefühl zu überwinden, egal mit welcher Strategie, wird dies als erfolgreiche Bewältigung gespeichert. Wird ein neutraler oder negativer Zustand durch Substanzkonsum in einen angenehmen oder euphorischen Zustand transformiert, wird diese Strategie entsprechend auch als erfolgreiche Bewältigung abgespeichert. Wird Konsum als Strategie erlernt, steht auch zukünftig diese Möglichkeit zur Bewältigung und Problemlösung zur Verfügung. Je mehr verschiedene (am besten gesunde) Bewältigungsstrategien eine Person zur Verfügung hat, desto besser können Konflikte oder belastende Situationen über die Lebensspanne hinweg gelöst werden. Bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist das Repertoire an Bewältigungsstrategien häufig sehr eingeschränkt. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass bei neuen Konflikten erneut auf Substanzkonsum zurückgegriffen wird und keine alternative Strategie verfügbar ist. Mit zunehmendem Konsum und Chronifizierung bauen sich zudem andere eventuell vorhandene Ressourcen und alternative Bewältigungsstrategien zunehmend ab und die Abläufe des Konsums zunehmend unkontrollierbarer werden. Veränderungen oder Auflösung solch lang eingeübter und fest gebahnter, oft unbewusster, Bewältigungsstrategien erfordern viel Zeit und Übung. Bahnungen im Gehirn bleiben zudem lange bestehen und weiter erinnert. Dadurch besteht auch nach einer Entzugsbehandlungen und oft weiter darüber hinaus, eine psychische Abhängigkeit, da das sogenannte Suchtgedächtnis nur langsam durch Reorganisationsprozesse verändert werden kann (Hüther, 2008). Zusammenfassend lässt sich für die Behandlung und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen sagen, dass das Suchtgedächtnis eine zentrale Rolle spielt, auch über längerfristige Abstinenz hinaus, und die Sucht nur durch Neulernen gesunder Bewältigungsstrategien

überwunden werden kann. Unterstützung durch ein soziales Netzwerk, Ressourcen und protektive Faktoren sind dabei von großer Bedeutung. Daher sollte Prävention bereits in der Kindheit und Jugend ansetzen, indem sichere Bindungen, Ressourcen und Kompetenzen als Schutzfaktoren gegen Abhängigkeitserkrankungen oder anderen psychischen Störungen gefördert werden (*Gebauer & Hüther, 2001, 2002*).

6 Wille in der *Integrativen Therapie*

«**Mache dich selbst zum Projekt**» (*Petzold, 1969a, Petzold & Sieper, 2007a*)

Die Integrative Willenstherapie wird in der Ausarbeitung von *Petzold* und *Sieper* (2008a, Bd. I) beschrieben. Vor dem Hintergrund der Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen – unter anderem in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und Suchtpatienten – traten motivationspsychologische und willentherapeutische Fragestellungen wiederholt in den Vordergrund. Das Thema des Willens gewann zudem im Zusammenhang mit Forschungen zur Willkürmotorik bei Säuglingen und Kleinkindern an Bedeutung. Vor diesem entwicklungspsychologischen Hintergrund folgt auch die Auseinandersetzung mit der Willenthematik in der *Integrativen Therapie* einem biopsychosozialökologischen Ansatz über die gesamte Lebensspanne. Zugleich ist sie methodenintegrativ sowie methodenübergreifend ausgerichtet.

In der *Integrativen Therapie* wird primär beziehungsorientiert, fokalthérapeutisch und in narrativer Praxis gearbeitet. Dabei stehen z.B. der Leib aber auch soziale Netzwerke respektive „social worlds“ der Klienten im Fokus. Für den therapeutischen Prozess sind Wille und persönliches Wollen zentrale Voraussetzungen. Kooperation, Entscheidungsfindung und Durchhaltevermögen erfordern individuelle volitionale Prozesse und in sozialen Netzwerken auch ein kollektives Wollen. Die Arbeit mit dem Willen erfolgt daher eingebettet in eine therapeutische Gesamtkonzeption und ist schulenübergreifend ausgerichtet (*Petzold & Sieper, 2008a*). Psychische Störungen beeinflussen kognitive Stile und können zu negativen sowie dysfunktionalen inneren Attributionsmustern führen (cognitive appraisal). Ebenso können sich ungünstige

emotionale Stile entwickeln, etwa in Form von erlernter Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Resignation oder Selbstabwertung. Darüber hinaus zeigen sich häufig Beeinträchtigungen volitionaler Stile, beispielsweise eine eingeschränkte Entscheidungsfähigkeit, verminderte Willenskraft, reduziertes Durchhaltevermögen oder Schwierigkeiten in der Handlungsumsetzung. Auch sozio-kommunikative Stile können sich verändern, wodurch soziale Kompetenzen und Performanz beeinträchtigt werden. Ziel ist es, dysfunktionale Lebensstile zu verändern. Dies gelingt häufig nicht allein durch das individuelle Wollen der Patientin oder des Patienten, sondern erfordert auch die Einbeziehung kollektiver Kognitionen, Emotionen und Volitionen der jeweiligen Netzwerkmitglieder. Veränderungsprozesse beanspruchen somit nicht nur individuelles, sondern auch kollektives Wollen. In malignen oder pathogenen sozialen Netzwerken kann es notwendig sein, sich teilweise oder vollständig von diesen zu distanzieren. Zur Unterstützung solcher Veränderungsprozesse können unterschiedliche Massnahmen oder Massnahmenbündel eingesetzt werden, beispielsweise fokale Therapie, Netzwerkarbeit, Leib-, Bewegungs- und Sporttherapie, agogische und kreative Therapieformen sowie metatherapeutische Interventionen. Hilfreich ist dabei ein komplexes, multiprofessionelles Unterstützungsnetzwerk, in dem das kollektive Wollen der Helfenden mit dem individuellen Willen der Patientin oder des Patienten zusammenwirkt. Die Entscheidung, den eigenen Lebensstil zu verändern, muss dabei wiederholt bekräftigt und stabilisiert werden.

In der *Integrativen Therapie* wird eine **Problem-Ressourcen-Potential-Sicht (PRP-Perspektive)** eingenommen. Dabei werden bestehende Probleme differenziert betrachtet, neu bewertet und gegebenenfalls umgedeutet („reframed“), während gleichzeitig Ressourcen und Entwicklungspotenziale aktiviert werden. Dieser Ansatz geht über eine rein defizitorientierte Perspektive hinaus und integriert eine salutogenetische Sichtweise, die auf Förderung von Gesundheit und Persönlichkeitsentwicklung abzielt. Durch die gleichzeitige Bearbeitung von Problemlagen sowie die Stärkung vorhandener Ressourcen können gesamte Lebenssituationen positiv beeinflusst werden. Dies trägt langfristig zu einer nachhaltigen Verbesserung psychischer Störungen bei (Petzold & Sieper, 2008a).

Willenstheoretische Position der IT:

Neben der klinisch-therapeutischen Perspektive auf Gesundheit zielt die *Integrative Therapie* auf die Stärkung persönlicher Souveränität und Empowerment ab. Diese

Prozesse sind ohne Willenskraft und volitionale Handlungsfähigkeit nicht möglich. Psychische Erkrankungen gehen häufig mit Belastungen und Einschränkungen einher, die das Selbstempfinden schwächen und sich auch auf Motivation, Entscheidungsfähigkeit und Durchhaltevermögen auswirken. Infolgedessen ist die Frage nach dem Willen und dem persönlichen Wollen in der *Integrativen Therapie* regelhaft ein zentraler Bestandteil des therapeutischen Prozesses (Petzold & Sieper, 2003b).

Willenstheoretisches Konzept der IT (Petzold & Sieper, 2003b):

Wille und Wollen

- müssen differenziert mit verschiedenen Gehirnprozessen und deren emergenten Wirkungen verknüpft werden
- umfassen bewusstseinsfähige, intentionale, kortikale und insbesondere präfrontale Planungs- und Handlungsprozesse sowie kognitive Bewertungs- und Einschätzungsleistungen (appraisal)
- beinhalten ebenso unbewusste und vorbewusste, funktional wirksame subkortikale Prozesse, insbesondere jene des emotiven limbischen Gedächtnis- und Bewertungssystems
- führen auf der Grundlage dieser Hirnprozesse zum subjektiven, bewussten Erleben von Willen und Wollen – sowohl im aktuellen Handlungsvollzug als auch im Erinnern und in der Reflexion bewusster oder erst nachträglich bewusstwerdender Willensintentionen und -handlungen
- sind abhängig von vergangenen und gegenwärtigen soziokulturellen Kontexten und stehen in engem Zusammenhang mit biografischen Entwicklungsprozessen im Sinne einer Willenssozialisation

werden durch das Bewusstsein über diese Zusammenhänge beeinflusst, wodurch sich Willensgeschehen, Willenskompetenz und Performanz verändern lassen, was für die Willenstherapie von zentraler Bedeutung ist.

Der **Wille** aus integrativer Sicht, differenziell unter 4 Perspektiven:

- **Fungierender Impetus des Wollens:** ein sich anbahnender, un- oder vorbewusster Antrieb, der durch innen- oder außenmotivierte Prozesse des Willensgeschehens initiiert wird
- **Wille als bewusst erfahrbare Realität:** ein Prozess, in dem sich die Kräfte leiblichen Strebens, affektiver Dynamiken und vernunftgeleiteter Überlegungen zu einem Synergem verbinden und die Qualität des Wollens hervorbringen
- **Wille als System:** ein Zusammenspiel nicht-bewusster und bewusster zerebraler Prozesse, die synergetisch miteinander interagieren
- **Wille als soziales Produkt:** geprägt durch soziale Verhältnisse, enkulturelle Einflüsse und Sozialisationsprozesse, die die Qualität des Impetus sowie die Ausbildung volitionaler Stile formen

Kinder lernen durch den Willen der Eltern bzw. „Caregiver“, sich auf deren Willensabsichten zu synchronisieren. Gleichzeitig entwickeln sie dadurch ihren eigenen Willen und Fähigkeiten zur Selbstfürsorge („self-care“). Diese frühe Synchronisierung ist überlebenssichernd und legt die Grundlage für Willensperformanz (Fertigkeit) und Willenskompetenz (Fähigkeit). Die Fähigkeit zur Selbstführung erfordert einen performativen Raum, in dem Eigenwille erprobt und ausgeführt werden kann. Liegt die Kontrollmacht („locus of control“) ausschließlich im Aussen, also external, können sich zentrale Willensfähigkeiten wie Entscheidungsfähigkeit, Handlungsumsetzung oder Durchhaltevermögen nur eingeschränkt entwickeln. Der Stil des Wollens entwickelt sich sowohl inter- als auch intrapsychisch. Er bildet den Impetus des Wollens und kann mit einer gewissen Dauerhaftigkeit als Synergem zur Kraft des Willens werden. Den eigenen Willen mit dem Wollen anderer in Einklang zu bringen, stellt eine wichtige Überlebenstechnik dar und ist förderlich im familiären und sozialen Umfeld. Werden solche Prozesse jedoch behindert oder eingeschränkt – beispielsweise durch Egoismus oder einen übermächtigen Willen anderer – kann dies zu Belastungen, Frustration, Stresserleben, negativen Emotionen und damit zu maladaptiver Entwicklung mit pathogenen Auswirkungen führen. Um psychologische Willenspathologien zu vermeiden, ist es hilfreich, Willensäußerungen von Kindern oder Jugendlichen positiv zu verstärken. Dies geschieht durch Unterstützung des eigenen Wollens, positive Emotionen, erfolgreiches Handeln und Bereitstellen von Raum für Willenskoordination. Auf diese Weise können überangepasste Unterwürfigkeit oder

übersteigerte Reaktanz vermieden sowie Willensschwäche, Entschlusslosigkeit oder Unentschiedenheit reduziert werden. Das Erlernen des Willens wird zudem anhand der komplexen Lerntheorie des Integrativen Ansatzes erklärt, in der kognitives, emotionales, volitionales und sozio-kommunikatives Lernen miteinander verknüpft werden (*Petzold & Sieper, 2008a, Bd. 2*).

