

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“ (peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische
Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Ausgabe 08/2012

Integrative Willenstherapie - Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen *

Petzold, Hilarion G., Sieper, Johanna
2007, 2008

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>).

Erschienen in: *Petzold, H.G., Sieper, J.* (2008): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie, Band II: Psychotherapie des Willens – Theorie, Methoden und Praxis, Edition Sirius, Bielefeld und Locarno 2008

Sonderdruck aus:

Hilarion G. Petzold / Johanna Sieper (Hgg.)

Der Wille, die Neurobiologie
und die Psychotherapie

Band II

Psychotherapie des Willens.
Theorie, Methoden und Praxis

EDITION SIRIUS

Bielefeld und Locarno

2008

Hilarion G. Petzold (Amsterdam/Düsseldorf/Paris),
Johanna Sieper (Düsseldorf/Paris)

Integrative Willenstherapie

Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und
therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen

Nachdem wir uns im ersten Teil dieser Arbeit mit einigen Grundsatzthemen des Willensproblems und der Fragen zum „freien Willen“ auseinandergesetzt haben (dieses Werkes Bd. I, S. 253-328), soll in diesem zweiten Teil auf praxeologische Themen zur Diagnostik und Therapeutik von Wille und Wollen eingegangen werden.

3. Bezüge und Perspektiven der Integrative Therapie im Kontext ihres Willensverständnisses

Die volitionstherapeutische Praxis der Integrativen Therapie muss im Kontext ihrer klinischen Hintergrundtheorien, ihres spezifischen Willensbegriffs (dieses Werk Bd. II, S. 355) und ihres Verständnisses von Willensprozessen dargestellt werden. Im Bemühen um einen **multidisziplinären** und **multitheoretischen Ansatz** (Petzold 1998a) werden im Umfeld von Willen und Wollen Begriffe wie Motiv und Trieb, Selbstwirksamkeit oder (erlernte) Hilflosigkeit aufgeführt, deren intradisziplinären Bedeutungsgehalt man in der jeweiligen Disziplin klären muss, wenn man daran denkt, sie im psychotherapeutischen Diskurs als handlungsleitende Information zu verwenden. Weiterhin werden in einem **mehrperspektivischen Vorgehen** semantische Felder eröffnet, in denen Begriffe wie Willensfreiheit, Wahl- und Handlungsfreiheit, Autonomie, Souveränität, Unfreiheit, Determiniertheit, Zufall usw. auftauchen. Jeder dieser Begriffe kann fachphilosophisch oder fachpsychologisch geklärt werden. Im Rahmen von Psychotherapie im Praxisvollzug wird indes auch eine Klärung der *subjektiven Theorien und Bedeutungszuweisung* wichtig, die das jeweilige Gegenüber den Begriffen im jeweiligen Kontext gibt.

Der weiteren Klärung dienlich sind Begriffe wie *Motivation*, *Emotion* und *Kognition* im Diskurs der Psychologie als leitender Referenzwissenschaft (vgl. Dorsch 1987; 1998). *Motiv* wird als Beweggrund für ein Ver-

halten bezeichnet, als richtunggebender, leitender, antreibender seelischer Hinter- und Bestimmungsgrund des Handelns, als Triebfeder des Wollens (ibid., 427, 549). *Trieb* meint das Erleben eines Dranges, meist mit Zielvorstellung, welches autogen, d.h. ohne Mitwirkung des Bewusstseins entsteht (ibid., 701, 891). Bei den meisten *Trieben* verschafft ihre Befriedigung Lust bzw. deren Verhinderung Unlust. Zudem kann unter deren Wirkung die Klarheit des Denkens und selbst der Wahrnehmungen herabgesetzt sein. Triebhandlungen werden als jene Willensvorgänge bezeichnet, die sich durch schnelle Aufeinanderfolge von Motiv und Handlung auszeichnen, also unüberlegte (Affekt-)Handlungen. *Motivation* wird als Gesamtheit der Motive verstanden (ibid., 427), wobei hier die „humanistische“ als eine der vielen Möglichkeiten der Motivationstheorien herausgegriffen wird. Motivation beschreibt aktivierende und richtunggebende Vorgänge, die für die Auswahl und Stärke der Aktualisierung von Verhaltenstendenzen bestimmend sind.

Emotion bezeichnet Gefühl oder (im englischen Sprachgebrauch eher) Affekt (ibid., 169). Das emotionale Verhalten wird als eine Erregung, als gesamtorganismisches Geschehen der „Energieentladung“ oder auch als hirnpfysiologisches Geschehen beschrieben, das – oft „ökologisch“, kontext- bzw. adressatenbezogen – zu spezifischen Mustern des Erlebens und des Ausdrucks in unterschiedlichen Tönungen und Intensitäten führt, wie dies die „Integrative Emotionstheorie“ herausgearbeitet hat (Petzold 1995g).

Unter *Kognition* werden alle Vorgänge oder Strukturen verstanden, die mit dem Gewahrwerden und Erkennen zusammenhängen, wie Wahrnehmung, Erinnerung (Wiedererkennen), Vorstellung, Begriffe, Gedanken, aber auch Vermutung, Erwartung, Planen und Problemlösen (Dorsch, op. cit. 339).

So leicht sich solche Definitionen auflisten lassen, es darf nicht außer acht gelassen werden, dass sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben, bzw. dass sie *ausgewählten* Theorien und Sichtweisen entsprechen und dadurch begrenzte Gültigkeit haben. Für diesen Kontext wurde bewusst auf *psychologische Theorien* abgestellt, im Sinne unserer eigenen Positionsbestimmung als „psychologische PsychotherapeutInnen“. Zudem wird deutlich, dass die Theorievielfalt nicht nur zur Klärung der Auffassung von Wille und Wollen beiträgt, sondern auch weitere Fragen generieren aber auch Verwirrung stiften kann. So wird schon bei oberflächlicher Betrachtung deutlich, dass eine genaue Abgrenzung dieser Begriffe voneinander sehr schwierig ist und dass Überlappungen angenommen

werden müssen. Wie immer wieder deutlich wird, kann Wille und Wollen mit Vorgängen bzw. Phänomenen in Verbindung gebracht werden, welche mit Motiv, Trieb, Motivation, Emotion und Kognition umschrieben sind. Daraus kann erneut abgeleitet werden, dass es sich bei Wille und Wollen um komplexe und vielschichtige Phänomene und folglich auch ebensolche Begriffe handelt. Diese Einstimmung stellt eine erste Begründung der „differenziellen und integrativen Sicht“ (Petzold, Sieper 2003b) auf die vorliegende Thematik dar. Die integrative Position strebt an, ein möglichst großes Maß an konzeptueller Vielfalt beizubehalten, ohne dabei beliebig zu werden. Das ist umso wichtiger, weil die unterschiedlichen Willenspositionen auch unterschiedliche Aspekte des komplexen Phänomens „Wille“ erschließen, die für die verschiedenen Willensprobleme von Patienten und Patientinnen relevant sein können. Eine theoretisch-konzeptuelle Auseinandersetzung „im konkreten Fall“ wäre beim jetzigen Stand der Psychotherapie ohnehin auf dem Boden einer *breiteren Wissensgrundlage* als die nur der eigenen engen, schulenspezifischen Sicht höchst wünschenswert, zumal, wie unsere Sammelbände zum Willensthema zeigen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003a), die theoretische und praxeologische Substanz der Therapieschulen bei diesen wichtigen Fragen eher dürftig ist.

Die folgende Zusammenstellung von Sichtweisen von Wille und Wollen dient dazu, die oben erwähnte integrative Auffassung im Sinne **multitheoretischer Konzeptarbeit** weiter zu spezifizieren. Die bisherigen Ausführungen lassen festhalten, dass sich Wille und Wollen von psychologischer und philosophischer Seite begreifen lassen, wobei diese nur eine Auswahl möglicher Fachdisziplinen darstellen. Des Weiteren kann aufgrund der Verknüpfung von Willen und Wollen mit kognitiven, emotionalen, motivationalen und triebtheoretischen Vorgängen und Phänomenen eine Komplexität des Willensgeschehens angenommen werden. Die integrative Sicht spricht deshalb auch beim Willen von einem „Synergem“ (Petzold & Sieper 2004c, 136), worunter ein Produkt aus mehreren zusammenwirkenden Systemen verstanden wird (Sieper 2006).

Die Integrative Therapie – wie schon ausführlich begründet – hat es sich aus ihrer anthropologischen Orientierung seit ihren Anfängen zur Aufgabe gemacht, eine schulübergreifende Betrachtungsweise anzustreben, weil sie erkannt hatte, dass die Therapieschulen „groß in ihren Einseitigkeiten“ sind und ihre Erkenntnisse – mit denen anderer „life sciences“, Bio- und Humanwissenschaften – Mosaiksteine zu einem allmählichen Verständnis des Menschen als Einzel- und Kollektivwesen lie-

fern können. Ihr zentrales Anliegen bestand und besteht darin, Erkenntnisse aus verschiedenen Therapierichtungen sowie Wissenschaftszweigen in einem hinlänglich konsistenten *biopsychosozialen* bzw. *biopsychosozialökologischen* Modell (Petzold 1965, 1974j; Orth, Petzold 2000) – eben „Integrativer Therapie“ – zu verdichten.⁵⁵ Ausgehend von diesem Grundsatz wird jeder Gegenstand der Betrachtung „mehrperspektivisch“ angegangen (Petzold 1998a). Im Folgenden sei eine Auswahl an Perspektiven aufgeführt⁵⁶, die für uns in der Willensthematik relevant sind. Aufgrund des Integrationsparadigmas sollen die Ausführungen nicht als alternative sondern komplementäre Sichtweisen verstanden werden. Sie fließen in der integrativen Positionen zusammen.