7 Praxeologische Konzepte für die therapeutische Arbeit mit dem Willen

Unter Praxeologie wird die Gesamtheit von Modellen, Konzepten und Methodiken verstanden, die zu einer theoretisch begründeten und theoriegeleiteten, systematischen Praxis führen. Theorie und Praxis erschließen und durchdringen sich dabei gegenseitig in einem fortlaufenden Prozess der Erkenntnisgewinnung und Evaluation. Die Willenstherapie stellt als wichtiger praxeologischer Teilbereich einen integralen Bestandteil der *Integrativen Therapie* dar. Spezifische willentherapeutische Arbeit im Integrativen Ansatz erfordert integrative, differenzielle sowie diagnostisch-anamnestische Zugänge (*Osten, 2000*). Solche Informationen werden beispielsweise aus dem narrativen willensdiagnostischen Interview (NWI) oder aus semiprojektiven Diagnostikverfahren gewonnen, wie etwa Ich-Funktionsbildern oder Willenspanoramen.

Persönlichkeit in der IT → Die Persönlichkeit entsteht durch das Zusammenwirken genetischer Dispositionen (Anlage) und der Einwirkung biopsychosozialökologischer Einflussgrößen sowie durch Enkulturation und Sozialisationsprozesse (Umwelt). Selbst, Ich und Identität stellen dabei zentrale Dimensionen der Persönlichkeit dar und sind Ausprägungen des Leib-Subjekts. Dieses befindet sich über die gesamte Lebensspanne in kontinuierlicher Weiterentwicklung, mit fortwährenden Möglichkeiten für persönliches Wachstum und die Erweiterung persönlicher Souveränität.

Ich in der IT → Die Ich-Funktionen stellen die Gesamtheit aller aus dem Leib-Subjekt emergierenden Prozesse dar. Das Selbst zeigt sich in Actu in Form dieser leibgegründeten Ich-Prozesse.

Es werden drei Ebenen von Ich-Funktionen unterschieden:

1. **Primäre Ich-Funktionen:** Dazu zählen bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten und Handeln.
2. **Sekundäre Ich-Funktionen:** Diese umfassen intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz und ähnliche Prozesse.
3. **Tertiäre Ich-Funktionen:** Hierbei handelt es sich um hochkomplexe Prozesse wie soziales Gewissen, politische Sensibilität oder philosophische Reflexion.

Ich-Funktionen werden durch Ich-Qualitäten charakterisiert, beispielsweise Vitalität, Stärke, Flexibilität, Kohärenz, Differenziertheit, Rigidität, Schwäche oder Desorganisiertheit. Diese Qualitäten können im Rahmen des narrativen Willensdiagnostischen Interviews (NWI) exploriert werden.

Ich-Funktionsbilder auch Ego-Charts (Petzold, 1982)

Die Ich-Funktionsbilder stehen im Kontext der Persönlichkeitstheorie des Integrativen Ansatzes und werden als semiprojektive Technik eingesetzt. Sie dienen dazu, Ich-Funktionen aus Sicht der Klientinnen und Klienten möglichst umfassend zu erfassen und visuell auf Papier darzustellen. Durch die subjektive Wertung dessen, was gezeichnet oder dargestellt wird, können individuelle Besonderheiten und Ausprägungen erkannt und benannt werden. So können beispielsweise Aussagen wie „Ich bin ein Willensmensch und wenig einfühlsam“ sichtbar gemacht und in der therapeutischen Arbeit genutzt werden.

7.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview

Das Narrative Willensdiagnostische Interview (NWI) nach Petzold (2008d) ist ein halbstrukturiertes Interview, bei dem Patient und Therapeut über standardisierte Fragen und explorative Gespräche Einblicke in das Thema Wille des Patienten erhalten. Dabei liegt der Fokus auf dem Willen, dem Wollen und dem Entscheidungsverhalten. Zusätzlich werden Zieldimensionen und Zielrealisierungsverhalten einbezogen.

Es werden insbesondere folgende Bereiche erfasst: die volitive Devisionalität (Entscheidungsfähigkeit), die volitive Umsetzungsfähigkeit (Handlungsrealisierung) sowie die volitive Persistenz (Durchhaltevermögen). Grundlage hierfür sind persönlichkeits-

entwicklungs- und volitionspsychologische Überlegungen. Die narrative Qualität des Interviews ist zentral, da dadurch lebensgeschichtliche und für den Lebenskontext bedeutsame Informationen erschlossen werden können.

7.2 Willenspanorama

Das Willenspanorama (*Petzold & Orth, 2008a*) ist eine semiprojektive Technik, bei der Bilder gemalt, gezeichnet oder als Collagen gestaltet werden. Diese repräsentieren bewusste oder vorbewusste, erinnerte Eindrücke, Wahrnehmungen oder Erfahrungen zum Thema Willen. Durch die Gestaltung können auch unbewusste Aspekte sichtbar werden, weshalb von semiprojektiven Qualitäten gesprochen wird. Die Technik erlaubt es, Entwicklungsdynamiken über die Lebensspanne zu erfassen, was im Integrativen Ansatz mit seinem Fokus auf longitudinaler, lebenslanger Entwicklung zentral ist. Das Willenspanorama kann als bildhafte „Geschichte des Willens“ verstanden werden: Es zeigt, wie sich der Wille früher zeigte, wie er sich entwickelte und welche Faktoren ihn geformt, verändert, gebremst oder gefördert haben. Dabei können auch Defizite, externe Einflüsse oder positive sowie negative Faktoren, die auf den Willen gewirkt haben, visualisiert werden. Formen, Farben und Symbole können unbewusste Dimensionen erschließen und ins Bewusstsein bringen. Non-verbale Zugänge ermöglichen dabei oft eine tiefere Erschließung unbewusster Prozesse als rein verbale Methoden. Gleichzeitig kann über die Panoramamethode auch zukünftige Gestalten des Willens antizipiert und reflektiert werden.

8 Behandlungsprozesse

In den nachfolgenden Unterkapitel werden von drei Prozessbeispielen die Narrativen willensdiagnostischen Interviews und gestalteten Willenspanoramen aufgeführt. Die Darstellungen dienen der Veranschaulichung der Methoden und der Herstellung eines Bezugs zur Praxis. Als Hintergrundinformationen und zum besseren Verständnis

werden zudem anamnestische und diagnostische Angaben sowie die 5 Säulen der Identität dargestellt und kurz beschrieben².

8.1 Prozess 1

- **Diagnosen**

- F10.20 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeits-syndrom, Konsum seit ca. 1 Jahr sistiert
- F13.20 Psychische und Verhaltensstörung durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, Konsum seit ca. 9 Monate sistiert
- F41.0 Panikstörung (V. a.), aktuell keine Symptome

- **Lebenssituation**

- Wohnhaft zusammen mit Ehefrau in Eigentumswohnung, konflikthafte Beziehung
- Kinderlos, Kinderwunsch habe früher bestanden, aufgrund der Sucht kam es nicht dazu
- Arbeitslos seit 2019 im IV-Arbeitsintegrationsprogramm seit 2021
- Abstinenz seit ca. 1 Jahr, Rückfälle ca. einmal jährlich
- Mehrfache stationäre Aufenthalte und ambulante suchtspezifische Therapie

- **Identitätsbereiche (5 Säulen)**

- *Leiblichkeit*: wenig Fähigkeit zum eigenleiblichen Spüren, Probleme mit Bewältigung, Differenzierung und Regulation von Emotionen
- *Soziales Netz*: Sehr kleines soziales Netz, Bruder und einen guten Freund, verheiratet aber belastete Beziehung
- *Arbeit/Leistung/Freizeit*: guter Schüler, gute Anstellung in der Bank, seit 2019 arbeitslos aufgrund Abhängigkeitserkrankung, Hobbys sind Autos, Haushalt, Ferien in Italien
- *Materielle Sicherheit*: finanziell gut abgesichert
- *Werteorientierung*: Familienmensch, sehr angepasst, engagiert bis hin zu aufopfernd

² Die Daten dieser Erhebung wurden insgesamt anonymisiert.

8.1.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview

(Erhebung Start und Ende am: 11.02.26)

I. Subjektive Theorien des Patienten/der Patientin

a) Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?

Wille ist für mich etwas, dass ich erreiche, ein Ziel.

b) Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?

Ich will, ein starker Wille.

c) Haben Sie eher einen starken oder einen schwachen Willen? Wie äußert sich das?

Ich habe einen starken Willen, ausdauernd, hartnäckig und ich gebe nicht auf.

d) Ist Ihr Wille in allen Bereich gleich stark/schwach? Was sind besondere Bereiche?

Es gibt keine Unterschiede in den Bereichen, aber ein Muster. Wenn äussere Faktoren nicht beeinflussbar sind, brauche ich Unterstützung. Dies ist in den Bereichen Umwelt, Finanzen oder auch in Sozialem gleich.

e) Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?

Früher waren andere Zeiten als heute, alle waren bescheidener. Wir konnten nicht alles haben, vor allem materiell nicht. Aber die Eltern waren nett und haben es uns erklärt.

f) Wessen Wille zählte in der Familie?

Der vom Vater, er war der Boss. Sein Wille zählte und wurde durchgesetzt.

g) Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?

Dann äusserte der Vater: « Ruhe im Saal!». Man war ruhig, es wurde nicht widersprochen oder gestänkert.

h) Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit/Jugend an Ihren Willen?

Ich habe grosse Mühe bezüglich der Erinnerungen an früher. Aber wir waren bescheiden. Die Eltern gaben viel Freiheit, vor allem ab dem Teenageralter mussten wir

selbst entscheiden, aber auch selbst die Konsequenzen davontragen. Sie waren aber auch da, wenn wir Hilfe brauchten.

i) Wieviel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind/als Jugendlicher haben?

Ab 14J. hatten wir genug Freiheit aber in dem von den Eltern vorgegebenem Rahmen von damals.

j) Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

Ja durfte ich, vor allem mit dem Geld, dass ich in den Schulferien verdiente, durfte ich machen/kaufen was ich wollte.

II. Willensverhalten: Entscheidungen

a) Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?

Wenn es um die eigenen Entscheidungen geht, leicht und schnell. Wenn andere involviert sind, ist es schwerfälliger, da ich zu viel Rücksicht auf andere nehmen. Ich schaue mehr auf die anderen.

b) In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?

In der Arbeit leicht, im Sozialen schwer, wegen dem starken Rücksicht nehmen meinerseits.

c) Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)

Ich bin nicht mehr so jung, die eigenen Erfahrungen stützen, das hilft und ich kann dadurch Entscheidungen treffen. Auch andere fragen mich auch um Rat für ihre Entscheidungen.

d) Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?

Ja, heute schaue ich mehr auf die eigenen Bedürfnisse, früher habe ich viel auf die der anderen geschaut und null auf mich.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Ich war zum Beispiel bereits in der Kindheit bei meinen Freunden als der «Aufpasser» bekannt, da ich schon damals für die Anderen Entscheidungen getroffen habe.

f) Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurechtkamen?

Früher half mir dabei meine Familie, meine Eltern. Heute ist dies professionelle Hilfe oder mein Bruder.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was/wer behindert Sie?

Fördern; Frau Kaufmann und Bezug von aussen. Gehindert werde ich, wenn Unwissen besteht.

h) Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?

Wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, kommen im Kopf negative Gedanken und viele weitere Pläne B, C, etc. Dieses starke Vorsichtsdanken/Vorsichtsverhalten würde ich ändern.

i) Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?

Mehr Unterstützung in der Familie, was ich aktuell nicht habe. Oder eine stärker unterstützende partnerschaftliche Beziehung.

j) Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben, erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

Es ist nicht mehr so schlimm wie früher, damals habe ich mehr für die anderen gewollt und nicht für mich. Heute ist dies immer noch aber schon viel besser.

III. Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten

a) Können Sie getroffene Entscheidungen gut/schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?

Ja, ich kann Entscheidungen gut umsetzen. Damit habe ich kein Problem, ich habe ein starker Wille. Unter Alkohol aber nicht, da habe ich keinen Willen mehr.

b) In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?

Es geht immer gut, wenn die Umwelt mitmacht. Wenn die Umwelt nicht mitmacht, ist es für mich sehr schwer, meinen Willen durchzusetzen.

c) Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten?

Meine Umsetzung ist sehr strategisch. Ich schaue es an, analysiere im Kopf «was», «wie», und habe dann einen planmässigen Ablauf bereit.

d) Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?

Ja ist es, aber seit 2013 habe ich Temesta genommen, ab 2017 war gar nichts mehr gut, ich hatte zunehmend Blackouts. Davor und danach war es gut.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Von den Eltern hatte ich eher Freiheiten. Von der Schule gab es hohe Erwartungen und ich musste fest durchhalten. Die Eltern gaben mir die Eigenverantwortung aber im Rahmen und mit ihrer Unterstützung.

f) Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?