3.1. Evolutionsbiologische und -psychologische Perspektiven

Charles Darwin gehört zu den Referenztheoretikern des Integrativen Ansatzes (Petzold 2006j), weil er die unverzichtbaren Grundlagen für jede moderne Anthropologie gelegt hat und uns Menschen darauf verwiesen hat, unsere Natur aus der Geschichte der Natur zu verstehen – und die umfasst nicht nur die Hominisation. Dass Natur auch in den Bereich der Psychotherapie hineinreicht, wird an der zentralen Stelle deutlich, die ein Verfahren wie die Psychoanalyse dem Triebbegriff eingeräumt hat, ein Begriff, der immer noch – trotz mehr als hundert Jahre Psychoanalyse – höchst erklärungsbedürftig ist (Leitner 2007; Petzold 2007g). Im Kontext von Wille und Wollen wird der Triebbegriff, wie schon aufgewiesen, als eine bewegende Kraft ins Spiel gebracht, die einerseits den Willen antreiben soll, andererseits die Freiheit des Willens deterministisch beschränkt. Zur Klärung dieser Positionen sind die Perspektiven verschiedener Wissenschaftszweige beizuziehen: sowohl Bereiche der Biologie und Ethologie als auch der Psychologie – heute der Evolutionspsychologie.⁵⁷ Für eine integrative Position wird auf eine einseitig triebtheoretische ausgerichtete Sicht zugunsten interaktionaler und motivationaler Perspektiven, durchaus in evolutionärer Ausrichtung, verzichtet. Deshalb wird auch nicht mehr im Sinne *Freuds* von *Trieben*, sondern von *Antrieben* gespro-

⁵⁵ Vgl. Petzold 2006t, Orth & Petzold 2001; Schuch 2001; Sieper 2006.

⁵⁶ Für eine vertiefende Betrachtung der Positionen unterschiedlicher therapeutischer Schulen sowie verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen zum Willensthema sei auf die Literatur bei Petzold (2001i) sowie in Petzold & Sieper (2003a) verwiesen.

⁵⁷ Bischof 1985, Kennair 2003, Mysterud 2003, Buss 2004, Petzold 2006h.

chen, die in Anlehnung an moderne, evolutionsbiologische Sichtweisen als „komplexe, motivierende Verhaltensdispositive“ verstanden werden, welche in evolutionär ausgebildeten Programmen, „Narrative“ genannt, wurzeln.⁵⁸ Sie sind sozusagen die im Genom festgehaltenen „Niederschriften“ der Interaktionsgeschichte zwischen einem Organismus und seinem Umfeld (deshalb der Begriff „narrative“, Anm. 138). Auf solchen Grundlagen können sich in kulturellen Prozessen *komplexe soziale Narrative*, ja hochorganisierte kulturelle Muster gesellschaftlichen Lebens ausbilden (Richerson, Boyd 2005). Werden die *basalen Narrative* aktualisiert, z.B. durch Genexpressionen, und inszenieren sie sich mit „passenden“ Umweltantworten, dann entstehen „nutzungsabhängig“ (Hüther 2005, 2007) entsprechende neuronale Bahnungen, Netzwerke, Bereitschaftspotenziale. Die aktualisierten Narrative stehen in ständiger Interaktion als „vernetzte neuronale Netzwerke“, kognitiv-emotional-volitve Pläne oder Landkarten. Sie können zum Ausdruck, zur Expression kommen, wenn die entsprechenden Schlüsselreize oder Kontextbedingungen vorhanden sind oder entsprechende altersspezifische Reifungsschritte in „sensiblen Phasen“ zur Aufschaltungen eines Narrativs führen. Immer, wenn die Umwelt Handlungsmöglichkeiten bereitstellt, für die das Lebewesen phylogenetisch und ontogenetisch erworbene Handlungsmuster (*affordances*, Gibson 1979, 1982) zur Verfügung hat, kommt es zur (Re)Inszenierung der *Narrative*. Durch die dabei gemachten (neuen) Erfahrungen können *Narrative* bekräftigt, aber auch – abhängig von ihrer Nutzung – mehr oder weniger stark verändert werden. Sie haben eine gewisse *Plastizität*, weil das Gehirn über eine entsprechende Neuroplastizität verfügt.

Von diesem in kurzen Zügen umrissenen Konzept „*narratingesteuerter, differenzieller Antriebe*“ als Alternative zum innersomatisch gegründeten, dualen Triebkonzept *Freuds*⁵⁹ ausgehend, wurde in der integrativen Theo-

⁵⁸ *Mysterud* 2003; *Petzold* 2003e, *Petzold* 2005t.

⁵⁹ **Trieb** ist im Konzept *Freuds*, wie er es in „Trieb- und Triebchicksale“ (1915c) formulierte und bis in die späten Schriften beibehält, eine konstant aus dem Körperinneren kommende und wirkende, handlungsantreibende Kraft, vor der es kein Entkommen gebe, und die vom situationsgebundenen Reiz zu unterscheiden sei. Die neurowissenschaftliche Vorannahme *Freuds*, die für diese Theorie, wie er ausführte, grundlegend sei, ist die These, dass das Nervensystem eingehende Reize beseitigen und nach dem „Konstanzprinzip“ einen Zustand herstellen muss, der „überhaupt reizlos“ ist (eine frühe Homöostasetheorie). Diese Annahme lässt sich aber nicht mehr halten, denn das Nervensystem, der Organismus insgesamt, sucht „gemäßigte Un-

rie generalisierend vom „*Impetus*“ gesprochen (der allerdings jeweils spezifisch zu bestimmen ist, vgl. Petzold 2003e⁶⁰). Er treibt auch das *Wollen* an, worunter dann ein sich anbahnendes, vorbewusstes, innen- und/oder außenstimuliertes, (d.h. durch Aufschaltung von Narrativen und ihren Bereitschaftspotenzialen) motiviertes Willensgeschehen verstanden wird. Werden gleichzeitig mehrere Schlüsselreize wirksam, und werden sie nicht nach Wichtigkeit geordnet (*Ukhtomskij* 1978 hat hierfür schon früh ein Modell dominanter Regulierungen entwickelt), können konfli-

gleichgewichte“, Anregungen und Stimulierung, ist ein selbstorganisierendes „offenes System“ mit „dissipativen Strukturen“, die weitab vom thermodynamischen Gleichgewicht sich aus einem ursprünglich instabilen Zustand bilden und eine gewisse Stabilität aus der Balance von Nichtlinearität und Energie-dissipation gewinnen, wie *Ilya Prigogine* in seinem experimentell gut abgestützten Modell gezeigt hat (vgl. Anm. 138).

⁶⁰ Unter **Impetus** habe ich eine doppelte dynamische Qualität gefasst, die aller lebendigen Materie und damit allen Lebewesen (*living systems*) inhäriert: 1. die *explorative Tendenz* (Bewegung auf die Welt zu, Neugier), um aus der relevanten Umwelt, in die sie eingebettet sind (*embedded*), **Informationen** (über Nahrung, Gefahren, Fortpflanzungspartner etc.) vermittelt über biochemische bzw. biophysikalische Träger und aufgenommen über Rezeptoren bzw. molekulare Andockstellen zu suchen und diese zu verleiblichen, womit auch die Umwelt/Welt mit den „Anderen“ der eignen Spezies oder anderer Arten verleiblicht (*embodied*) werden, der Organismus zum „**informierten Leib**“ wird. 2. die *poietische Tendenz*, der **Impetus** aus dem Aufgenommenen fungierend und intentional zu gestalten/umzugestalten, Neues zu erschaffen *internal* (neuronale Netzwerke, kognitive, emotionale Muster, Narrative, Stile bzw. Schemata, Formen, Skripts), aber auch *external* etwa in lebenspraktischen, technischen (z.B. Werkzeuge), in wissenschaftlich-konzeptuellen, in künstlerischen Gestaltungen (*poiesis*), die im Prozess der Fabrikation schon wieder modifizierend auf den „informierten Leib“ und den Impetus zurückwirken. Das Konzept des Impetus, aus der Phänomenbeobachtung des Lebendigen, der in ihm sichtbaren Verhaltensdispositive gewonnen, ist damit an das Leben gebunden und nimmt in der Integrativen Theorie *strukturell* die Stelle ein, die im psychoanalytischen Diskurs der „Trieb“ innehatte oder im aristotelischen die „Entelechie“, ohne dass damit die Richtung des Vitalismus (*Goethe, Driesch*) aufgenommen wird. Vielmehr wird „Impetus“ als strukturelle Größe für Antriebe in Organismen gesehen, die auf die Welt (mit ihren Gefahren, Nahrungsquellen und Affiliationspartnern) gerichtet sind und deren Funktion und Funktionieren durch empirische Forschung aufgeklärt werden muss (idem 1988t/2003e). Der Impetus entspringt der *evolutionären Generativität* und steht auch hinter der *Humankreativität* als *kokreativem* Geschehen. Letztere ist aber

gierende Motive auftreten, die Willenshandlungen zu beeinträchtigen vermögen.

Um „Trieb“ als metapsychologisches Konzept in der *Freudschen* Bedeutungsebene abzulösen, haben wir im Integrativen Ansatz das, was „Trieb“ ausmachen soll, nämlich ein Verhaltensperformanzen aktivierender Antrieb, unter zwei Perspektiven betrachtet: einer **philosophisch-anthropologischen** und einer **evolutionsbiologischen/-psychologischen** – zwei unterschiedliche *Diskurse*, die nicht leichtfertig amalgamiert werden sollten, sondern die als *konnektivierte Perspektiven* (Petzold 1994a) von unterschiedlichen Positionen Licht auf das Thema werfen (idem 2003e):

Philosophisch-anthropologisch wird „Trieb“ von uns als „Antrieb“, als „bewegendes Prinzip“ und damit als „generativer **Impetus**“ aufgefasst (Petzold 1990b, 659), der allem Lebendigen inhäriert und als die ubiquitär vorfindliche, *explorative* „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Aktivität“

der Selbstreflexion, diskursiven Koreflexion und Metareflexion zugänglich. Humankreativität ist deshalb von der *biologischen Generativität* kategorial zu unterscheiden (*Ijime, Petzold, Sieper* 1967/1990).

Weil wir die *Freudsche* Idee des Triebes als einer monodynamischen, *intraorganismischen* „Ursprungsquelle“ vermeiden wollen, sprechen wir bei *Antriebskräften* von der Inszenierung eines „*evolutionären Narrativs*“, das durch spezifische Kontextbedingungen ausgelöst wird oder durch Aufschaltung genetischer Programme spezifische Antworten aus dem Kontext sucht oder in ihm aufruft (z.B. Pflegeverhalten durch Trigger des Babies bei den Caregivern, mating behavior bei Eintreten der Geschlechtsreife, Affiliationsverhalten in Gruppen etc.) und in kontextbezogenen Verhaltensweisen nutzt. Unter *Narrativ* wird ein Programm oder ein Bündel interagierender Programme verstanden, die sich in der *Interaktion eines Organismus mit seiner Ökologie* herausgebildet haben, als Programm phylogenetisch, aber auch ontogenetisch archiviert wurden, d.h. für das Leben/Überleben in der Lebenswelt, in die der Organismus eingebettet ist (*embedded*), *verkörpert* wurden (*embodied*). *Narrative* „erzählen“ von dieser Interaktion, wenn sie sich erneut in Handlungen *inszenieren*, weil sie *interaktionale* Programme sind: *embodied and embedded*. Damit wird im Sinne der phänomenologischen Leibtheorie von *Merleau-Ponty* (1945) der „*Leib als Intentionalität*“, als grundsätzliche Gerichtetheit auf die Welt (*être-au-monde*) gesehen, und im Sinne meiner integrativen Bewegungstheorie „Leben als konnektivierende Bewegung“ aufgefasst hat (Petzold 1989f.), wie auch bei *Bernštejn* (1975) in seiner „*Physiologie der Aktivität*“. In der Linie moderner Biowissenschaften und Evolutionstheorie – durchaus in *Darwinscher* Tradition – (*Weber* 2000, *Petzold* 2005r; *Petzold, Orth* 2004b) wird damit eine grundsätzlich *interaktionale Fassung* von Antrieben, Motiven, Tendenzen bei lebendigen Wesen vertreten.

alles Lebendigen (Suchnarrativ, Neugierdeverhalten) in den sie umgebenen Raum hinein als potenziellem *Lebensraum* mit seinen Nahrungsquellen und den ihn mitbewohnenden Artgenossen gesehen werden kann. Jeder Organismus steht mit seinem Lebensraum in einem solchen, oft sehr komplexen, interaktiven Bewegungsgeschehen (*perception-processing-action*, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, vgl. hier 6. Anhang I). Auch die Wanderungen der Hominiden, ihre Exploration der Welt in die Tiefen der Meere und Höhen der Gebirge, in die Weiten des Weltraums, in die Unendlichkeiten der Gedankenwelten durch explorative *Mentalisierungen* haben in diesem **Impetus** ihren Hintergrund (idem 2005t).

Wenn man den „**Impetus**“ **biologisch-anthropologisch** betrachtet und damit das Leben als solches als bewegtes und bewegendes in *unendlichen Konnektivierungen* sieht (idem 1989f.), ist er als eine Kraft „in, mit und zwischen“ Lebendigem und seinem Lebensraum, als eine proliferative, genetische Entfaltungsdynamik mit unendlicher genomischer Kombinatorik zu betrachten: Leben, das immer neues, vielfältiges Leben hervorbringt aus „synergetischer *Generativität*“ (idem 2003e).

Stellt man diese Überlegungen in den Rahmen der Humankultur, können wir **kulturanthropologisch** von einem „**Impetus**“ zur „**Kokreativität**“ (ibid.), zu „gemeinschaftlicher, kokreativer *Poiesis*“ sprechen, womit das Willensgeschehen – wie die „Antriebe“ selbst – stets auch im Sozialen verortet sind: in den Überlebensbemühungen und kulturellen Gestaltungsprozessen.

3.2 *Dynamic Systems* – *Systemische Perspektiven*

„Die Geschichte der kulturellen Entwicklung führt uns zur Geschichte der Persönlichkeitsentwicklung.“

(*Vygotskij* 1992, 77)

Aus integrativer Position wird der Wille in seinen „Antrieben“ und seiner Gerichtetheit als „interaktives Geschehen“ mit anderen Wollenden gesehen. Er kommt in **intersystemischen** und **intrasystemischen** Prozessen zum Tragen. Beide müssen als solche als Makroformate und Mikroformate in ihrer Interaktion betrachtet werden. Damit wird eine *systemische Sichtweise* einbezogen, die für den Integrativen Ansatz seit seinen Anfängen eine wichtige Perspektive in ihrem Modell „multitheoretischer Reflexion“ ist (Petzold 1974j, 1998a; *Luhman* 1992), beginnend mit unserer *Lubmann-Rezeption* von „Zweckbegriff und Systemrationalität“⁶¹ im

⁶¹ *Lubmann* 1968; Petzold 1974j; *Jüster*, Petzold 2005.

Jahr 1968 und im gleichen Zeitraum unserer Auseinandersetzung mit der „russischen Schule“: mit dem Mathematiker und Physiologen *A. Ukb-tomskij*, Urheber der Dominante-Theorie, der lange vor *Ludwig von Bertalanffy* eine allgemeine dynamische Systemtheorie entworfen hatte (*Batuev, Sokolova* 1993; *Simonov* 1991), mit dem Physiologen und Mathematiker *N. Bernštejn* (1967), dem Begründer moderner Neuromotorik, und mit dem wohl begabtesten *Pawlou*-Schüler *P. Anokhin* (1935, 1967), der 1933 das Feed-Back-Prinzip entdeckt hat und einer der Väter der Theorie „funktioneller Systeme“ ist.

Wir hatten natürlich auch in der „systemischen Therapie“ gesucht – *Virginia Satir* führte 1974 auf unsere Einladung an unserer Einrichtung die ersten Ausbildungsseminare in Europa durch (*Sieper* 2007) – aber diese „Systemiker“ hatten mit den erwähnten höchst spannenden Modellen biologischer Systemtheorie nichts zu tun und haben auch *Lubmann* erst sehr spät entdeckt. Die Systemtherapeuten nahmen mit simplen Modellen, z.B. dem Regelkreis oder dem Homöostasemodell vorlieb oder mit metaphorisierendem Gebrauch des Systembegriffes (vgl. *Ebert* 2001) und tun das – von Theoretikern wie *Kriz*, *Schiepek* und wenigen anderen abgesehen – vielfach bis heute. Hier konnten wir wenig gewinnen, zumal in den systemtherapeutischen Grundlagenwerken die Willenthematik nicht explizit aufgeführt wird. Dennoch lassen sich grundsätzliche Überlegungen für Wille und Wollen aus den systemischen Modellen ableiten, wobei man sich nicht allein auf eine familientherapeutische Systemperspektive beschränken darf, die für PsychotherapeutInnen naheliegt und auch unverzichtbar ist, sondern man muss auch andere Bereiche systemischer Forschung – etwa in der Neuromotorik (*Kelso* 1995; *Thelen, Smith* 1994) – beiziehen.

Primärgruppen- bzw. Familienysteme sind als Orte primärer „emotionaler Differenzierungsarbeit“ (*Petzold* 1995g) wesentlich. Sie bieten die systemischen Handlungskontexte für die primäre „Willenssozialisation“ durch das Bereitstellen von Imitationsmodellen für das Wollen oder durch kovolutive Prozesse im Vollzug gemeinsamer Willenshandlungen“ (*Petzold* 2006v). Dabei spielen motorische Interaktionen gerade im Frühbereich der Entwicklung eine große Rolle (*Wallon* 1947), aber sie werden mit dem sozialen System verbunden gesehen. „*Vygotskij* war überzeugt, dass jeder Versuch, die Willenshandlung auf ‚biologische Wurzeln‘ zurückzuführen, scheitern muss. Vielmehr erblickte er ihren Ursprung in der Verständigung zwischen Kind und Erwachsenem, bei der ‚zwei Personen eine Funktion ausüben‘“ (*Lurija* 1992, 249). Man muss ergänzen: zwei oder

mehrere Personen, denn Kinder wachsen, wie *Vygotskij* sehr wohl sah, in **Polyaden**, in Multipersonensettings auf, in sozialen Netzwerken, Sozialsystemen, in denen die dyadischen Konstellationen Spezialfälle waren (also konträr zu der psychoanalytischen Sequenz: undifferenzierte Monade, Mutter-Kind-Dyade, ödipale Triade, die den polyadisch-systemischen Charakter sozialer Mirkoorganisation völlig verkannt hat, ähnlich wie die Mutter-Kind-zentrierte „dyadologische“ Bindungsforschung). In der Sicht *Vygotskij*s – und auch *Mikhail Bakhtins* (1963, 1981, 1996), dessen Bezug zum *Vygotskij*-Kreis noch wenig beachtet wurde – entsteht Sprache aus „Handeln und Sprechen nach vielen Seiten“, im „Polylog“ (Petzold 2002c), in dem *Intermentales Intramentales* wird (*Vygotskij* 1978, 1992, 236). „Jede Funktion tritt in der kulturellen Entwicklung des Kindes zweimal, nämlich auf zwei Ebenen in Erscheinung – zunächst auf der gesellschaftlichen [der „polyadischen“ sc.], dann auf der psychischen Ebene (also zunächst zwischenmenschlich als interpsychische, dann innerhalb des Kindes als intrapsychische Kategorie). Das gilt gleichermaßen für die willkürliche Aufmerksamkeit wie für das logische Gedächtnis, für die Begriffsbildung wie für die *Entwicklung des Willens*“ (idem 1992, 232, unsere Hervorheb.). Dieses von *Vygotskij* als „genetisches Grundgesetz“ (ibid.) formulierte Prinzip bewirkt, dass das Kind im familialen System und in anderen sozialen Netzwerksystemen mit anderen Kindern die „Beherrschung des eigenen Verhaltens“ lernt. Dabei kann das Lernen des Willens als Lernen von Selbststeuerung aufgefasst werden, weil „Wille mit Selbstbeherrschung gleichgesetzt“ werden kann (ibid. 241). Diese wird durch das Kollektiv, durch die „sozialen Systeme“ gewonnen. „Wir fragen, wie das Kollektiv bei diesem oder jenem Kinde die höheren psychischen Funktionen hervorbringt“ (ibid. 238). *Vygotskij*s „Theorie der Nachahmung“, die er als „einen der wichtigsten Wege der kulturellen Entwicklung des Kindes“ sieht (ibid. 214), ist hier völlig *systemisch* konzipiert: Die „Umwelt“ (Luhmann 1968), das „soziale Netz“ bzw. der „Konvoi“ (Hass, Petzold 1999), d.h. „die Zone möglicher Nachahmung fällt mit der Zone der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten eines Lebewesens zusammen“ (*Vygotskij* 1992, 215). *Lurija* hat solche Nachahmungsprozesse auf der Mikroebene untersucht: Kinder übernehmen willentliche Handlungen durch Nachahmung und Ko-ordination. Sie vollziehen willensgelenkte Handlungen mit – *imitativ*: Die Mutter rührt im Topf, das Kind rührt im Töpfchen, bügelt synchron an seinem Spielbügelbrettchen etc. Heute wissen wir: Menschen werden dabei durch spezielle „Spiegelneuronen“ unterstützt (Stamenov, Gallese 2002; Petzold 2002j). Der *Mitvollzug* des kleinen