Aber auch wenn es zu Problemen kam, waren sie noch da für uns. In der Schule gab es die Rückmeldung über die Noten. Bis 18 Jahren halfen die Eltern viel, danach mussten wir es allein machen.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?

Im Moment fördert die Leidenschaft, wenn ich etwas gerne mache, dann ziehe ich es durch. Gehindert werde ich nur, wenn ich zu wenig oder keine Zeit habe.

h) Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?

Gleich. Ich gebe nicht auf, ich halte durch, auch mit Hilfe oder Rückschritten.

i) Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?

Die Leidenschaft fördert es. Gehindert wird/wurde es teilweise durch meine (schlechte) Gesundheit.

j) Was würden Sie bei Umsetzen und Durchhalten verändern?

Zum Teil die Geschwindigkeit. Etwas mehr bremsen wäre gut, um nicht zu schnell zu sein.

k) Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?

Wochenziele, nicht alles aufeinander zu machen und besser einzuteilen.

l) Fällt es Ihnen heute leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

Nein, keinen Unterschied, beides gleich.

IV. Willensverhalten: Feinstrukturen

a) Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?

Ich überlege zuerst.

b) Fällt es Ihnen leicht/schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?

Früher war ich ein schneller Typ, auch aufgrund des Berufs musste ich schnelle Entscheidungen treffen können. Heute stoppe ich und überlege, je nach Situation und langsamer (SOBER-Prinzip).

c) Denken Sie über Folgen nach und planen Sie Aktionen sorgsam mit Blick auf die Zukunft, indem Sie Ziele festlegen? Wie konkret tun Sie das?

Ja schrittweise und stoppe, wenn etwas nicht geht.

d) Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?

Ja ich bin sehr zielorientiert und konsequent, lasse mich nicht ablenken.

e) Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?

Ich mache viel Neues, ich mach immer wieder neues und entwickle mich weiter.

f) Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie aufs Neue zu überdenken, also flexibel zu bleiben?

Ja, wenn es nicht funktioniert, stoppe ich und suche eine Alternative.

g) Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – gut/schlecht?

Ja das kann ich gut gleichzeitig. Auch längerfristig.

h) Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?

Ich gebe nicht auf, akzeptiere aber auch, wenn es nicht klappt, und passe dann an oder lasse es los.

i) Gelingt es Ihnen leicht/schwer aus einem laufen Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Ja leicht, fast zu fest. Ich mache mir zu schnell Gedanken über weiterführende Ziele.

8.1.2 Willenspanorama



Abbildung 3: Willenspanorama Prozess 1 (25.02.26)

In der Beschreibung äusserte der Patient folgendes zu seinem Panorama:

Das Willenspanorama zeigt sich wie eine Zeitachse mit Beginn am unteren Ende des Fotos.

Puppe: mit der ersten Erinnerung an ein Foto als Einjähriger. Bereits damals zeigte sich bei mir ein klarer, fokussierter Blick, auf etwas gerichtet. Die Mutter erzählte mir, dass ich schon früh ganz genau wusste, was ich will und nicht ruhig bleiben konnte.

Figur Frau: Bereits ab ca. 3-jährig hatte ich den Kontakt zu Frauen gerne und diesen auch gesucht. Ich fühlte mich jeweils sehr wohl und sicher in ihrer Nähe. Der Kontakt zu anderen Menschen war mir damals schon wichtig.

Weisses Kästchen: Spielzeuge hatten wir zuhause nicht zweimalig, ich musste sie mit meinem Bruder teilen. Dabei gab es oft Streit, wer damit spielen durfte, z.B. mit dem Velo fahren oder dem Schlitten fahren. Ich habe oft nachgegeben, schon damals. Zudem war mein Bruder frecher und hatte den Willen auf seiner Seite.

Figur Männchen: In der Projektwoche der Schule war ich sehr aktiv, ich wusste, was ich will, was ich machen wollte, und habe dies auch umgesetzt.

Figur König: Ab 12J. kam Willensstärke, ich war der Aufpasser im Kollegenkreis, der König und Beschützer der anderen.

Hauswand mit Tür & Fenster: Mit 20J. wusste ich schon, dass ich ein Eigenheim will, eine Wohnung oder ein Haus. Als Bankangestellter habe ich alles kalkuliert und geschaut. Ich wusste genau, dass ich ein starker Wille für ein Eigenheim hatte.

Figur gestandener Mann: Ab 20J. war der Vater weg, er war viel bei der Arbeit, dadurch wurde ich das Oberhaupt der Familie. Die Mutter weinte damals auch, wenn ich krank war und äusserte, dass die Familie tot wäre ohne mir. Ich war damals auch neu in der Arbeitswelt und immer gefestigter im Leben.

Stein: Dann gab es einen Knick, in den ersten 3 Monaten der Arbeit hatte ich viel Unsicherheiten. Der Chef sprach nur englisch mit mir und ich verstand kein Wort. Ich wollte damals aufgeben und den Job kündigen. Ich glaubte nicht, dass ich es schaffe. Dennoch habe ich durchgebissen. Nach 3 Monaten äusserte der Chef, dass er Schweizerdeutsch sprechen könne und er einfach wollte, dass ich es lerne. Ich war froh Durchhaltewille gezeigt zu haben.

Bartresen: Zeit von 20-25J. war ich viel im Ausgang in Bars. In der Bank war immer am Freitag Party. Ich habe damals noch nicht so viel getrunken und bin darum jeweils nach Hause, um mit dem Auto wieder zu kommen, um nicht mehr trinken zu müssen.

Gitter: Dann ist meine Mutter erkrankt und es entstanden zwei Parallelwelten. Diese werden durch das Gitter dargestellt. 2 Parallelwelten, die eine bei der Mutter, die andere im normalen Leben. Ich habe in beiden gelebt. Der Wille war auch in beiden da, aber verschieden.

Pferd: Dann der Tod meiner Mutter nach 7 Jahren Koma. Ich wurde dann ganz das Oberhaupt der Familie, der Bürokrat der Familie, ich habe mich um alles gekümmert.

Sonnenschirm: die Freundin vom Bruder und er wollten das Haus in Italien an sich reißen, ich habe mich aber gewehrt und bin für mich eingestanden. Ich habe mich stark gemacht bei meinem Vater und es kam zum gleichzeitigen Erbvorbezug für meinen Bruder und mich. Mein Vater war damals schon erkrankt.

Grauer Filzuntersetzer: ab 2017 kam es zu Konsum von Temesta, ich war damals noch in der Bank tätig. Mein Wille war noch stabil aber gefühlt habe ich mich unter dem Konsum wie eine graue Fläche. Ich habe nur funktioniert in einer leeren Welt, alles war verschwommen.

Weintrauben: ab 2019 kam es täglich zu immer mehr Konsum und Konsum von Alkohol (rote Trauben) kam dazu neben dem täglichen Konsum von Temesta (weisses Steichen). Morgen/Mittag nahm ich Temesta am Abend trank ich Alkohol.

1. Sonnenblümchen: erste Sonnenblume war erste Behandlung bei einem Psychiater, das gab mir das Gefühl von Hilfe, er gab mir aber nur noch mehr Medikamente.

Holzkiste: 2021 hatte ich mein erster Entzug. Dies gab mir neue Motivation, diese war jedoch vermeintlich und eine falsche Hoffnung. Es war unmöglich nach einem kurzen Entzug aus der Sucht zu kommen.

Schwarzer Ball: es gab viele Rückfälle und zunehmender Konsum, auch zunehmende Zustandsverschlechterung. Mein innerer Wille war immer da, aber durch die Rückfälle war es eine schwarze Zeit.

2. Sonnenblümchen: Behandlungen in neuer und anderer Klinik. Da äusserte eine Pflegerin, dass es gut kommen werde. Ich hatte aber noch keine Hoffnung. Sie äusserte, dass es schwierig werden wird ohne Hoffnung aber nicht unmöglich. Es habe dann plötzlich Klick gemacht bei mir und es war eine sehr gute Therapie.

Sattel: Heute sitze ich wieder auf dem Sattel.

Der Patient schaut über das ganze Willenspanorama und äussert; «Mission impossible» habe ich überstanden und er lächelt.

8.1.3 Ergänzende Fragen

1. Wie ist/zeigt sich ihr Wille bei/im Konsum?

Dies hat sich je nach Substanz unterschiedlich gezeigt. Unter Temesta habe ich nichts gemerkt an Veränderung. Der Wille war trotzdem da, ich konnte weiter funktionieren, obwohl die Dosis zunahm. Unter Alkohol war ich komplett willenlos. Auch wenn ich nicht trinken wollte, der Alkohol war stärker. Er hat meinen Willen immer übertrumpft.

2. Zeigt sich der Wille beim/im Konsum immer gleich oder verschieden?

Der Wille war wie oben bereits erläutert verschieden bei unterschiedlichem Konsum und Substanzen. Bei Alkohol kam es zum Beispiel im Verlauf auch zu schlimmen

Ereignissen wie Stürze etc. das war bei Temesta nie der Fall. Alkohol hat neben dem Willen auch meine ganzen Körperfunktionen ausgeschaltet.

3. Wie sieht ihr Wille aus beim/im Konsum?

Der Wille unter Konsum ist im Willenspanorama enthalten. Die erste Konsumphase mit Temesta führte zur ersten Abhängigkeit. Diese Abhängigkeit/dieser Konsum lässt sich wie eine Fläche beschreiben, die leer ist und flach. Ich habe nur funktioniert aber in einer leeren Welt, alles habe ich verschwommen wahrgenommen. Dann beim Alkohol gab es die vielen Rückfälle als schwarzer harter Ball, düster, weil es eine schwarze Zeit war.

8.2 Prozess 2

- **Diagnosen**
 - F10.20 Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom, Konsum seit 2021 sistiert
 - F32.0 leichte depressive Episode (2021)
- **Lebenssituation**
 - Geschieden, in neuer Partnerschaft
 - Kinderlos, ohne Kinderwunsch
 - Wohnhaft mit Partnerin in Eigentumswohnung, in guter Beziehung
 - Seit Sommer 2025 in Pension, langjährige Führungsposition
 - Abstinenz seit ca. 1 Jahr aufgrund Darmbehandlung im Spital und depressiver Episode
 - Davor keine stationären oder ambulanten Behandlungen
- **Identitätsbereiche (5 Säulen)**
 - *Leiblichkeit*: durch Therapien vermehrte Fähigkeit zur Introspektion, Skills, Fähigkeit zur Emotionsregulation
 - *Soziales Netz*: kleines soziales Netz, mit Herkunftsfamilie in guter Beziehung
 - *Arbeit/Leistung/Freizeit*: gute Schulzeit, Lehre und später Führungspositionen, Hobbys sind Fotografieren, Reisen
 - *Materielle Sicherheit*: finanziell sehr gut aufgestellt
 - *Werteorientierung*: rationale Ansichten, eher ich-fokussiert, eigenständig

8.2.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview

(Erhebung Start: 29.01.26, Ende: 19.02.26)

I. Subjektive Theorien des Patienten/der Patientin

a) Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?

Wille ist etwas, das persönlich ist. Mit dem drücke ich aus, was meine Persönlichkeit ist, was meine Werte sind. Gegen meinen Willen ist, was gegen das ist, was ich will.

b) Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?

Stark, aber nicht unverrückbar. Grundsätzlich stark aber kann auch überzeugt werden, lasse mit mir diskutieren. Früher war ich fit und stark, da war es wichtiger, heute ist es mir etwas egal. Je älter ich werde, umso weniger wichtig ist es mir, mich immer durchzusetzen. Ich bin kompromissbereiter, habe aber doch meine Meinungen.

c) Haben Sie eher einen starken oder einen schwachen Willen? Wie äußert sich das?

Eher ein stärkerer. Äussert sich, weil ich mache, was ich will und meine Meinung äussere, je nach Kontext aber auch verschieden stark.

d) Ist Ihr Wille in allen Bereich gleich stark/schwach? Was sind besondere Bereiche?

Differenziert, in gewissen Bereichen ist er weniger oder mehr ausgeprägt. Familiär/Arbeit ist er stark vor allem dort wo etwas zu bewegen ist. In den Beziehungen ist er anders, eher schwächer, vor allem bei schönen Frauen.

e) Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?

Ich habe generell wenig Erinnerungen an die Kindheit, meine Ziele habe ich durchbekommen und erreicht. Es wurde positiv mit meinen Willensäußerungen umgegangen. Ich habe viel Support bekomme und meine Ideen wurden unterstützt.

f) Wessen Wille zählte in der Familie?