Kindes ermöglicht den Nachvollzug des älteren. Immer handelt es sich um Handlungsgeschehen, einen systemisch-interaktionalen Kontext, dem zumeist – transportiert im Mikrovollzug (z.B. Bügeln) – Kulturmuster und -techniken zugrunde liegen (Fred Feuerstein trug keine gebügelten Pelze!). Kinder erhalten Anweisungen von Erwachsenen, bei denen sie oft eine gewisse *Wahl* haben, der Aufforderung nachzukommen. Sie tun es nicht immer, werden auch „reaktant“ (Petzold, Müller 2005), setzen den Eigenwillen als *nolle* (Nicht-Wollen) gegen den Erwachsenenwillen. Wenn ein Kind aber der Anweisung folgt, die immer eine Weisung, einen Hinweis, ein Ziel, Künftiges enthält und damit antizipatorische Leistungen bahnt, „so beginnt es, *sein Verhalten diesen Anweisungen unterzuordnen*. Es ist bezeichnend, dass in diesem Stadium *die Funktion, die zuvor von zwei Personen ausgeübt wurde, nun ein Hilfsmittel für die Organisation der höheren aktiven Verhaltensweisen geworden ist*“⁶² (ibid. Lurija 1992, 249). Es lernt in dieser „Nachordnung“, so möchten wir es nennen, im Nachvollzug, einen „virtuellen Mitvollzug“ und da der bei kleinen Kindern zunächst motorischer Art ist, wird die Motorik zum Modell der Organisation „höherer Funktionen“, die – das dürfte deutlich geworden sein – in interpersonellen Systemen und in Interaktion mit der Welt erworben werden.

Betrachtet man die Prozesse auf der Mikroebene motorischer Performanz näher, dann kann man auf *Bernstejns* geniale Theorien zurückgreifen, in denen die Komplexität des menschlichen *Wahrnehmungs-Handlungs-Systems* erkannt und durch seine experimentellen Untersuchungen fundiert worden war. Es kann auch als Modell für komplexere kommunikative Prozesse dienen, wie an *Petzolds* Abteilung in Amsterdam sein Kollege *Hanus Papoušek* (1991) und *Petzolds* MitarbeiterInnen in Arbeiten zur Interaktion mit Säuglingen zeigen konnten, die wir dann in eine „lifespan developmental perspective“ stellten.⁶³

In diesen systemischen Prozessen machen beständige, nicht-lineare Rückkoppelungsprozesse aus dem *afferenten* System die Bewältigung höchster Komplexität erklärbar (vgl. *Anokhins* „Handlungsakzeptor“ oder später die „TOTE-Konzeption“ von *Miller, Galanter, Pribram* und natürlich die „Reentry-Konzeption“ des rekursiven Informationsaustauschs und der reziproken Koppelung zwischen Systemen, die parallel zueinander arbeiten, von *Edelman*). Damit wird im „Wahrnehmungs-Ver-

⁶² In allen *Lurija*-Zitaten dieses Beitrages sind die kursiven Hervorhebungen aus dem Originaltext *Lurijas*.

⁶³ *Papoušek, Papoušek* 1991, 1992; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Sieper* 2007b.

arbeitsungs-Handlungssystem“ (Petzold 1994j, 529ff., hier Anhang I) neben den *afferenten* Informationen die Bedeutung der *afferenten* „movement produced information“ im Handlungsvollzug wesentlich, durch die überprüft wird, ob der Handlungsentwurf im Kontext seiner Realisierung in der konkreten Situation Bestand hat bzw. wie er „im Prozess“ modifiziert wird. In diesem Geschehen wird in systemischer Perspektive auch die wechselseitige Beeinflussung von kleinsten Mikrosystemen (caregiver infant interaction, e.g. baby-mother oder baby-mother-father-nanny) verstehbar (M. Papoušek 1984, 1989, 2007).

„Am Anfang der Willkürbewegung steht die *Absicht* oder die *motorische Aufgabe*, [... sie] bringt stets das Modell eines *zukünftigen Bedürfnisses* hervor, also ein Schema dessen, was stattfinden und was die Person leisten soll“ (Lurija 1973/1992a, 250). Dabei ist es eine „äußerst wichtige Tatsache, dass die unveränderliche motorische Aufgabe nicht durch ein konstantes, fixiertes, sondern vielmehr durch ein variables Bewegungsprogramm gelöst wird, das aber auf eine konstante, invariante Wirkung hinarbeitet“ (ibid., Hervorhebung im Orig.). In diesen Prozessen verschränken sich fungierende und intentionale (persönliche und auch kollektive) Zielrealisationen, bewusste und neuronal-unbewusste Willensprozesse. Denn ist ein Ziel ins Auge gefasst („Wir wollen diesen Baum erklettern!“) und eine bewusste, willentliche Entscheidung gefällt, ins Geäst zu steigen („Ja, das machen wir!“), so wird diese **Ko-volution** – wie wir das genannt haben (Petzold 1982c) – im Klettervorgang bis in den Wipfel zum geringsten Teil in bewusst vollzogenen Umsetzungsschritten realisiert, auch wenn Ziel und Handlungsplan den ganzen Vorgang mitsteuern. Die beiden Buben koordinieren sich – spiegelneuronengestützt – ohne dass es großer Absprachen bedarf, was nicht heißt, dass das verbale „assentiment“ unwesentlich für das *gemeinsame Wollen* ist. Janet stellte fest: „La volonté ... est un assentiment qui se rapporte à une action immédiate, dont les conditions sont actuellement réalisées et qui peut être commoncées au moment même où on parle. ‚Voulez-vous sortir avec moi?‘“ (Janet 1919 I, 217). Mit dem Vorschlag und der Zustimmung entsteht ein gemeinsamer Handlungsentwurf, synchronisieren sich zwei Prospektionen und realisiert sich ein Vorweggenommenes. Dieses Phänomen lässt sich in allen kovolitiven Ereignissen finden und hat für willentherapeutische Praxis hohe Relevanz. Die neuromotorische Betrachtung wird hier ins Sozialpsychologische übertragen.

Das Prinzip von *Entwurf* und *Vollzug* in beständigen Rückkoppelungen aus dem Fundus von *Bernaštejns* innovativen Arbeiten (Bongaard

1996; *Whiting* 1984) – ergänzt durch neuere Forschung unter Einbezug des Affordance-Modells der ökologischen Psychologie *Gibsons* (1982) und Modellen dynamischer Systemtheorie⁶⁴ – bildet heute ein wichtiges Fundament der modernen Neuromotorik und findet auch in der Praxis integrativer, klinischer Bewegungstherapie Anwendung (*Orth, Petzold* 1998a), in der sich dann die systemische Perspektive im neuromotorischen Bereich mit der im psychosozialen verbindet (etwa in der „non-verbale Kommunikation“ und in gemeinsamen Gruppenaktivitäten, *Petzold* 2004h).

Systemische Modelle sind für eine integrative Position zum „Willen als Ko-volution“ von Bedeutung und wurden beispielsweise von *Märtens* (2004) vorgestellt. Sie bringen die Kontextdimension von (Willens-) Handlungen und die zur Verfügung stehenden Handlungsmuster ins Spiel, sie führen aber auch zu der Frage nach dem „Impetus“ eines Wollens. Auch dieser Impetus oder Antrieb kann im systemischen Rahmen verstanden werden: zum einen als eine Eigenschaft biologischer Organismen in der Realisierung eines evolutionären Programms/Narrativs, zum anderen kann er als Antwort auf den Aufforderungscharakter eines Kontextes (*Lewin, Gibson*) bzw. im Zusammenspiel von beidem durch „funktionelle Systeme“ gesehen werden, wobei das Zerebrum mit seiner permanenten *Neuroaktivität* (*Freeman* 1995, 42) das „funktionelle System“ par excellence ist. Antrieb kann dann auch spezifischer gefasst werden: etwa als „Antrieb“⁶⁵ zu motorischer Aktivität im ökologischen Kontext, denn der Körper braucht eine „Mindestdosis“ an Bewegung und explorativem Verhalten, deshalb *will er* in die Natur (so diese noch zugänglich ist) oder er *will* in sozialer Bewegung zu Anderen hin – ein *Affiliationsantrieb*, denn der Mensch braucht andere Menschen, deshalb *will er* zu *social events* (wenn für ihn solche vorhanden sind, vgl. *Petzold, Müller* 2005; idem 2005y). Er ist nur in sozialen Systemen, in Netzwerken überlebensfähig – und er muss sich in diesen Netzwerken bewegen: *Kommunikation ist Bewegung*, jede gerunzelte Braue, jedes Augenzwinkern, jede unterstreichende Geste zeigt dies. Über das „System nonverbale Kommunikation“ (*Petzold* 2004h) in seiner Verschränkung mit dem „System soziales Netzwerk“, wie es sich uns in der Praxis der psycho-, leib- und bewegungstherapeutischen Arbeit beständig zeigt, integrieren wir die psychoneu-

⁶⁴ *Michaels, Beek* 1996; *Beek, Peper, Stegeman* 1995; *Kelso* 1995.

⁶⁵ Auch systemisch nicht gleichbedeutend mit Trieb im *Freudschen* Sinne, sondern an Attraktorkräfte, Selbstorganisationsdynamiken gebunden!

motorische und die sozialpsychologisch-soziotherapeutische Perspektive. Das ist ein Spezifikum des Integrativen Ansatzes.

Die systemische Betrachtungsweise führt uns auch an die Bedingtheiten und die Grenzen des *individuellen Wollens* heran. Die persönliche Willensfreiheit des Einzelnen ist neben dessen eigener Begrenztheit durch seine physischen und psychischen Vermögen durch den jeweiligen ökologischen und sozialen Kontext eingeschränkt, in denen er als Mensch agiert.

Wird etwa ein Familienmitglied im Kreise seiner Familie betrachtet, so steht das individuelle Wollen im Zusammenhang mit dem **kollektiven Wollen** bzw. dem Wollen der anderen Familienmitglieder (Petzold 2006v). Blickt man auf den Schüler in seiner Klasse, so sind Lehrer und Mitschüler begrenzende Momente, in seinem Sportverein steht es nicht anders usw. usw. Netzwerkdynamiken und Willensprozesse sind durch Ko-volutionen auf der Mikro- und Mesoebene unlösbar miteinander verwoben. Der Integrative Ansatz hatte mit *Morenos* (1934) „Netzwerkkonzept“ stets die familiäre Betrachtungsweise überschritten und auch amikale, kollegiale u.a. Netzwerke mit in die Überlegungen einbezogen.⁶⁶ Netzwerktherapeutische Arbeit als systemische Praxis umgreift die Familienperspektive und geht zugleich über sie hinaus, indem sie Familie als „Netzwerk unter Netzwerken“ sieht (Petzold, Josić, Ehrhardt 2003). In den Prozessen der Netzwerkdynamik kann auftauchender *Gegenwille* Anderer oder anderes Wollen die Entfaltung des individuellen Willens einschränken oder gar verhindern; unterstützender, guter Wille indes kann Willensrealisierung fördern. Der Aufforderungscharakter (*affordance*) und die Begrenzungen (*constraints*) in Netzwerken beeinflussen also die Willenshandlungen, wobei diese Einflüsse keineswegs immer bewusst sein müssen: Aber sie bestimmen die Dynamiken in **Polyaden** (Familien, Arbeitsgruppen, Teams) nachhaltig.

In familialen **Polyaden** und anderen Gruppenkontexten als sozialen Systemen findet die *Willenssozialisation* statt, z.T. durch den imitativen, spiegelneuronengestützten Mitvollzug kollektiver Willenshandlungen (*Stamenov, Gallese* 2002). Kinder lernen, sich auf gemeinsame Ziele, die zu erreichen sind, zu synchronisieren: in kollektiven *Kognitionen* der Zielantizipation, kollektiven *Emotionen* des gemeinschaftlichen Engagements, in kollektiven *Volitionen* der gemeinsamen Entscheidung und des Durchhaltewillens. Damit werden sie für Kooperationsprozesse ausgerüstet, die in allen **Polyaden** erforderlich sind, in denen Menschen über ihre Lebens-

⁶⁶ Petzold 1979c, 1994e, 2006v; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004; Hass, Petzold 1999.

spanne hin zusammenarbeiten. Aber auch in den sich in polyadischen sozialen Systemen findenden **Dyaden** (Paare, Duos, Tandems, Partnerschaften etc.) kommt gemeinsamen Willensprozessen eminente Bedeutung zu. *Ohne Willenskoordination können keine Ziele erreicht werden.* Nicht umsonst hat die Psychotherapieforschung den Faktor der „guten Passung“ als zentrales Moment erfolgreicher Therapien herausgestellt, und auch in älteren Konzeptionen wurden ein „tragfähiges Arbeitsbündnis“ (Greenson 1966) oder eine „gute compliance“ als Voraussetzung für einen guten Therapieprozess gesehen. Allerdings waren damit oft auch Unterordnungs- und Unterwerfungsforderungen verbunden, das „Wollen eines anderen Wollens zu wollen“ (Petzold 2001i), wie es in der Freudschen „Grundregel“ besonders prägnant wird (Petzold 2006n vgl. auch: *compliance* = Einwilligung, Befolgung, Willfähigkeit, Unterwürfigkeit – die Begriffswahl ist dekuvierend für den Diskurs der Medizinalmacht). Das fördert natürlich nicht den Eigenwillen, die Selbstwirksamkeit (Flammer 1990). Es ist erstaunlich, wie wenig Aufmerksamkeit in der Psychotherapie dieser systemischen Perspektive des Willengeschehens in polyadischen und dyadischen Prozessen geschenkt wurde (wohl wegen der als selbstverständlich unterstellten Unterordnungsannahme). In dynamischen sozialen Systemen⁶⁷ kommt es beständig durch „social affordances“ (Valenti, Pittenger 1993; Petzold et al. 1994), d.h. Aufforderungsprozesse und durch Begrenzungen (*constraints*) zu synchronisierten Willenshandlungen auf der Ebene der Entscheidung, der Entscheidungsumsetzung und des Durchhaltens, bis die anvisierten Ziele erreicht sind.

Der Wille ist ein Mittel zur *Reduzierung sozialer Komplexität* in Polyaden und Dyaden, was natürlich auch über Auseinandersetzungsprozesse läuft, in denen sich der Wille üben und bewähren kann und in denen „**Kulturen des Wollens**“ wirksam werden, die neben bewussten Regeln auch fungierende, unausgesprochene, unbewusste Regel- und Normsysteme umfassen. Wollen des Einzelnen schließt an kollektive Wertesysteme an (vgl. Petzold & Sieper 2003a), wie wir es schon in der Willenkonzeption von *Aristoteles* finden oder auch bei *Kant* und wie es auch *Vygotskij* betonte, der das „vom Willen geleitete Handeln ... in der *Kulturgeschichte des Menschen*, d.h. in der gesellschaftlichen Arbeit, die den Beginn der Menschheitsgeschichte markiert“ (Lurija 1973/1992, 248), ansiedelt. Der bewusste Wille steht am Anfang der Evolution des Menschen (Petzold 2001j). Diese kulturalistisch-systemische Perspektive ermöglicht

⁶⁷ Vgl. Vallacher, Nowak 1994, 1997; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994.

einen Anschluss an Makrosysteme. Familien sind z.B. in größere Kollektive eingebunden, die sie normativ bestimmen. Daraus ergibt sich auch *eine* Antwort bezüglich der Frage nach der „Freiheit des Willens“ in komplexen Systemen: Willensfreiheit ist „Freiheit in den Begrenzungen“ (*constraints*), die die Regeln in Systemen und Subsysteme ermöglichen, womit eine *relative und differentielle Willensfreiheit* angenommen werden muss (Petzold & Sieper 2003b). Sie birgt in sich die Chance *wachsenden Freiheitspotenzials durch ein Lernen* des adäquaten Umgehens mit den Begrenzungen und mit den Freiräumen des Systems. Hier liegen aber auch Gefahren der Willenspathologie, durch Ausbildung dysfunktionaler Muster und Stile solchen Umgangs, durch destruktive Meso- und Makrosynchronisationen in Banden, Horden, fanatisierten ethnischen, religiösen, politischen Gruppen, Parteien und ihrer Propagandamaschinerie, die mit fatalen Folgen das *kollektive Wollen* ganzer Volksmehrheiten manipuliert haben, bis sie die „totale Revolution“ oder den „totalen Krieg“ (Trotskij, Goebbels) oder die totale „Identitätsvernichtung“ anderer *wollten* (der Armenier, der Juden, der Ungläubigen, der Konterrevolutionäre etc.) und dieses kollektive Wollen im individuellen Wollen von *Millionen Tätern und Täterinnen* Niederschlag und Ausdruck fand (vgl. Petzold 1996j). Hier kommen die systemischen Diskurse an ihre Grenzen und bedürfen der Ergänzung und Erweiterung durch wertetheoretischen, anthropologische und gesellschaftstheoretische Diskurse, aus denen Orientierungen für ethische Positionen gewonnen werden können, an denen sich Willensentscheidungen orientieren können, damit sie vernunftgegründete Entscheidungen „guten Willens“ (Kant) werden.

3.3 Neuropsychologische Perspektiven und psychotherapeutischer Kontext

Als dritte Leitlinie für die Integrative Therapie in ihrer allgemeinen Konzeptbildung und spezifisch in der Willensfrage sei hier die „neuropsychologische Perspektive“ angesprochen, die schon im vorausgehenden Abschnitt zur „systemischen Sicht“ immer wieder ins Spiel kam und für uns von prinzipieller Wichtigkeit ist – und zwar nicht, weil in den letzten Jahren durch die rasanten Entwicklungen in den Bio- und Neurowissenschaften ein expliziter Bezug auf diese Forschungsrichtungen der Naturwissenschaft für eine moderne Psychotherapie immer unabdingbarer wurde⁶⁸, sondern weil das Verstehen des komplexesten biologischen Or-

⁶⁸ Vgl. Grawe 2004; Petzold 2002j; Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold, Wolf et al. 2000j; Schiepek 2003; Bloem, Petzold, Moget 2003.

gans, das wir kennen, des menschlichen Gehirns, als der Schlüssel für das Selbstverstehen des Menschen anzusehen ist (Edelman 1987, 1992, 2004; Edelman, Tononi 2001). Auch hier sind wir von anthropologischen Motiven geleitet. Die **Polyloge** von Neurowissenschaften und Philosophie, die in vielen Bereichen aufkamen, scheinen uns eines der fruchtbarsten interdisziplinären Diskursfelder der Gegenwart zu eröffnen. Für uns wurde ein solcher Polylog exemplarisch geführt durch Paul Ricœur, Philosoph, Sprachwissenschaftler, Theologe, einem unserer philosophischen Leitbilder und Vernetzer von Perspektiven, in seinem Diskurs mit dem Doyen der französischen Neurowissenschaften: Jean-Pierre Changeux (Ricœur, Changeux 1998; Petzold 2005p). Changeux (1983) selbst ist ja in seinem Fach ein vernetzender Forscher und Denker mit seiner Position, dass die Neuronen als Basis des zerebralen Geschehens unter einer doppelten biologischen Perspektive gesehen werden müssen – nämlich einerseits, auf zellulärem Niveau, als höchst komplexe Einzeleinheit und zum anderen als „*ensemble*“, als *zusammenvirkendes Gesamt*, das noch unendlich komplexer ist (vgl. oben Anm. 53). Der französische Begriff „*ensemble*“ sieht keine Kernzentrierung, sondern eine multizentrische Vernetzung, in der Information fließt, die – so Changeux – aus evolutionsgeschichtlichen, phylogenetischen Prozessen mit ihrem Niederschlag in den Genen kommt und aus der ontogenetischen Geschichte, in der in der Interaktion mit der Umwelt Genexpressionen stattfinden. In selbstregulatorischen Prozessen, „*systèmes auto-organiseurs*“, wird diese Information im Dienste dieser Prozesse selbst verarbeitet. Systeme komplexer Organismen ermöglichen in aller Determiniertheit ihrer Programmierungen einen gewissen „*secteur de liberté*“, einen Bereich oder Bereiche, in denen *Freiheitsgrade* spielen können. In den Naturwissenschaften, die sich in den Angrenzungsbereichen von Biologie und Physik bewegen (wie die Neurowissenschaften, die neuromotorischen Bewegungswissenschaften, die dynamische Biochemie), finden wir ähnliche Probleme und immer wieder auch ähnliche Lösungen für Fragen zu Prozess und Struktur, Dynamik und Statik, Entwicklung und Stabilität, Differenzierung und Integration, Koordination und Exploration etc., Konstellationen, die für *dynamische Systeme* charakteristisch sind: Es geht um *Freiheitsgrade im Rahmen von Wahrscheinlichkeiten*, wie die Arbeiten von A.R. Lurija und Nikolaj Bernštejn (1967) und in seiner Folge oder angeregt durch ihn der Mathematiker I.M. Gel'fand (et al. 1971), der Physiologe und Neuromotoriker S. Kelso (1995) sowie die Entwicklungspsychologin und Neuromotorikerin Esther Thelen (Thelen, Smith 1994) zeigen. Ähnlich sind Ilya Prigogines