Grundsätzlich der vom Vater, er liess aber auch mit sich reden.

g) Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?

Er blieb konsequent, hat eher der Mutter die Leviten gelesen, wenn sie nicht seine Meinung unterstützte und befolgte. Er wurde jeweils nicht weich.

h) Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit/Jugend an Ihren Willen?

Es wurde gefordert, dass ich die eigene Meinung vertreten. Es gab viele Diskussionen am Tisch mit Anteilnahme von uns Kinder.

i) Wieviel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind/als Jugendlicher haben?

Eigener Wille durfte ich je nach Thema haben im Rahmen z.B. bezüglich des Werdegangs in der Schule oder dass wir keinen Ärger mit der Polizei und Sorgfalt pflegten.

j) Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

Ja sicher.

II. Willensverhalten: Entscheidungen

a) Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?

Wenn Fakten da sind, bin ich eher ein schneller Entscheider, allgemein bin ich schnell und gut darin, aber ich ziehe immer die Bilanz.

b) In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?

Nein dies ist nicht bereichsspezifisch. Es ist eher abhängig von den Fakten, die vorliegen, nicht von den verschiedenen Bereichen.

c) Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)

Faktenbasiert, schnell, entscheidungsfreudig, aber nicht unvorbereitet, nicht unüberlegt.

d) Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?

Ja, das hat sich so entwickelt, ist daher erfahrungsbasiert. Ich habe immer erreicht, was ich will.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Zuerst überlegen, studieren, dann machen. Die Konsequenzen mussten dann auch selbst getragen werden.

f) Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurechtkamen?

Dann habe ich meinen Vater um Rat gefragt, er war ein Realist und ich bin auch einer.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was/wer behindert Sie?

Fördern, niemand. Hindern, teils die Umstände.

h) Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?

Nichts.

i) Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?

Das ich zuerst schaue, um was es geht und erst dann entscheiden.

j) Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben, erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

Nein, ich habe eine liberale Einstellung, ich würde nicht für andere Wollen.

III. Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten

a) Können Sie getroffene Entscheidungen gut/schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?

Ja, ich kann gut umsetzen, ich bin schon seit immer gut im umsetzen, sehr gut sogar.

b) In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?

Es gibt Unterschiede. In Beziehungen ist es für mich schwieriger, da man teils korrigieren muss wegen den Emotionen. Bei der Arbeit ist es einfacher, da habe ich mehr Fakten zur Verfügung.

Beim Konsum zudem, habe ich keinen Willen mehr und dafür Depression.

c) Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten?

Entscheiden und den Weg festlegen, dann einfach machen, auch wenn es hart ist.

d) Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?

Ja, es sind die Entscheidungen vom Leben bezüglich der Arbeit oder Beziehungen.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Entscheide selbst und dann mache auch. Kämpfe dann und bleibe auf deinem Weg, sei bewusst.

f) Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?

«Komm, wenn du Hilfe brauchst», mein Vater war immer mein Backup, meine Mutter war lieb aber eher nicht mein Backup.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?

Fördern eventuell meine Freundin, hindern nichts.

h) Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?

Auch hart, die Fakten bleiben klar und es wird nicht diskutiert.

i) Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?

Das Ziel, das, was ich will, fördert es. Geschwächt wird es bei schönen Frauen, Ablenkung oder Alkohol.

j) Was würden Sie bei Umsetzen und Durchhalten verändern?

Nichts, einfach machen.

k) Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?

Eventuell teilweise nochmals überdenken.

l) Fällt es Ihnen heute leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

Nein, das mache ich nicht.

IV. Willensverhalten: Feinstrukturen

a) Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?

Kommt darauf an, früher bei Einsätzen musste ich schnell entscheiden, sonst ohne zeitlichen Druck, nehme ich mir Zeit und kann abwägen und dann entscheiden.

b) Fällt es Ihnen leicht/schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?

Im Einsatz waren teils Korrekturen schwer, aber wenn die Situation es erforderte, war es wichtig. Ich kann Impulse gut kontrollieren, wenn es notwendig wird auch Entscheidungen ändern oder anpassen.

c) Denken Sie über Folgen nach und planen Sie Aktionen sorgsam mit Blick auf die Zukunft, indem Sie Ziele festlegen? Wie konkret tun Sie das?

Jein. Je nach dem um was es geht. Zum Beispiel beim Kauf von nicht so teuren Sachen kaufe ich es schnell, da es nicht so relevant ist. Bei grösseren Sachen wie einem Auto oder einer Eigentumswohnung überdenke ich und wäge ab.

d) Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?

Nein und ja. Ich kann gut durchhalten und Geduld zeigen, ändere aber auch das Ziel, wenn es nicht mehr passt.

e) Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?

Meine Devise: «Mache es, wenn du's machen musst, aber dann auch richtig». Man sollte nur Energie investieren, wenn man etwas verändern kann, sonst nicht. Zudem sollte man anpassen, wenn es Anpassung braucht. Dies gehört auch zum Prozess und ist wichtig.

f) Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie aufs Neue zu überdenken, also flexibel zu bleiben?

Ja, ich wäge ab, je nach Zeit und Situation kann sich etwas verändern. Dann muss man Abstand nehmen wenn's nicht passt.

g) Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – gut/schlecht?

Ja das geht gut.

h) Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?

Wenn etwas nicht klappt und Frust aufkommt, dann lege ich es weg und mache es am nächsten Tag, lege eine Pause ein. Mein Frust ist jeweils auch gross, wenn eine Arbeit mit anderen zusammen gemacht werden muss und diese mich enttäuschen. Heute durch die Pensionierung geht dies besser, da ich mehr Zeit zur Verfügung habe und weniger Stress.

i) Gelingt es Ihnen leicht/schwer aus einem laufenden Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Ja während der Zielverwirklichung passieren/entstehen auch weitere Ziele. Dies ist ein Teil vom Prozess und es wäre schade, wenn dies nicht passieren würde.

8.2.2 Willenspanorama

Abbildung 4: Willenspanorama Prozess 2 (19.02.26)

In der Beschreibung äusserte der Patient folgendes zu seinem Panorama:

Anfangs (links auf dem Blatt) zeigte sich nur eine gradlinige Linie, welche die Bedürfnisse als Kleinkind darstellen. Danach kamen Ziele und Reaktionen auf. Die Ziele zeigten sich als Vierecke, die mit zunehmendem Alter grösser wurden. Die Reaktionen auf die Ziele zeigten sich als Zackenlinien wie Amplituden, die ins Positive wie auch ins Negative ausschlugen. Reaktionen auf die Ziele umfassten Verhaltensweisen, Anstrengungen, das Gewissen oder auch Niederschläge. Dabei kam es jeweils auch zu Unterstützung von aussen. Die Darstellungen wurden über die Lebensspanne grösser, da meine Ziele und mein Verhalten immer gefestigter wurden. Die Ziele wurden auch grösser und bedeutsamer, mit bedeutenderen Inhalten wie z.B. Heirat, Scheidung oder Jobwechsel. Auch die Folgen der Ziele und deren Konsequenzen wurden über die Lebensspanne gravierender. Die Amplituden stellen die Entscheidungsprozesse dar, wobei sich oft auch wieder ein Wiederfinden in der Mitte einstellte. Parallel dazu verlief die Risikobereitschaft (*R*) als Linie, die zu Beginn zunahm und mit dem Alter wieder abnahm, wie auch die Konsumkurve (*K*). Mit dem weiter zunehmenden Alter wurden die Ziele und Amplituden wieder kleiner, da sich die Aufgaben im späteren Leben und jetzt nach der Pensionierung auch wieder reduzierten und die Verhaltensweisen und dessen Auswirkungen ebenfalls geringer

wurden. Die Veränderungen über das Leben hinweg sind gut, sie lösen teils aber auch Wehmut aus, da man gewisses nicht mehr machen kann/will und dennoch vermisst und dem nachtrauert. Es ist aber gut so wie es ist und die Veränderungen und Weiterentwicklungen sind notwendig.

8.2.3 Ergänzende Fragen

1. Wie ist/zeigt sich ihr Wille bei/im Konsum?

Der Wille beim Konsum teils unüberlegt, z.B. durch Kaufen von etwas Unnötigem, ohne zu überlegen und abzuwägen. Mein Wille im Konsum war gebrochen, es war mir auch vieles gleichgültig und egal und ich setzte mir selbst dadurch auch keine Einschränkungen mehr.

2. Zeigt sich der Wille beim/im Konsum immer gleich oder verschieden?

Nein, der hat sich nicht immer gleich gezeigt. Das Verhalten auch unter Konsum war z.B. abhängig vom aktuellen Einkommen und den finanziellen Mitteln, die zur Verfügung standen. Auch hatte einen Einfluss, wer sonst in der Familie oder in Beziehung mit mir war und ich unterstützen musste.

3. Wie sieht ihr Wille aus beim/im Konsum?

Eingezeichnet im Willenspanorama zeigen sich die Konsumkurve und Risikokurve, die etwa parallel verlaufen. Über die Zeit und mit zunehmender Erfahrung kam es zur Beruhigung. Dies führte aber auch zu Verzicht z.B. von großartigen und aufregenden, auch wenn riskanten und ungesunden, Verhaltensweisen.

8.3 Prozess 3

• Diagnosen

- F41.0 Episodisch paroxysmale Angst (Panikstörung)
- F60.7 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
- F32.1 Mittelgradige depressive Episode

- F14.20 Psychische und Verhaltensstörung durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom, seit Frühling 2025 aufgrund Fahrausweisentzuges abstinent
- F12.10 Psychische und Verhaltensstörung durch Cannabinoide: Schädlicher Gebrauch, seit Frühling 2025 aufgrund Fahrausweisentzuges abstinent
- Vd. a. F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (seit 2022)
- Pathologisches EKG vom 08.12.23: Positiver Sokolow-Lyon-Index
- **Lebenssituation**
 - Wohnhaft allein in einer 1-Zimmerwohnung
 - alleinstehend mit Beziehungswunsch
 - Kinderlos, ohne Kinderwunsch
 - Arbeitslos seit 2019 im IV-Arbeitsintegrationsprogramm seit 2021
 - Abstinent seit ca. 1 Jahr aufgrund Fahrausweisentzug, davor durchgehender Konsum
 - Wiederkehrende stationäre Aufenthalte und ambulante Therapien seit 2018
- **Identitätsbereiche (5 Säulen)**
 - *Leiblichkeit*: durch Therapien vermehrte Fähigkeit zur Introspektion, Wissen bezüglich Skills, Anwendung davon eher gering
 - *Soziales Netz*: kein soziales Netz, mit Herkunftsfamilie konflikthafte Beziehungen
 - *Arbeit/Leistung/Freizeit*: schwierige Schulzeit, nach der Lehre Anstellung bei der Schwester, gekündigt und arbeitslos seit 2023, Hobbys sind Gamen, Tiere, Kochen
 - *Materielle Sicherheit*: keine finanziellen Mittel, verschuldet, über Sozialamt finanziert, verbeiständet
 - *Werteorientierung*: Anerkennung über Arbeit und Leistung, wenig Unterstützung, viel Eigenverantwortung

8.3.1 Narratives Willensdiagnostisches Interview

(Erhebung Start: 17.02.26, Ende: 24.02.26)

I. Subjektive Theorien des Patienten/der Patientin

a) Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?

Als Kraft etwas durchzustehen, die eigene Kraft wo man etwas durchsteht/durchziehen kann. Zum Beispiel abstinent bleiben, ein Ziel erreicht.

b) Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?

Wenn alles läuft, wie es laufen sollte, braucht man nicht so einen grossen Willen. Wenn etwas schlecht läuft, braucht man viel Wille. Je nach Situation habe ich ihn. In der aktuellen Situation habe ich ihn.

c) Haben Sie eher einen starken oder einen schwachen Willen? Wie äußert sich das?

Im Grunde habe ich einen starken Willen, zum Beispiel wenn ich vom Konsum distanziert bin. Wenn ich in Versuchung gerate, ist er aber schwach. Wenn ich in der Sucht bin, oder in der Nähe von Konsum, ist er schwach.

d) Ist Ihr Wille in allen Bereich gleich stark/schwach? Was sind besondere Bereiche?

Privat eher schwach, allgemein eher schwacher Wille. Bei der Arbeit oder Bereiche, die meine Leidenschaft wecken, wie z.B. das Gamen, habe ich einen starken Willen. Bei allem, wo mir Spass macht und ich die Motivation habe, habe ich einen starken Willen.

e) Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?