„structures dissipatives“ (Prigogine, Glansdorff 1971) zu sehen. Prigogine hat aus den Ergebnissen seiner naturwissenschaftlichen Grundlagenforschung weitreichende, auch für das vorliegende Thema relevante naturphilosophische Schlussfolgerungen gezogen, mit denen das Determinismusthema differenziell überdacht werden kann (Prigogine 1980; Prigogine, Stengers 1988). Man muss nicht nur auf die Unschärferelation der Quantenmechanik Bezug nehmen für kritische Anfragen an eine Position, die man als einen ‚starken Determinismus‘ bezeichnen könnte (Bischof 2005). Prigogines Arbeiten sind überdies ein sehr überzeugendes Beispiel für die Fruchtbarkeit des **Polyloges** zwischen Natur- und Kultur- bzw. Geisteswissenschaften.

Themen wie Zeit, Bewusstsein, Sprache, Gefühl, Trauma, Geisteskrankheit, Manipulation o.ä. erweisen sich spätestens auf den „zweiten Blick“ als mit Problemen verbunden, die den **Polylog** von **Philosophie**, **Psychologie** und **Neurobiologie** erfordern, u.a. auch deshalb, weil viele dieser Themen miteinander vernetzt sind. Das gilt natürlich auch für das Willenthema, wie die Diskussion zeigt⁶⁹, denn heute sind Therapierichtungen, die libertarische Willenskonzeptionen (Kane 2002) verfechten, die also behaupten, dass es möglich ist, unter identischen Bedingungen auch *anders* handeln zu können (wie z.B. Perls mit seinem Konzept der Verantwortung als *response-ability* bei gleichzeitigem Abgehen von der Idee unbewusster Prozesse, vgl. Perls 1969), mit guten Gründen unter Druck geraten. Denn in einem naturwissenschaftlichen Weltbild kann von *Kausalität*, dem Vorhandensein von Ursachen als Grundvoraussetzung, nicht abgegangen werden – wengleich das Problem der Kausalität, wie schon angesprochen, alles andere als einfach ist, wenn man etwa an das Vorhandensein von *multiplen Kausalitäten* denkt, wie sie für differenzierte biologische Systeme, die Arbeit des Gehirns und das Handeln von Menschen in komplexen Lebenswelten und in Entwicklungsprozessen – längsschnittlich betrachtet – kennzeichnend sind. Vor diesem Problem stehen wir auch als forschende Entwicklungspsychologen und als integrative PsychotherapeutInnen, die an einem „life span developmental approach“ (Rutter, Hay 1994; Petzold 1999b, 2005a; Sieper 2007b) ausgerichtet sind und hierin eines ihrer Leitparadigmen sehen. Wir sind beständig mit „multiplen, nicht-linearen Kausalitäten“ konfrontiert, die z.B. aus dem „interplay“ von protektiven und Belastungsfaktoren, Defiziten

⁶⁹ Heinze et al. 2006; Hermanni, Koslowski 2004; Köchy, Stederoth 2006; Libet et al. 2004; Metzinger 2003; Nida-Rümelin 2005; Prinz, Sebanz 2006; Roth, Grün 2006; Singer 2004; Sturma 2006; Walde 2006a, b; Wegner 2002.

und Resilienzbildungen resultieren (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Petzold, Müller 2004). Die Position eines „starken Determinismus“ ist deshalb für Entwicklungspsychobiologen und für Psychotherapeuten nur als *grundsatzwissenschaftliche Position* zu unterschreiben, in ihrer Praxis, ihrer *Praxeologie* aber müssen sie auch mit nicht-deterministischen Modellen arbeiten, denn hier geht es um *Wahrscheinlichkeiten*. Es müssen also zwei Ebenen unterschieden werden: eine grundsatztheoretische und eine praxeologische, wobei das Thema eines ‚starken Determinismus‘ in biologischen Systemen sicher noch weiterführender Klärungsarbeit bedarf. „Schwacher Determiniertheit“ und „multiplen Kausalitäten“ begegnet man in der Psychotherapie von Menschen und in der Supervision solcher Prozesse (Petzold 1998a/2007a) tagtäglich. Dabei stößt man sich allerdings immer wieder an (pseudo)deterministischen Aussagen aus diesen Praxisbereichen, insbesondere psychoanalytischer Provenienz, die PatientInnen nicht gerecht werden, weil solcher Determinismus weit entfernt von einem naturwissenschaftlichen Verständnis des Begriffes ist; er ist vielmehr Ausdruck von „Deutungsmacht“ (Pohlen, Bautz-Holzherr 1994). Blickt man auf die fast ubiquitäre Ideologie der psychotherapeutischen Schulen, aus der heraus gefordert wird, der „Patient müsse freiwillig kommen“, so wird deutlich, warum PsychotherapeutInnen sich gegen deterministische neurowissenschaftliche Positionen sperren, sie erst gar nicht zur Kenntnis nehmen (vgl. die Arbeiten in Petzold, Sieper 2004), denn sie widersprechen ihren praxeologischen Vorannahmen. Hier gilt es indes zu sehen, dass der naturwissenschaftliche Determinismus die Notwendigkeit *faktischer Kausalität* affiziert – nicht mehr und nicht weniger – dabei aber nicht das andere Faktum negiert bzw. negieren muss, dass das Verhalten lebender Wesen sich in nicht-linearen Prozessen vollzieht.

Bieri (2001) hat aufgezeigt, dass eine Indeterminismusannahme menschliches Verhalten zu einem *Zufallsgeschehen* macht, was ja keineswegs den an Alltagsintuitionen orientierten PsychotherapeutInnen gefallen dürfte. Damit kommen „kompatibilistische“ Positionen zum Problem der Willensfreiheit in den Blick⁷⁰, die „von der Vereinbarkeit von Willensfreiheit und Determinismus ausgehen oder in der kausalen Determiniertheit von Handlungen sogar eine *Bedingung* der Möglichkeit von Willensfreiheit sehen“ (Goschke 2006, 115). Solche Theorieansätze haben für die Psychotherapie natürlich eine hohe Attraktivität, besonders wenn sie mit neuro-

⁷⁰ Zur Kompatibilismus-/Inkompatibilismus-Debatte vgl.: Bieri 2001; Beckermann 2004; Goschke 2004, 2006; Walde 2006, 2006b, c; Warfield 2000; Wegner, Wheatley 1999.

wissenschaftlichen Konzepten und Forschungsergebnissen verbunden sind. Hier kommt den Arbeiten von *Thomas Goschke* eine besondere Bedeutung zu mit seiner Position, dass Willenshandlungen offenbar „auf inneren Repräsentationen der *zukünftigen Effekte und Ziele* des eigenen Verhaltens sowie auf Bewertungen dieser Zielzustände im Lichte von Überzeugungen, Präferenzen, Wünschen und Motiven basieren. Dass Zielrepräsentationen, Bewertungen und Antizipationen letztlich auf kausaldeterminierten Gehirnprozessen“ beruhen (*Goschke* 2006, 115f.). Das erinnert an die Theorien von *Bernštejn* und *Lurija* zur Realisierung von Handlungsplänen. Wir haben Entwürfen und bewertenden Prozessen, „*antizipatorischer Kompetenz*“ und „*proaktivem Handeln*“ (*Petzold* 2005o) in der Integrativen Therapie in wichtigen Bereichen unserer Theorie und Praxis eine zentrale Stelle eingeräumt, indem wir in Prozessen der Identitätsbildung durch Fremd- und Selbstattributionen und bei Identitätswürfen einen Zwischenschritt der *emotionalen Bewertung* (*valuation*, limbisch) und der *kognitiven Einschätzung* (*appraisal*, präfrontal) annehmen (*Petzold* 2001p). Ganz ähnlich sehen wir diese Bewertungsprozesse bei Traumaopfern am Werk (idem 2001m, 2004l) oder in der Bewertung von Lebenszielen und Plänen und natürlich von Therapiezielen (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998). Bewertungsprozesse von Willenserfahrungen bzw. -handlungen – und in solchem evaluativen Geschehen kommt natürlich immer ein gewissen Maß an *Exzentrizität* zum Tragen – ermöglichen zunehmend *erschließbare Freiheitsgrade* im Handlungsspektrum. „Auswahl und Steuerung des Verhaltens aufgrund von *inneren Repräsentationen angestrebter Zielzustände*“ (*Goschke* 2004, 118) ist genau das, worum es in der Psychotherapie geht und was wir in unseren Ansätzen zu einer „Therapie von Willensprozessen“ unter Beiziehung der neuropsychologischen Konzepte von *Alexander R. Lurija* (1973/1992) praktizieren. Deshalb seien die Ideen von *Lurija* und seines Kontextes genauer angesehen.

3.3.1 *Lurija, Bernštejn und die Willensfrage*

Aufschlussreiche Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung für die Willensthematik begannen in den dreißiger Jahren des vergangenen Jahrhunderts mit den frühen neuropsychologischen Untersuchungen von *Alexander R. Lurija* (1932) und den neuromotorischen Arbeiten von *Nikolaj A. Bernštejn* (1947, 1967), die für uns als Integrative Therapeuten seit den breiteren Rezeptionsmöglichkeiten dieser Texte in den sechziger Jahren im Rahmen unserer Studien der russischen Psychophysiologie in

Paris wichtig geworden sind, zumal die Verbindungslinien dieser russischen Autoren zu *Janet* (1859-1947) und *Wallon* (1879-1962; vgl. *Leont'ev* 1999/2000; *Zažžō* 1975) – beide studierte Philosophen, Psychologen und Mediziner, letzterer mit einer klaren dialektischen Orientierung (*Zažžō* 1975) – für uns eine Brückenfunktion hatten. Beide haben sich als Begründer der „psychomotricité“ (*Wallon* 1942; *Calza* 1994; *Petzold* 2005m) mit dem Thema der willentlich gesteuerten Bewegung befasst, *Maine de Birans* Ideen aufgreifend, dass in Bewegungen Denken und Handeln zusammenfließen: „Wir haben gezeigt, dass jede Bewegung der Glieder eines Lebewesens, so einfach diese Bewegung auch sei, begleitet war von einem Bewusstseinsphänomen ... es gibt nicht zwei Fähigkeiten, hier das Denken, dort die Aktivität, es gibt nur in jedem Moment ein und dasselbe Phänomen“ (*Janet* 1889, 481f.). Allerdings sind diese Phänomene nicht immer vollbewusst, denn traumatische Erfahrungen können zu unbewussten fixen Ideen und – von diesen bestimmt – auch Handlungen werden, „auf die der bewusste Wille keinen Zugriff mehr hat“ (idem 1924, 214). Wir standen damit in den Fragen nach der **Willkürmotorik** (*Zaporožek* 1990), die in der klassischen Psychologie als Willensäußerung gesehen wurde. Von Kindheit auf Kampfkünste praktizierend, die wir auch früh in der Therapie Jugendlicher einsetzten⁷¹, waren uns indes auch unbewusste und automatisierte Handlungen – neben den bewussten, ja in den bewusst gewollten – vertraut, so dass eine voluntaristische Position als Ursache der Willkürhandlungen für uns nicht infrage kam. *Janets* (1889) Vorstellung von „Automatismen“ als teilweise unbewussten Akten lag da näher (*Bühler, Heim* 2001; *Petzold* 2007b). Mit *Bernštejn* (1927) und *Lurija* (1973/1992) konnte man annehmen, dass „Bewegungen und Handlungen sowohl den Einfluss *vergängerer Erfahrungen* wie auch demjenigen der *Zukunft*“ (idem 1992, 248) ausgesetzt sind. *Bernštejn* entdeckte in seinen späten Arbeiten, dass es nicht nur um das Problem der *Koordination* in der Bewegung geht, sondern auch um antizipierende *Explorationen*, wenn der Organismus die gegebenen Bewegungsaufgabe des Kontextes optimal bewältigen will. Dafür stellt das Gehirn vergangene und gegenwärtige Erfahrungen bereit, auf deren Basis stochastische Extrapolationen möglich werden, die in die Kontrolle von Freiheitsgraden einfließen und damit eine adäquate Performanz der Bewegung/Handlung ermöglichen. „The neuromotoric system exploits its experience to make an ‚educated guess‘ about which degrees of freedom are

⁷¹ *Petzold* 1969c, 1974d, 45ff., 1993, *Petzold, Bloem, Moget* 2004.

essential to the movement-to-be“ (*Bongaard* 1996, 94). Hier ist die Zukunftsdimension einbezogen, die für Willenshandlungen – in ihren bewusst-intentionalen und ihren vorbewusst-fungierenden Dimensionen – konstitutiv ist, dabei aber, wie jede Antizipation und proaktive Aktivität auf den Erfahrungen der Vergangenheit (phylogenetische, genetisch transportierte und ontogenetische, zerebral-mnestisch transportierte) gründet. Die Ausbildung solcher organismischen Fähigkeiten im Bereich der Bewegung und – verallgemeinert – im Bereich des Handelns gründet, wie *Bernštejn* in seiner bedeutenden Arbeit „Auf den Wegen zu einer Biologie der Aktivität“ ausführte, in „einem Darwinschen stochastischen Überlebensmechanismus“ (*Bernštejn* 1965/ 1988, 237). Mit dieser Orientierung an *Bernštejn* und *Lurija* und auch an *Janet* konnten wir in der Integrativen Therapie nie eine *libertarische* Willenskonzeption vertreten, aber auch keine vollauf deterministische, denn wie *Janet*, der durchaus neurowissenschaftlich argumentierte (idem 1885, 1919, 1924, 1938, 2004), sahen wir in (Willens)Handlungen *differenziell* bewusste und unbewusste Prozesse am Werk (*Petzold* 1988a, b).

Bernštejn setzt sehr fundamental an, indem er antizipatorische *Handlungsentwürfe* in der biologischen Grundorganisation von Lebewesen ansiedelt, die in der Bewegung und dahinterstehend im zerebralen Geschehen insgesamt zum Tragen kommen. Natürlich ist das „darwinische Überlebensmotiv“, der Selektionsdruck, der Hintergrund für das Steuerungsgeschehen bei den Bewegungs-/Handlungsprozessen in der Interaktion zwischen dem Organismus und dem Umfeld, was natürlich Rückwirkungen auf die evolutionäre Entwicklung von Gehirnen hat. Es nimmt daher nicht Wunder, dass *Gerald Edelman* mit seinem Ansatz eines „neuronalen Darwinismus“ bzw. „neuronaler Gruppenselektion“ explizit auf *Bernštejn* Bezug nimmt (*Edelman* 1987, 223). Er sieht *Bernštejn* als einen bedeutenden Vordenker einer Theorie selektiver Systeme, die er am Problem der Freiheitsgrade des sich bewegenden Organismus im „motorischen Feld“ (*Bernštejn* 1967) entwickelte mit der Idee: „Aus der Vielzahl von Haltungs- und gestischen Komponenten, die von den mechanischen und muskulären Komponenten des motorischen Ensembles bis zu den komplexen neuronalen Anpassungen reichen, aus denen sich die gekoppelten Karten zusammensetzen, ‚baut‘ die Selektion effektive Bewegungen ‚zusammen““ (*Edelman* 1993, 327). Dabei kommt dem Problem der „Handlungsoptimierung“ in vielfältigen Situationen eine große Bedeutung zu. Wie werden Freiheitsgrade in variablen Situationen ausgewählt? Ohne antizipatorische Momente ist Wahl (im Sinne einer unbewusst-

prozeduralen Ausrichtung auf eine Performanz, aber auch im Sinne einer bewussten, mehr oder weniger multipel motivierten Entscheidung) nicht möglich. Dabei wird Variabilität von den „Phasen und Zielen“ der Bewegung bestimmt, die eine gewisse „Suchvariabilität“ einschließt (Bernštejn 1965/1988, 244ff.), um zu einer – wie wir im Integrativen Ansatz sagen – *optimalen Performanz* zu kommen (Petzold 2003a, 1079f.). Ziele sind immer mit Antizipationen verbunden, neuronal unbewussten und bewussten bzw. als eine Verbindung von bewussten und unbewussten Momenten. Bei (Bewegungs)Handlungen werden damit fließende Muster zwischen Stabilität und Veränderung, zwischen Koordination und Exploration möglich. (Bewegungs)Handlungen als Synergien können damit im Prozess/Verlauf mit wechselnden *Freiheitsgraden* arbeiten, ganz wie es externe (Außenwelt) und interne Situation (Zustand des Organismus) erlauben. Bernštejn (1965/1988) nimmt im Gesamt der vorhandenen Freiheitsgrade folgende Funktionen an:

1. Einige Freiheitsgrade dienen dazu, die generelle Performanz in ihren wesentlichen Momenten zu gewährleisten.
2. Andere Freiheitsgrade dienen ggf. erforderlichen adaptiven Reaktionen, die den Handlungsvollzug unterstützen.
3. Die verbleibenden Freiheitsgrade haben die Funktion, eine optimale Performanz zu explorieren.

Wir haben für unseren Ansatz das *Bernštejnsche* Konzept konsequent über den reinen Bewegungskontext hinaus handlungstheoretisch erweitert, wie es Bernštejn in seinen späten Arbeiten auch angedacht hat und wie es von Lurija aufgefasst wurde (vgl. seine Einleitung zur englischen Übersetzung von Bernštejns „Ko-ordination und Regulation der Bewegung“, Lurija 1967). Bei komplexen Aufgaben, in denen bewusste und zu versprachlichende Ziele und Pläne im Spiel sind, also bewusstes, kognitives Wissen (*Kompetenzen*, Fähigkeiten), fließt dieses natürlich auch in die *Performanzen* (Fertigkeiten, Können) ein, die damit „fungierende Intentionalität“ (ubw, areflexiv) und „reflexive Intentionalität“ (bw) verbinden. In diesen Überlegungen wird also ein kognitiver Ansatz durchaus mitgedacht, aber er ist „leibgegründet“ – mit organismustheoretischen Annahmen im Hintergrund (Bernštejn, Lurija durchaus auch Goldstein und – ins Psychologische und Philosophische gewendet – Merleau-Ponty).