Beim Willen nach Luxussachen, gab es keine Reaktion oder ein Nein, wegen dem Geld. Es wurde nicht sehr einfühlsam darauf reagiert, teilweise haben meine Willensäußerungen auch nicht gezählt. Wenn ich dann widersprochen habe, wurden die Eltern böse.

f) Wessen Wille zählte in der Familie?

Der von der Mutter.

g) Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?

Ich wurde mit dem Teppichklopfer oder der Holzkelle geschlagen, der Umgang war eher harsch seitens meiner Mutter. Ich habe aber auch provoziert oder war frech.

h) Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit/Jugend an Ihren Willen?

Er wurde nicht erzwungen, aber es wurde erwartet, dass ich einen Willen habe und ich konnte eigenständig entscheiden.

i) Wieviel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind/als Jugendlicher haben?

Bis zu einem gewissen Bereich schon. Altersentsprechend z.B. bezüglich des Sportes, Wahlfächer oder Wahl der Lehrstelle konnte ich selbst wählen.

j) Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

Ja, in der Freizeit oder auch mit Kollegen abmachen. Meine Wünsche sind je nach Möglichkeiten erfüllt worden oder nicht.

II. Willensverhalten: Entscheidungen

a) Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?

Eigentlich leicht, wenn die Entscheidungen nicht so gravierend sind. Dann geht das gut. Wenn es um Andere geht, geht es ebenfalls gut. Wenn es um mich geht, persönliche Sachen, dann bin ich unsicher.

b) In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?

Wenn es längerfristige Entscheidungen sind, brauche ich mehr Zeit für die Entscheidung. Vor allem bei Sachen mit grösseren Konsequenzen und die sich längerfristig zeigen. Ansonsten gibt es bezüglich der Bereiche keine grossen Unterschiede. Im Bereich der Arbeit müssen die Entscheidungen schneller getroffen werden.

c) Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)

Allgemein eher entscheidungsfreudig, ich weiss oft, was ich möchte. Vor allem bei Sachen die mir Spass machen.

d) Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?

Ja, durch Erfahrungen und Erinnerungen.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Ja, ich durfte entscheiden, mir wurde nicht gross vorgeschrieben. Nur die Rahmenbedingungen wurden festgelegt, ansonsten konnte ich frei entscheiden. Es wurde auch die Anforderung an mich gestellt, dass ich entscheide.

f) Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurechtkamen?

Ich musste selbst entscheiden, ich hatte wenig Rückendeckung von meinen Eltern. Andere um Hilfe zu fragen, fällt mir schwer. Willensschwäche gab es nicht.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was/wer behindert Sie?

Ich selbst fördere mich. Ich wurde nicht so erzogen, dass ich Hilfe annehmen kann und entsprechend mache ich alles mit mir selbst aus. Ich entscheide darum alles für mich, schaue für mich, das hat sich so entwickelt.

Behindern tue auch ich mich selbst, je nach Situation in verschiedenem Ausmass.

h) Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?

Ich weiss nicht, teilweise etwas mehr reflektieren wäre gut. Weniger impulsiv sein.

i) Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?

Achtsamer mit mir sein.

j) Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben, erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

Ja, es ist für mich einfacher etwas für andere zu wollen, erreichen und zu machen als für mich. Wegen meinem inneren Glaubenssatz «ich bin nichts wert», der mich dann zu den Gedanken bringt, dass es sowieso nichts bringt und es nicht Wert ist.

III. Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten

a) Können Sie getroffene Entscheidungen gut/schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?

Eigentlich relativ gut, meistens sind meine Entscheidungen gut überlegt und dann kann ich sie auch gut umsetzen. Dies hat sich seit der Kindheit entwickelt. Zu Beginn war ich noch nicht gut im Umsetzen und Entscheidungen treffen. Erst ab 30J. ist dies besser geworden, durch das eigene Geschäft und den Druck umsetzen zu müssen.

b) In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?

Gut in den Bereichen, wenn es für andere ist. Dann kann ich es gut umsetzen und durchziehen, wenn es für mich ist, ist es schwieriger.

c) Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten?

Meist habe ich einen Plan zuerst im Kopf, auch mit einzelnen Schritten, wie ich ihn umsetzte und was, wie kommen sollte. Also zuerst existiert in meinem Kopf ein Plan mit Einzelschritten und dann kommt es zur Umsetzung.

d) Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?

Ja, z.B. bei den Eintritten in die Kliniken war es so, es kam zu einer Lösung durch einen Plan in meinem Kopf und dann zu Einzelschritten, die folgten.

e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?

Das man selbstständig respektive eigenständig ist. Dies ist von mir erwartet worden und ich musste die Dinge selbst erledigen.

f) Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?

Die Mutter oder der Vater halfen mir, wenn es nicht mehr ging, griffen sie mir unter die Arme.

g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?

Fördern tu ich mich selbst, es ist niemand sonst da, der das machen würde. Ich habe meine eigenen Anforderungen an mich. Hindern tu auch ich mich selbst, momentan niemand anders. Früher waren es Kollegen aus der Suchtszene die mich ebenfalls hinderten.

h) Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?

Dann mache ich es fertig, halte durch bis zum Schluss da es mich stört, wenn etwas nicht fertig ist oder wenn's nicht gut ist. Dies halte ich fast nicht aus. Vor allem nicht, wenn es nicht korrekt ist oder von anderen falsch gemacht wurde, dann mache ich es lieber selbst.

i) Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?

Wenn ich dran bin an der Umsetzung, dann läuft es meist von allein bis es fertig ist. Wenn ich keine Lust habe, dann kommt es gar nicht zur Umsetzung und auch nicht zum Durchhalten.

j) Was würden Sie bei Umsetzen und Durchhalten verändern?

Mehr für mich selbst machen, mehr Motivation für Sachen aufbringen können, auf die ich keinen Bock habe. Das ich trotzdem in die Umsetzung kommen kann, auch wenn ich motivationslos bin oder etwas nicht mein Ding ist.

k) Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?

Wenn jemand neben mir ist, mich unterstützt. Auch wenn ich weniger in Schwarz/Weiss Denken würde. Z.B. wenn viel zu tun ist, kommt bei mir schnell die Unlust und ich gebe auf.

l) Fällt es Ihnen heute leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

Ja etwas für Andere umzusetzen fällt mir definitiv einfacher. Beim Umsetzen für andere zählt die Leistung, es kommt zu einer Wertschätzung von aussen. Für mich selbst habe ich das nicht und es kommt nicht zur Anerkennung der Leistung, sondern zu Gedanken von Wertlosigkeit und Gleichgültigkeit.

IV. Willensverhalten: Feinstrukturen

a) Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?

In Beziehungen eher spontan und reaktiv. Ansonsten kommt es auf die Situation darauf an. Je nach den Auswirkungen und ob diese gravierend sind, wäge ich mehr oder weniger ab. Dann muss ich zuerst denken und erst dann handeln. Teils geht es durch meine Erfahrung schneller, abzuwägen. Ich muss aber auch immer die Konsequenzen überdenken.

b) Fällt es Ihnen leicht/schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?

Ja, dies geht gut, wenn ich nicht in der Sucht bin. In Phasen der Sucht geht es nicht, gar nicht. Aktuell geht es, da ich nicht in der Sucht bin, die äussere Kontrolle hilft mir dafür.

c) Denken Sie über Folgen nach und planen Sie Aktionen sorgsam mit Blick auf die Zukunft, indem Sie Ziele festlegen? Wie konkret tun Sie das?

Ja, ich wäge zuerst ab, bevor ich entscheide. In der Sucht/beim Konsum nicht, da habe ich keinen Blick auf die Zukunft.

d) Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?

Ich lasse mich gerne ablenken, komme aber jeweils auch wieder zu meinen Zielen zurück, die ich vor Augen hatte. Also ich verliere sie nicht ganz aus dem Blick, lasse mich aber schnell ablenken.

e) Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?

Ich nutze meistens die alten Lösungswege. Aber wenn mir jmd. einen neuen, besseren Weg zeigt, dann ist eine Anpassung möglich.

f) Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie aufs Neue zu überdenken, also flexibel zu bleiben?

Ja schon. Dann kommen neue Ansätze. Meisten kommen mir Lösungen oder Ideen auf dem WC oder während dem Schlaf.

g) Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – gut/schlecht?

Ja kann ich eigentlich gut, früher sehr gut. Aktuell ist es schwieriger aufgrund meiner kognitiven Einschränkungen gerade mit dem Kurzzeitgedächtnis. Dadurch ist auch das Multitasking schlechter geworden. Es ist aber schwierig einzuschätzen, von was dies genau kommt, seit den Operationen am Gehirn und dem Tumor ist es schlechter.

h) Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?

Jein. Wenn der Frust zu gross ist, muss ich die Zielrealisierung auf die Seite legen und mich später wieder darum kümmern oder am nächsten Tag.

i) Gelingt es Ihnen leicht/schwer aus einem laufen Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Eher nicht so. Ich gehe eher von Ziel zu Ziel, Plane meine Ziele aber sowieso nach den SMART-Regeln und daher in kleinen Teilzielen und nicht in grossen Zielen die parallel laufen. Ausser es sind 2 Ziele in einem zu realisieren, dann mache ich sie parallel.

8.3.2 Willenspanorama



Abbildung 5: Willenspanorama Prozess 3 (03.03.26)

In der Beschreibung äusserte der Patient folgendes zu seinem Panorama:

Die Imagination sei schwierig gewesen. Dies bildlich darzustellen, falle ihm ebenfalls schwer.

1. Stein (zuunterst)

Als Kind hatte ich schon einen eigenen Willen, aber nicht so einen «krassen» Willen. Aber ich habe das, was ich wollte, bekommen, sofern es nicht den Rahmen sprengte. Als Symbol für meinen Willen passen die weissen Steine.

2. Stein

Ich war schon immer anständig aber so, dass ich doch mein Wille durchsetzen konnte. Ich war aber eher zurückgezogen und eher für mich allein, wenig mit den anderen, daher hatte ich nicht so viele Streitigkeiten oder Situationen, in denen ich mein Wille behaupten musste. Ich hatte einen guten Freund, mit dem ich mich sehr gut verstand und wenig Uneinigkeiten oder Konflikte hatte. Er hatte einen grösseren Willen als ich, aber wir waren uns sehr ähnlich, daher hat es immer gepasst.

Grenzen habe ich nicht ausgereizt, auch wenn ich teilweise Unsinn betrieben habe, war es im Rahmen.

Der Wille hat sich von Anfang an etwa gleich gezeigt. Er war immer etwa gleich aber wurde zunehmend gefestigter. Daher bleiben die Steine immer ähnlich aber werden etwas grösser.

3. Stein

Später in der Schule (4.-6. Klasse) hatte ich einen sehr schlimmen Lehrer. Dieser war sehr konservativ und hat mich durchgehend schikaniert. Es hat meinen Willen aber nicht gebrochen, ich habe ihm Parole geboten, da es unfair war. Ich wurde deswegen aber auch öfters bestraft oder nach Hause geschickt.

4. Stein

In der Sekundarschule habe ich meinen guten Freund verloren, da sich unsere Wege getrennt haben. Er kam in die Sekundarstufe und ich in der Real. Ich war ein Nachzügler, schüchtern und eher für mich. Ich wurde von 4 Sekundarschülern sehr fest gemobbt. Mein Wille hat es aber nicht gross verändert, er ist dennoch gleichgeblieben und ich habe ihn behalten. Zu dieser Zeit haben sich meine Eltern getrennt und

scheiden lassen. Es wurde von mir verlangt, mich zu entscheiden, wo ich weiter wohnen möchte. Ich musste mich für eine/-r von ihnen entscheiden. Die Entscheidung ist mir aber einfach gefallen, da ich bei der Schule und am bisherigen Wohnort bleiben wollte. Es wurde von mir damals auch erwartet, dass ich mich entscheide. Der Stein ist etwas rötlich gefärbt, die Farbe hat aber keine Bedeutung bezüglich meines Willens.

Während dieser Zeit musste ich mich auch für eine Lehre entscheiden. Ich wusste, was ich wollte, und zwar Informatiker werden. Dies war mit meinem Realabschluss leider nicht möglich. Das Berufsinformationszentrum empfahl mir daraufhin eine Lehre als Stromer, da dies ähnlich sein sollte, was überhaupt nicht so war und ich erst im Nachhinein merkte. Die Lehre habe ich aber trotzdem gemacht.

5. Stein

Während der Lehre hatte ich einen schlimmen Mofa-Unfall durch Kollision mit einem Auto. Ich lag 3.5 Wochen im Spital, hatte mehrere Operationen und war auch später noch längere Zeit in Behandlung. Dennoch habe ich mein Wille behalten und die Lehrabschlussprüfung gemacht.

6. Stein

Aufgrund der verschiedenen Verletzungen und Folgeschäden kam es nach der Lehre zu einer Umschulung und zweiten Ausbildung als Elektrozeichner (heute Elektroplaner). Davor war ich noch in einer Rehaklinik in Behandlung. Parallel zur zweiten Lehre habe ich mit dem Gamen begonnen, dies sehr gerne und oft gemacht und mich daher auch nicht um eine Anstellung oder Anschlusslösung nach der Lehre gekümmert.

7. Stein

Es folgte eine Zeit ohne Anstellung und Finanzierung über die Arbeitslosenkasse. Diese Zeit war geprägt von vielem Gamen. Die Programme der Arbeitslosenvermittlung lösten viel Unmut und Unlust bei mir aus. Ich habe noch beim Vater gewohnt und hatte wenig finanzielle Auslagen, weshalb ich die Programme und Unterstützung abbrach und stoppte. Ich war nur zu Hause am Gamen. Diese Zeit erlebte ich als sehr selbstbestimmt, der Wille war da, zu machen was ich wollte. Symbolisch als schwarzer Stein.

8. Stein

Dann 2011 konnte ich beim neueröffneten Geschäft der Schwester einsteigen und wurde dort Allrounder, von KV zu Lageristen und IT, zu Beginn als Praktikant, dann als Festangestellter. Es begann eine Zeit mit mehr Selbstverantwortung und positiver Weiterentwicklung, was der weisse Stein mit schwarzen Punkten darstellt. Zeitgleich kam es zum Auszug beim Vater in eine eigene Wohnung.

9. Stein (Kristall)

Dieser Stein, der Kristall, steht für den ersten Konsum von Kokain, 2015, im Alter von ca. 33J. Der Konsum startete in gutem Zustand, aus Freude im Zusammenhang mit einer Partnerschaft. Es kam ab Beginn des Konsums zur regelmässigen Einnahme mit zunehmender Dosis. Während 3.5 J. bestand ein exzessiver Konsum, bis hin zu psychotischen Symptomen und Einweisung in die Psychiatrie. Über diese Zeit konsumierte ich für etwas ¼ Mio. Fr. Kokain. Es kam dadurch zu Diebstahl usw., sogenannter Beschaffungskriminalität.

10. Stein

Nach der Behandlung in der Psychiatrie und Fahrausweisverlust folgten 3 gute Jahre mit Zustandsverbesserung und ich konnte die Abstinenz aufrechterhalten. Der Konsum hat meinen Zustand deutlich verschlechtert aber nicht meinen Willen aufgelöst. Ich ging selbst in den Entzug, entschied mich dafür, aus eigener Kraft und Initiative und nahm es in Angriff.

Durch Betrug des Partners kam es dann im Verlauf zu erneuten Rückfällen. Immer führten tiefe Ereignisse, Erschütterungen und Schicksalsschläge zu Rückfällen. Bei mir waren es vor allem seelische Verletzungen wie Betrug oder Kündigung. Nicht körperliche wie z.B. der Tumor im Gehirn.

11. Das Einhorn in der Zukunft

Mit Blick in die Zukunft, möchte ich mich noch weiterentwickeln. Man entwickelt sich ja immer weiter. Ich möchte meinen Willen weiterentwickeln und mehr Willensstärke in Bezug auf den Konsum haben. In Form eines gefestigteren Willens gegen Konsum. Das stellt das Einhorn dar.

8.3.3 Ergänzende Fragen

1. Wie ist/zeigt sich ihr Wille bei/im Konsum?

Der Wille ist jeweils geblieben aber der Fokus war immer auf dem Konsum. Der Wille ist in diese Richtung gegangen, hat den Konsum fokussiert, sich darauf gerichtet und war dort stark.

2. Zeigt sich der Wille beim/im Konsum immer gleich oder verschieden?

Der blieb gleich, so wie in Frage eins.

3. Wie sieht ihr Wille aus beim/im Konsum?

Im Panorama ist der Konsum als ein Kristall dargestellt. Der Wille beim Konsum ist anders als ohne Konsum, daher ein anderer Stein.

9 Exkurs: Leistungssensible Suchttherapie

Die leistungssensible Suchttherapie (LST) nach Fleckenstein et al. (2020) stellt einen Ansatz dar, der eng mit dem Willenskonzept und den Prinzipien der *Integrativen Therapie* verknüpft ist und speziell für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen entwickelt wurde. Im Zentrum der LST steht die Erkenntnis, dass Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung tagtäglich enorme Leistungen erbringen müssen, um ihre Abstinenz aufrechtzuerhalten und den Konsum zu kontrollieren. Abhängigkeitserkrankungen gehen häufig mit wiederholten Erfahrungen von Kontrollverlust einher, die starke Scham- und Schuldgefühle auslösen. Zusätzlich führt die gesellschaftliche Stigmatisierung sowie die Selbststigmatisierung dazu, dass Konsumverhalten oft verheimlicht, bagatellisiert oder verleugnet wird. Diese Selbst- und Fremdstigmatisierung resultiert daraus, dass Menschen ohne Abhängigkeitserkrankung oft keine Schwierigkeiten haben, Substanzen zu meiden oder den Konsum zu kontrollieren. Da Menschen meist ihr eigenes Erleben auch auf das Erleben anderer projizieren, wird das Erleben der Betroffenen, respektive die Mühe oder Leistung, die sie mit Abstinenz haben, häufig unterschätzt. Für Aussenstehende ist es daher oft schwer nachvollziehbar, wie anstrengend der Verzicht und die Selbstkontrolle für die Betroffenen tatsächlich sind. Betroffene selbst haben zudem häufig ebenfalls Schwierigkeiten,

anzuerkennen, dass ihr Erleben, wie auch der Umgang mit Konsum oder Verzicht nicht mit dem von Menschen ohne Abhängigkeit vergleichbar ist. Werden solche Vergleiche dennoch gezogen und bleibt das gegenseitige Verständnis der Andersheit aus, entstehen oft Vorwürfe (auch Selbstvorwürfe), unrealistische Erwartungen oder unrealistische Zielsetzungen und Versprechungen. Parallel dazu fehlt oft die gegenseitige Anerkennung oder Wertschätzung der Leistung – sowohl der nahestehenden Personen als auch von den Betroffenen selbst. Die fehlende Anerkennung entsteht meist auch dadurch, dass Abstinenzbemühungen oder Abstinenzphasen meist mehrere Phasen von Konsum, Kontrollverlust, Rückfälle, Enttäuschungen und belastenden Erlebnissen vorausgehen. Diese Phasen erschweren die Beziehungen zu Nahestehenden und mindern die Wahrnehmung und Anerkennung der dennoch erbrachten Leistungen. Die LST erkennt und betont, dass sowohl Betroffene als auch Angehörige in diesen Prozessen enorme Anstrengungen leisten und kontinuierlich kämpfen, erbringen enorme Leistungen. Was auch die Bedeutung von Willensstärke, Umsetzungskraft und Durchhaltevermögen im Suchtausstiegsprozess deutlich sichtbar macht.

In der leistungssensiblen Suchttherapie (LST) wird besonderer Wert auf das Verständnis der Perspektiven aller Beteiligten und eine positive, wertschätzende, leistungsanerkennende Haltung gefördert. Sowohl Betroffene als auch Angehörige sollen gegenseitig eine wertschätzende und anerkennende Haltung bezüglich der erbrachten Leistungen entwickeln können und sich auf Augenhöhe entgegenkommen können. In anderen Bereichen wie z.B. im Sport oder bei der Arbeit, werden erbrachte Leistungen mit hohem Engagement und hoher Anstrengung meist direkt anerkannt, gelobt und gewürdigt. Diese Anerkennung verstärkt nicht nur die Person selbst und das weitere Ausführen dieses Verhaltens, sondern erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass ein Ziel tatsächlich erreicht wird. Lob, Wertschätzung, positiv bestärkende Rückmeldungen motivieren Menschen, weiter aktiv zu handeln, umzusetzen und ihre Bemühungen fortzuführen. Fehlt diese Anerkennung oder wird Verhalten sogar kritisiert und abgewertet, sinkt diese Motivation, das Verhalten wird weniger gezeigt, die Leistungen nehmen ab und das Ziel wird weniger wahrscheinlich erreicht. Als Übertragung auf die Arbeit mit Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen bedeutet dies, dass für eine erfolgreiche und langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz ein tiefes Verständnis für die Anstrengungen und Leistungen der Betroffenen (und Angehörigen) notwendig ist, die sie tagtäglich in ihrer Umsetzung zeigen. Angehörige und

Therapeuten ohne die eigene Erfahrung einer Abhängigkeitserkrankung können oft nicht vollständig und umfänglich nachvollziehen, wie sich eine Abhängigkeit anfühlt und welche enormen Leistungen tatsächlich erbracht werden müssen. Ohne dieses Verständnis wird die Anstrengung leicht unterschätzt und übersehen oder nicht anerkannt. Nur wer die Anstrengung und die besonderen Herausforderungen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erkennt und auch anerkennt, kann emotional angemessen reagieren und echte Wertschätzung ihnen gegenüber entwickeln. Diese Anerkennung ist zentral, um die Motivation, das Durchhaltevermögen und die Erfolgchancen der Betroffenen zu stärken.

Die von *Fleckenstein* et al. (2020) entwickelte leistungssensible Suchttherapie wurde als Kurzintervention im stationären Rahmen konzipiert und getestet. Sie basiert auf drei, mittlerweile sogar auf vier, aufeinander aufbauenden Gruppensitzungen. Der Ansatz ist mit dem Therapieziel der Abstinenz, aber auch mit einer Reduktion der Konsummenge bis hin zu kontrolliertem Konsum kompatibel. Für Personen ohne einer Veränderungsmotivation bezüglich ihres Konsums, ist die Therapie nicht wirksam. Im Fokus der Therapie steht die Anerkennung aller Bemühungen der Betroffenen in jegliche Richtung einer Veränderung, auch wenn diese von aussen als sehr klein oder unbedeutsam erscheint (z. B. Verschiebung des Konsumstarts um eine Stunde oder kleine Reduktion der Konsummenge). Wichtig ist, dass das Ziel der Verhaltensänderung ernsthaft gemeint ist und verfolgt wird. Bezüglich früherem Fehlverhalten sollten zudem ernsthaft gemeinte Entschuldigungen ausgesprochen werden. Die Leistungssensible Suchttherapie fördert, dass Betroffene während des Suchtausstiegsprozesses sich selbst mit mehr Mitgefühl, Akzeptanz und Verständnis begegnen können. Sie lernen auch, ihre eigenen Leistungen anzuerkennen und wertzuschätzen. Dies führt zu einer höheren Motivation, die Abstinenz auch weiterhin aufrechtzuerhalten, und reduziert im Falle eines Rückfalls Schuld- und Schamgefühle. Zudem bewirkt die Therapie, dass Angehörige von Betroffenen ein besseres Verständnis für Abhängigkeitserkrankungen und unterschiedlich Wahrnehmungen und Leistungen entwickeln. Dies stärkt die Beziehungen, das gegenseitiges Verständnis und oftmals auch die Nähe, was sich ebenfalls positiv auf den Suchtausstiegsprozess auswirkt. Die sensible, wertschätzende und mitfühlende Haltung der Umwelt und sich selbst gegenüber, unterstützt die Motivation und erhöht die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Ausstiegs aus der Abhängigkeit.

10 Schlussfolgerungen

Werden die Erhebungen der drei Behandlungsprozesse, die Befragungen sowie die erstellten Willenspanoramen betrachtet, zeigt sich kongruent zur Theorie und dem aktuellen wissenschaftlichen Standpunkt, dass Verhaltensänderungen und auch der Ausstieg aus einer Abhängigkeit ohne einen starken Willen nicht möglich sind. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass der Wille, respektive ein schwacher oder starker Wille, nicht alleintragender Faktor für oder gegen die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung ist. Die drei vorgestellten Personen waren zum Zeitpunkt der Erhebung alle bereits über mehrere Monate abstinent und stabil sowie im Vergleich zu Zeiten des Konsums deutlich verbessert in ihrem Zustand. Dies ermöglichte eine zuverlässige Erhebung der drei Prozesse sowie eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem Thema. Die Beweggründe für die Abstinenz zeigten sich bei allen drei Personen etwas unterschiedlich. Als gemeinsames Hauptmotiv zeigte sich jedoch ein durch den Konsum verursachter zunehmender Leidensdruck, zunehmende negative Folgen und eine Verschlechterung des Zustands. Bei zwei der drei Personen war der Suchtausstiegsprozess primär durch den eigenen Willen motiviert. Bei einer Person führte der Verlust des Fahrzeugausweises sowie damit verbundene Massnahmen und Abstinenzauflagen mit regelmässigen Nachweiskontrollen zu einem weiteren (fremdmotivierten) Beweggrund. Allen drei Personen gelang es, über mehrere Monate hinweg abstinent zu bleiben, was als eine grosse Leistung anerkannt werden darf und keineswegs selbstverständlich ist. In den Gesprächen zeigten sich diesbezüglich auch bei allen drei Personen Gefühle von Stolz und Anerkennung gegenüber ihrer erbrachten Leistung. Dies deutet darauf hin, dass ihnen bewusst ist, dass der Suchtausstiegsprozess alles andere als einfach ist und es eine stetige Anstrengung dafür benötigt. Zwei der Befragten verfügten bereits über mehrere Erfahrungen mit Therapie, da es in der Vergangenheit bereits mehrere Entzugsbehandlungen und wiederkehrende Rückfälle gab. Diese Wertschätzung, Anerkennung und positive Haltung gegenüber sich selbst stellt einen wichtigen Schritt im Suchtausstiegsprozess dar, welcher auch in der Leistungssensiblen Suchttherapie bekräftigt wird. Eine solche Anerkennung der eigenen Leistung ist nicht immer vorhanden, bekräftigt aber den weiteren Verlauf und die Aufrechterhaltung der Abstinenz wesentlich. Die

Auslöser des Konsums zeigten sich bei den drei Personen ebenfalls etwa ähnlich, in Form einer Flucht vor negativen, belastenden Gefühlen und dem Versuch, Belastungen oder Stress zu bewältigen. Auch wenn der Erstkonsum und Konsum zu Beginn bei allen anfänglich mit positiven Gefühlen verbunden war und im sozialen Rahmen stattfand. Es entwickelte sich im weiteren Verlauf bei allen eine rasche Zunahme der täglichen Konsummenge und die Nutzung des Konsums als einzige Bewältigungsstrategie. Dabei kam es parallel auch zum Rückgang anderer und vor allem gesünderer Bewältigungsstrategien, wie z. B. Sport, Kochen, Essen, Freunde treffen, Lesen, Musikhören, Ausflüge oder Achtsamkeitsübungen machen. Eine weitere Gemeinsamkeit der drei Behandlungsprozesse zeigt sich in einem sehr kleinen sozialen Netz. Dennoch erhielten sie alle von ihrer Herkunftsfamilie sowohl in der Kindheit als auch im Erwachsenenalter Unterstützung. Dies war für den Suchtausstiegsprozess sicherlich hilfreich, ein noch tragfähigeres und stärker unterstützendes soziales Netzwerk hätte aber eine zusätzliche Ressource und einen protektiven Faktor gegen die Abhängigkeitsentwicklung sein können.

Alle drei berichteten, dass die Sucht ihren Willen verändert hat, den Willen in den Hintergrund stellte, ihn veränderte oder sogar ganz auflöste. Auch wenn der Wille noch da war, wurde er von der Sucht dominiert, gesteuert oder von ihr besiegt. Um aus dem Konsum herauszufinden, mussten sie ihren Willen wieder finden, bekräftigen, aufgreifen und stärken, ansonsten hätten sie es alle drei nicht geschafft. Dabei half ihnen die positive Verstärkung des Willens, sowohl zum damaligen Zeitpunkt, in der Kindheit durch aussen und auch im aktuellen Zeitpunkt und in der Zukunft.

Im Rahmen der suchtspezifischen Therapie gelang es zudem allen drei Personen, gesundheitsförderliche Bewältigungsstrategien wieder vermehrt anzuwenden oder neu zu lernen. Dadurch stand nicht mehr ausschliesslich der Konsum als einzige Lösungs- und Bewältigungsstrategie zur Verfügung, sondern sie konnten auch auf andere Verhaltensweisen zurückgreifen. Auch ein verbessertes Wahrnehmen der eigenen Empfindungen und Gefühle half ihnen, achtsamer die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu befriedigen. Dadurch lernten sie auch eher negative Gefühle auszuhalten, was sehr wichtig ist. Das erweiterte Repertoire an Bewältigungsstrategien, auch das weitere Üben, die Anerkennung und die positive Haltung sich selbst gegenüber unterstützten die Aufrechterhaltung der Abstinenz und bestärkten die Betroffenen im Suchtausstiegsprozess. Da der Ausstieg aus einer Abhängigkeit meist nicht

allein zu bewältigen ist und sie eher kleine soziale Netzwerke aufwiesen, unterstützten sie auch Gruppenangebote und Solidaritätserfahrungen enorm im Prozess. Gerade bei sehr kleinen sozialen Netzwerken können Gruppenangebote eine Form von sozialer Unterstützung ermöglichen, die sonst nicht vorhanden wäre. Darüber hinaus fördern Solidaritätserfahrungen durch Austausch und Verbindung mit Menschen in ähnlichen Situationen das Verständnis für sich selbst und die eigene Erkrankung. Sie helfen zudem, sich weniger allein zu fühlen und der Selbststigmatisierung entgegenzuwirken.

Das narrative willensdiagnostische Interview sowie das Willenspanorama ermöglichten allen drei Probanden einen vertieften Einblick und mehr Bewusstheit über sich selbst und ihren eigenen Willen. Die Auseinandersetzung mit diesem Thema in der Therapie führte zu einem vertieften Verständnis, einer Erweiterung des Wissens, spezifischeren Zielsetzungen und einem gestärkten Willen. Auch wirkte es sich positiv auf die Entscheidungsfähigkeit, das Umsetzungsverhalten und das Durchhaltevermögen aus. Es zeigt sich, dass die Arbeit mit dem Willen positive Auswirkungen auf den Behandlungsprozess hatte. Neben der Förderung des Willens und weiterer protektiver Faktoren konnten durch die willensdiagnostische Arbeit auch negative Aspekte in der Vergangenheit sowie krankheitsfördernde Faktoren erkannt werden. All dies ist für die Arbeit in der Psychotherapie und Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen relevant und gewinnbringend. Der Wille spielt nicht nur im Suchtausstiegsprozess eine zentrale Rolle, sondern leistet auch für das Leben allgemein, die tagtägliche Lebensbewältigung sowie für das Zusammenleben mit unseren Mitmenschen einen wichtigen Beitrag. Entsprechend führen die Förderung und Stärkung des Willens in vielerlei Hinsicht zu positiven Auswirkungen und einem deutlichen Mehrwert.

Die kreativen Medien der *Integrativen Therapie*, wie beispielsweise das Willenspanorama, ermöglichen eine andere und ergänzende Herangehensweise zu den rein sprachlichen Methoden. Themen können dadurch über alternative Zugänge erschlossen und bearbeitet werden. Gerade wenn Erkenntnisse nicht unmittelbar ersichtlich und noch nicht im Bewusstsein sind, lassen sie sich oft nur schwer ausschliesslich sprachlich ausdrücken. Entsprechend können kreative Medien eine Möglichkeit bieten, unbewusste Inhalte sichtbar zu machen und ins Bewusstsein zu rufen. Zudem wird die Anwendung kreativer Medien, sowohl von Therapeuten als auch von

Patienten, häufig als bereichernd und erfrischend erlebt, auch wenn zu Beginn diesbezüglich oft eine gewisse Hemmung oder sogar Vermeidungstendenz besteht.

Die spannenden Herangehensweisen der kreativen Medien führen oft zu überraschenden Erkenntnissen, wodurch ein vertieftes und differenzierteres Verständnis der Person und ihrer Themen, wie auch neue und spezifischere Therapieziele und Behandlungsschritte definiert werden können. Dies bereichert den therapeutischen Prozess und kann ihn weiter vorantreiben.

11 Einschränkungen und Limitationen

Wie in fast jeder psychologischen Erhebung zeigen sich auch hier in dieser kurzen Übersichtsarbeit Einschränkungen und Limitationen. Einige davon sollten kurz, ohne Anspruch auf Vollkommenheit, erwähnt werden.

Bei subjektiven Erhebungen ist stets zu beachten, dass durch die subjektive Wahrnehmung Verzerrungen auftreten können. Die individuelle Wahrnehmung, das Verständnis, aber auch der Wissensstand der Teilnehmenden und Therapieerfahrungen haben einen Einfluss auf die Durchführung und Beantwortung von Erhebungen. Des Weiteren werden Begriffe, Sachverhalte und Fragen von Personen individuell verstanden werden, wie beispielsweise Begriffe wie „Wille“, „Durchhaltevermögen“ oder „Entscheidungsfähigkeit“. Auch können je nach Formulierung Interviewfragen unterschiedlich aufgefasst und entsprechend unterschiedlich beantwortet werden, was zu einer verzerrten Erhebung führt und Resultate nicht genau vergleichbar macht.

Solche Unterschiede zeigten sich auch während den Erhebungen dieser Arbeit: Manche Fragen mussten nochmals genauer erklärt und differenziert werden. Teilweise mussten Begriffe zuerst erläutert, Missverständnisse geklärt oder Fragen ein zweites Mal gestellt werden. Teilweise wurde an Fragen auch vorbeigeredet. Entsprechend zeigten sich bei allen drei Personen leicht unterschiedliches Verständnis, Wissen und Interpretation der Sachverhalte. Durch das halbstrukturierte Interview konnten aufkommende Fragen, Verständnisprobleme oder Unklarheiten fort zu geklärt werden.

Dadurch konnten die Erhebungen durchgeführt und die Antworten auch verglichen werden.

Auch bei der Arbeit mit dem Willenspanorama zeigten sich Unterschiede hinsichtlich des Verständnisses von Methoden mit kreativen Medien, der Bereitschaft, diese anzuwenden und bezüglich der eigenen Kreativität. Kreative Medien als Interventionsmethode kennen viele Personen nicht, wodurch der Einsatz dieser Methoden für Patienten zu Beginn befremdlich sein kann. Die Arbeit mit kreativen Medien kann entsprechend Hemmungen, eingeschränkter Ausdruck oder auch Überforderungsgefühle auslösen. Ein vertrauter, sicherer Raum und eine bestehende gute therapeutische Beziehung, sowie eine unterstützende und wohlwollende Begleitung können dabei helfen, Ängste, Sorgen oder Stresserleben zu reduzieren. Patienten erleben dabei oft trotz anfänglichem Widerstand positive Erfahrungen. Besteht vor der Anwendung dieser Methode weniger Wissen und keine Erfahrung, braucht die Anleitung und Einführung der Methode mehr Zeit. Entsprechend können diese Unterschiede die Zeit für die Umsetzung und Anwendung reduzieren, da der zeitliche Rahmen von einer Sitzung gegeben ist.

12 Fazit

Für die Behandlung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen oder auch anderen chronischen psychischen Erkrankungen braucht es sowohl den Willen der betroffenen Personen wie auch den Willen von Therapeuten/-innen, Angehörigen oder der Gesellschaft, in ihre Behandlung zu investieren. Für die Therapie allgemein und speziell für die Arbeit mit Abhängigkeitserkrankungen ist der Wille zentral wichtig. Die Selbstentwicklung, die Überwindung von Hindernissen, Verhaltensänderungen, die Auflösung dysfunktionaler Verhaltensweisen und Blockaden, aber auch die Stärkung von positiven Faktoren, Bewältigungsstrategien und der Gewinn von mehr Freiheit sind ohne Willenskraft nur schwer möglich. Ohne den Willen des Patienten bleiben therapeutische Bemühungen häufig wirkungslos, selbst wenn sich Therapeuten intensiv engagieren. Komplexe, chronifizierte Störungen erfordern entsprechend komplexe Behandlungsansätze und eine längerfristige Behandlungsdauer, was die Aufrechterhaltung und Bestärkung des Willens zusätzlich erschwert.

In der Arbeit bietet das tiefgreifende Verstehen des Willens der Personen und ihrer Stile des Wollens (volitionale Stile) über die gesamte Lebensspanne hinweg einen deutlichen Mehrwert und führt zur Bereicherung der Therapie sowie zur Erhöhung der Wahrscheinlichkeit eines positiven Verlaufs. Ein wesentliches Ziel der Therapie sollte daher immer sein, den Willen zu erfassen, zu differenzieren, zu verstehen und zu bestärken. Dabei können auch damit einhergehende Bereiche wie die Entscheidungsfähigkeit, das Durchhaltevermögen oder die Umsetzungskraft fokussiert werden. Gesamthaft tragen viele verschiedene Bereiche wie Affekt, Triebe, Motivation, Selbstwirksamkeit, aber auch die eigene Identität und Persönlichkeit dazu bei. Therapie kann all diese Bereiche gezielt fördern. Für Willensbildung und -äusserung ist zudem ein positives Selbstwertgefühl wichtig, was bei vielen Personen mit Abhängigkeitserkrankungen eher gering ausgeprägt ist. Die Leistungssensible Suchttherapie verdeutlicht dies ebenfalls, wobei sich eine positive und wertschätzende Haltung sich selbst gegenüber positiv auf das Selbstwertgefühl und auf den Erfolg im Suchtausstiegsprozess auswirkt.

In der *Integrativen Therapie* wird seit ihren Anfängen bewusst mit dem Willen gearbeitet. Strategien und Techniken zur Willensbildung und -stärkung wurden systematisch entwickelt. Durch konfliktzentrierte Arbeit können unbewusste Bereiche ins Bewusstsein gerufen werden. Dadurch kann der Wille, aber auch Ziele, Entscheidungen oder das Durchhaltevermögen gestärkt und die persönliche Entwicklung gefördert werden. Grundlage für die Willensprozesse bilden dabei stabile Ich-Funktionen, die eng mit einer ausgeprägten Identität verbunden sind. Entsprechend kann auch auf allen fünf Ebenen der Identität therapeutisch gearbeitet werden und darüber indirekt der Wille gefördert werden. Die Selbstkontrolle ist für die Aufrechterhaltung der Abstinenz unabdingbar, sodass die Kontrolle nicht erneut an die Substanz übergeben wird und es erneut zum Kontrollverlust kommt.

Die Arbeit mit integrativen und kreativen Medien und Methoden ist für die Arbeit mit dem Willen und bei Abhängigkeitserkrankungen zu empfehlen, sie können aber auch bei anderen Themen in der Psychotherapie, wie auch bei anderen psychischen Erkrankungen zielführend und sehr gewinnbringend sein.

12 Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: – **Der Wille und die Psychotherapie – Eine theoretische Ausarbeitung zum Thema Wille in Bezug auf *Integrative Therapie* und Abhängigkeitserkrankungen**

Diese Graduierungsarbeit umfasst eine theoretische Ausarbeitung zum Thema Wille. Sie erläutert Definitionen des Willens und damit verwandte Begriffe, stellt Modelle aus der psychologischen Forschung vor und behandelt kurz das Thema freier Wille. Ergänzend wird der Bezug von Willen zu Abhängigkeitserkrankungen sowie zur *Integrativen Therapie* hergestellt. Anhand von Praxisbeispielen werden das Narrative Willensdiagnostische Interview und das Willenspanorama vorgestellt.

Schlüsselwörter: Wille, freier Wille, Abhängigkeitserkrankungen, *Integrative Therapie*, Narratives Willensdiagnostisches Interview, Willenspanorama

Summary: – **The Will and Psychotherapy – A theoretical exploration of the concept of will in relation to Integrative Therapy and addiction disorders**

This graduation thesis comprises a theoretical exploration of the concept of will. It explains definitions of will and related terms, presents models from psychological research, and briefly addresses the topic of free will. Additionally, the relationship between will, addiction disorders, and integrative therapy is examined. Using practical examples, the narrative will diagnostically interview, and the will panorama are introduced.

Keywords: will, free will, addiction disorder, substance use disorder, *integrative therapy*, narrative will diagnostically interview, will panorama

13 Literaturverzeichnis

- Bieri, P.* (2002): Das Handwerk der Freiheit. Über die Entdeckung des eigenen Willens. München: Hanser.
- Böning, J.* (2001): Wie lernt das menschliche Gehirn die Sucht. In: Berichte zur Suchtkrankenhilfe des Niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales: Neue Trends – Neue Drogen. Vortrag. Niedersächsische Suchtkonferenz 20.09.2001. 13-17.
- Dorsch, F.* (1987): Psychologisches Wörterbuch. Bern: Huber. 11. Aufl., 13. Erg. Aufl. Hrsg. H. Häcker, K. Stapf 1998.
- Fleckenstein, M., Fleckenstein-Heer, M., Leiberg, S., Lüddeckens, T. & Breit, W.* (2020): Mit Stolz aus der Abhängigkeit. «Leistungssensible Suchttherapie». Stuttgart: Schattauer.
- Gebauer, K. & Hüther, G.* (2001). Kinder brauchen Wurzeln. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag.
- Gebauer, K. & Hüther, G.* (2002). Kinder suchen Orientierung. Düsseldorf und Zürich: Walter Verlag.
- Gollwitzer, P.M.* (1990): Action phases and mind-sets. In: *Higgins E.T., Sorrentino R.M.* (Hg.), Handbook of Motivation and Cognition. New York, Bd. 2, S. 53-92.
- Gollwitzer, P.M.* (1991): Abwägen und Planen. Bewusstseinslagen in verschiedenen Handlungsphasen. Göttingen.
- Goschke, T.* (2002): Volition und kognitive Kontrolle. In: *Müsseler J., Prinz W.* (Hrsg.) (2002): Lehrbuch allgemeine Psychologie. Heidelberg: Spektrum, Akademischer Verlag. S. 271-335.
- Goschke, T.* (2006): Der bedingte Wille: Willensfreiheit aus der Sicht der kognitiven Neurowissenschaft. In: *Roth, G., Grün, K. J.* (2006) (Hrsg.): Das Gehirn und seine Freiheit. Beiträge zur neurowissenschaftlichen Grundlegung der Philosophie. Vandenhoeck & Ruprecht. 107-156.
- Heckhausen, H.* (1987a): Perspektiven einer Psychologie des Willens. In: *Heckhausen H., Gollwitzer P.M., Weinert F.E.* (Hrsg.), Jenseits des Rubikons. Der Wille in den Humanwissenschaften. Berlin, S. 121-142.
- Heckhausen, H. & Gollwitzer, P.M.* (1987): Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. *Motivation and Emotion* 11: 101-120.
- Heinrichs, C.* (2001): Alkohol – Rückfall und Selbsthilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2002): Jahrbuch Sucht. Geesthacht: Neuland Verlag. 271-335.
- Heise, E.* (1998): Volitionale Handlungskontrolle. Münster: Waxmann Verlag, S.20.
- Heise, E. & Gerjets, P.* (2001): Wille und Wollen im Licht der psychologischen Forschung. In: *Petzold, H.G.* (2001): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hüther, G.* (2008): Wo die Sucht beginnt, endet der freie Wille. Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung und Suchttherapie. In: *Petzold, H.G. & Sieper, J.* (2008): Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Band 2. Bielefeld: Sirius.

- Jäckel, B. (2001): Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie. In: *Integrative Therapie* 1/2 (2000). Paderborn: Junfermann Verlag. 145-172.
- Kruse, G., Körkel, J., Schmalz, U. (2000): Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kuhl, J. (1983): Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In: B. A. Maher (Hrsg.), *Progress in Experimental Personality Research* (Vol. 13, S. 99-171). New York: Academic Press.
- Kuhl, J. (1996). Handlungs- vs. Lageorientierung: Einige theoretische und experimentelle Ergebnisse. In: J. Kuhl & H. Heckhausen (Hrsg.), *Motivation, Volition und Handlung*. Göttingen: Hogrefe.
- Lurija, A.R. (1966): *Human Brain and Psychological Processes*. New York.
- Lurija, A.R. (1973): *The working brain*. Harmondsworth: Penguin.
- Lurija, A.R. (1992): *Das Gehirn in Aktion. Einführung in die Neuropsychologie*. Reinbek: Rowohlt. 6. Aufl. 2001.
- Märtens, M. (2004): Wo ein Wille ist, ist oft kein Weg. Die Willensentfaltung in der systemischen Therapie. In: H.G. Petzold (Hrsg.), *Der Wille in der Psychotherapie*.
- Osten, P. (2000): *Die Anamnese in der Psychotherapie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Peters, H. U. (1997): *Wörterbuch der Psychiatrie und medizinische Psychologie*. Augsburg: Bechtermünz Verlag, S. 581.
- Petzold, H.G. (1969a): Die verhaltenstherapeutische Komponente im Psychodrama. Überlegungen zum Konzept eines Behaviourdramas, Paris, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine; teilweise dtsh. in: (1971e).
- Petzold, H.G. (1971e): Behaviourdrama, eine verhaltenstherapeutische Variante des Psychodramas. Ref. auf der I. Tagung der Europäischen Gesellschaft für die Modifikation und Therapie des Verhaltens, München 20.-23. Juli. Proceedings und in: *Samenspel* 6/7 (1975) 139-146.
- Petzold, H.G. (1982): *Methodenintegration in der Psychotherapie*, Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann, S.432.
- Petzold, H.G. (1998): *Integrative Supervision, Meta-Consulting und Organisationsentwicklung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Petzold, H.G. (2000a): Psychotherapeutische Massnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: Uchtenhagen, A., Zieglgansberger, W. (Hrsg.): *Suchtmedizin*. München: Urban und Fischer Verlag. 322-341.
- Petzold, H.G. (2001a): *Wille und Wollen-Psychologische Modelle und Konzepte*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G. (2003a): *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.

- Petzold, H.G.* (2003e): Menschenbilder und Praxeologie. 30 Jahre Theorie- und Praxisentwicklung am «Fritz Perls Institut für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung» (1972-2002), *Gestalt* 46 (Schweiz): 3-50.
- Petzold, H.G.* (2007e): Für PatientInnen engagiert – Werte, Grundregeln, Ethikprinzipien für die Psychotherapie. Schulenübergreifende, integrative Perspektiven. Wien: Kramer Verlag.
- Petzold, H.G. & Sieper, J.* (2003b): Der Wille und das Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J.* (2007a): Der Wille, die Neurowissenschaften und die Psychotherapie. 2 Bde. Bielefeld: Sirius, Aisthesis.
- Petzold, H.G. & Sieper, J.* (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination, Band 1. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H.G. & Sieper, J.* (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens. Theorie, Methoden und Praxis, Band 2. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H.G. & Sieper, J.* (2008c): Integrative Willenstherapie. Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Willen und Wollen. In: *Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius, S. 473-592.*
- Scharfetter, C.* (1996): Allgemeine Psychopathologie. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Schneider, R.* (2001): Die Suchtfibel. Hohengehren: Schneider Verlag.
- Schumacher, J.* (2001): Das Überschreiten des Rubikon. In: *Schröder, J., Hackhausen W.* (Hrsg): Persönlichkeit und Individualität in der Rehabilitation. Frankfurt am Main: Verlag für Akademische Schriften. 66-86.
- Schwarzer, R.* (1993): Stress, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer, 3. erweiterte und überarbeitete Auflage
- Sieper, J.* (2001): das «behaviorale Paradigma» und der Begriff des «komplexen Lernens» im integrativen Ansatz klinischer Therapie. In: *Integrative Therapie* 1/2 (2001). 105-144.
- Velt, M.* (2008): Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsychologischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht eines Praktikers der Integrativen Therapie. In: *Petzold, Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination, Band 2. Bielefeld: Sirius.*
- Vygotskij, L. S.* (1931, 1992): Geschichte höheren psychischen Funktionen. Münster: LIT-Verlag.
- Vygotskij, L. S.* (1985): Ausgewählte Schriften. Band 1. Köln: Pahl-Rugenstein. 279-308.
- Vygotskij, L. S.* (1985c): Die Psychologie und die Lehre von der Lokalisation psychischer Funktionen.

14 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagramm aus: Schumacher 2001; erweiterte Darstellung des Rubikonmodells der Handlungsphasen, S.71.	11
Abbildung 2: Diagramm aus Petzold 1998, S.384. Ablaufschema von Motivation und Volition nach Schwarzer 1993, S.223.	12
Abbildung 3: Willenspanorama Prozess 1 (25.02.26)	37
Abbildung 4: Willenspanorama Prozess 2 (19.02.26)	45
Abbildung 5: Willenspanorama Prozess 3 (03.03.26)	55