Lurija vertrat mit seiner Neuropsychologie Vorstellungen, die durchaus dem nahekommen, was man heute als „*kompatibilistische Position*“ bezeichnet, allerdings mit anderen Begründungen: Wahrnehmung, Bewusstsein, Wille sind *komplexe funktionelle Systeme*, die jeweils auf dem „*Zusammenwirken einer ganzen Gruppe kortikaler Zonen* beruht“, wobei jede

dieser Zonen einen eigenen Beitrag leistet (*Lurija* 1992, 246). *Lurija* formulierte bekanntlich sein Programm in dieser Weise: „Folglich besteht unsere Hauptaufgabe darin, höhere psychische Prozesse beim Menschen nicht in umschriebenen Gebieten des Gehirns zu ‚lokalisieren‘, sondern vielmehr darin, *durch sorgfältige Analyse herauszufinden, welche Gruppen der gemeinsam arbeitenden Zonen des Gehirns für die Verwirklichung komplexer psychischer Tätigkeit verantwortlich sind, welchen Anteil jede dieser Zonen an dem komplexen funktionellen System hat und wie sich diese Beziehungen zwischen diesen gemeinsam arbeitenden Teilen des Gehirns in den verschiedenen Entwicklungsstadien verändern*“ (ibid. 29). Diese Sicht vertrat er schon in seinen frühen neurobiologischen Untersuchungen, in denen er betonte: „the whole organization of behaviour: its structure and dynamics“ müsse betrachtet werden (*Lurija* 1932, 6) und wir folgen ihm hier im Integrativen Ansatz. „The structure of the organism presupposes not an accidental mosaic, but a complex organisation of separate systems. This organisation is expressed paramountly in a *functional correlation of these systems*, in that they do not combine one with the other in an accidental way, but they unite as very definite parts into an *integrated functional structure*“ (ibid. unsere Hervorhebungen). Hier geht es also *nicht* um „Lokalisationen“ komplexer Phänomene wie Wille und Bewusstsein, wie sie von vielen modernen Hirnforschern immer noch als Forschungsziel verfolgt wird, von anderen allerdings auch, so von *Changeux* (1983), abgelehnt wird, denn das „inzwischen angesammelte Detailwissen ändert wenig an dem Eindruck, dass die Hirnforscher bei ihrer Suche nicht so recht weiterkommen. Bewusstsein, so scheint es, entsteht nicht an einem bestimmten Ort im Hirn, sondern eher durch eine bestimmte Art des Zusammenwirkens verschiedener Teilsysteme“ (*Hüther* 2005a, 13). Das schreibt ein Neurowissenschaftler 75 Jahre nach *Lurija*, und das mag die geniale Leistung dieses Begründers der Neuropsychologie verdeutlichen, der ein Prinzip der Selbstorganisation angedacht hat, das wir auch bei *Goldstein*, *Köhler*, *Koffka* finden, mit denen *Lurija* in Kontakt stand, über deren Arbeiten er aber hinausging (*Bongaard* 1996, 62ff.). *Métraux* (1994) hat gezeigt, dass *Goldstein* und seine Mitarbeiter die Psychologie eher als Hilfswissenschaft ansahen, *Koffka* und *Lewin* „betrachteten umgekehrt die Neurologie als eine Hilfswissenschaft ... Erst durch *Lurija* wurde die Synthese beider Wissenschaften ... angestrebt und erreicht“ (ibid. 27), etwa bei den Fragen des Bewusstseins, der Entwicklung und auch des Willens. *Lurija* affirmiert indes, dass Lernprozesse im Rahmen der menschlichen Entwicklung die „höheren Funktionen“, zu denen er wie *Vygotskij* (1931/1992,

37) auch den Willen rechnete, neue „regulating systems“ hervorbringen, „which overcome the primitive forms of behaviour“ (*Lurija* 1932, 10) und dass dabei die Sprache eine herausragende Rolle als „auto-regulator“ spielt (ibid. 423). Wille, Bewusstsein und Sprache werden von ihm als „höhere Funktionen“ verbunden gedacht, was auch *Hütbers* Überlegungen zu sein scheinen (*Hütber* 2005a, 16ff.). *Lurija* vertritt dezidiert, dass die „höheren Funktionen“ die primitiveren fungierend *und* intentional kontrollieren können. *Edelman* (2004, 144) sieht gleichfalls die Bedeutung höherer Funktionen und versteht darunter „Qualia“, hinter denen natürlich neurophysiologische Prozesse stehen, sie also eine „verlässliche kausale Grundlage“ haben, die uns erlaubt, von höheren Prozessen, wie dem Bewusstsein, „so zu sprechen, *als ob* es kausal wirksam sei!“ (ibid.), eben weil es eine „Implikationsbeziehung“ zur neurobiologischen Basis gibt. Das sorgt für „Klarheit und hilft uns, Qualia als Unterscheidungen höherer Ordnung zu definieren, die eine konkret bestimmbare [neurophysiologische, sc.] Grundlage haben“ (ibid.). Das bietet auch eine Möglichkeit, die Gefahr eines Dualismus von „höher und tiefer“ zu vermeiden, sondern hier eine Dialektisierung, wie im Spätwerk *Vygotskij's* erkennbar (*Jantzen* 2006a), oder in Fortführung des Leibdenkens von *Merleau-Ponty* eine „Verschränkung“ beider Ebenen zu sehen, wofür *Edelmans* Ansatz eine elegante Konzeption bietet. Bewusste Willensaktivitäten im Sinne *Lurijas* haben mit ihrer *intentionalen* Steuerung die neurophysiologischen Aktivitäten des präfrontalen Kortex als Grundlage (vgl. die Idee einer „strategischen Funktion der Selbstführung“ bei *Kornhuber* und *Deecke*, dieses Buch), der mit seiner in zunehmenden Reifungsprozessen durch Umwelteinflüsse geförderten Kognitivierung, die höheren Funktionen (mit ihrer Qualiacharakteristik, wie wir heute sagen) immer prägnanter ausbildet. „Die Feststellung, dass das Gedächtnis im Schulalter intellektualisiert wird, besagt, dass das willkürliche Einprägen entsteht; die Feststellung, dass die Aufmerksamkeit im Schulalter willkürlich wird, ist gleichbedeutend mit der Feststellung, dass sie ... immer mehr von den Gedanken, d.h. vom Intellekt abhängig wird“, schrieb *Vygotskij* (1972, 200) Anfang der dreißiger Jahre in „Denken und Sprechen“ – stets im Dialog mit *Lurija*. Der betonte 1932, dass „keine andere Fragestellung der Psychologie eine so mit Irrtümern belastete Geschichte hat“ wie das „Problem des Willens“ (ibid. 397), welches besonders unter Einseitigkeiten und Simplifizierungen der verschiedenen Autoren leide: „they strive to envisage a unified and single process where there exist many interesting mechanisms“ (ibid. 398). *Leont'ev* (1978) hat diese Komplexität in folgende De-

finition gefasst: „Somit ist eine Willenshandlung eine Handlung, die unter den Bedingungen der Polymotivation verwirklicht wird, wenn verschiedene Motive verschiedene affektive Vorzeichen haben, d.h. die einen sind positiv und die anderen negativ.“ Er zeigt, dass die Dinge sogar noch komplexer liegen und von Zwecken, Wahlen, Entscheidungen, Hindernissen und sozialen Situationen abhängen, Simplifizierungen also unangebracht sind (ibid.). Genau das kennzeichnet das Konzeptualisieren der „Trojka“ *Vygotskij, Lurija, Leont'ev*. Sie hatten noch den Mut und die intellektuelle Frische, die Psychologie „neu“ zu denken (Wo ist das geblieben?), und sie versuchten zeitlebens Simplifizierungen zu vermeiden und in ihren Forschungen *Natur und Kultur, Individuum und Gesellschaft* zu verbinden. Hier greifen sie weiter aus als moderne, neuropsychologisch orientierte Autoren wie *Grave* (2004) und *Schiepek* (2003), die meso- und makrokulturelle Einflussbereiche praktisch nicht berücksichtigen, wohingegen *Lurija, Leont'ev* und *Vygotskij* sich auf den Weg gemacht haben, eine „kulturhistorische Neuropsychologie“ zu entwickeln (*Jantzen* 2004), basale neurophysiologische Funktionen mit psychologischen Prozessen in Zusammenhang zu bringen, ja mit soziokulturellen Einflüssen zu verbinden. *Vygotskij* hatte im Austausch mit seinen Kollegen ein umfassendes Arbeits- und Forschungsprogramm entworfen, das er am 9. Oktober 1930 in einem Vortrag mit dem Titel „Die psychischen Systeme“ (*Vygotskij* 1985b) vorstellte – mit Ideen, die *Lurija* später als das „neuropsychologische Testament“ seines Lehrers bezeichnete und als „das erste und umfassendste Programm für die Erforschung der funktionellen Organisation des menschlichen Hirns“ (*Lurija* 1984, 23). *Lurija* kann durchaus als dessen Testamentsvollstrecker bezeichnet werden, nachdem die ersten gemeinsamen Umsetzungsbemühungen durch den unzeitigen Tod *Vygotskij's* als Folge seiner Tuberkuloseerkrankung unterbrochen worden waren. Er war aber noch an der Vorbereitung von *Lurija's* psychologischen Expeditionen 1931 und 1932 nach Usbekistan und Kirgisien beteiligt (an der zweiten nahm auch *Kurt Koffka* teil), deren Ergebnisse in die späteren neuropsychologischen Forschungen von *Lurija* einfließen, und durch die er die wichtige Erkenntnis belegen konnte, dass im Gegensatz zu den traditionellen Orientierungen der Psychologie, die Gesetze des Psychischen immer in der Organismus-Kontext-Verschränkung zu suchen sind (*Lurija* 1974/1986, 17). Deshalb werden die „Überwindung des Subjektivismus in der Psychologie und die Interpretation des menschlichen Bewusstseins als Produkt der Sozialgeschichte notwendig“ (ibid. 18). „Die gesellschaftlichen Formen des Lebens zwingen das Gehirn, auf neue Weise zu arbeiten, sie las-

sen qualitativ neue funktionelle Systeme entstehen“ (idem 1978, 647). Die „höheren Formen des Psychischen“: logisches Denken, aktives Gedächtnis, willkürliche Aufmerksamkeit und Willensakte (ibid.) – in heutigem Verständnis Qualia – seien ohne die formenden gesellschaftlichen Einwirkungen nicht zu erklären. Das ist klar die Position *Vygotskij*, die *Lurija* teilt und die in der gemeinsamen Monographie „Studien über die Geschichte des Verhaltens“ (*Vygotskij, Lurija* 1930) ausgeführt sind. *Vygotskij* und *Lurija* haben damit weit früher und konsequenter als westliche Autoren⁷² ein **biopsychosoziales** Modell vertreten. In ihm ist ein biologisches System wie der menschliche Organismus ein in der Evolution durch die Auseinandersetzung mit der Umwelt entwickeltes „Gesamt funktioneller Systeme“, das – sich selbstorganisierend – alle Partialsysteme im „Gesamtsystem Organismus-mit-Umwelt“ koordiniert, womit die Interaktionen mit der Umwelt gleichfalls als selbstorganisierende funktionelle Systeme begriffen werden müssen. **Selbstorganisation** heißt für *Lurija* nicht, dass keine intentionalen Willensentscheidungen in diesen Regulationsprozessen Platz hätten, sie gehören zu ihnen. Die beiden Forscher affirmieren:

„Unsere Aufgabe besteht darin, die *drei Grundlinien* der Verhaltensentwicklung – die evolutionsgeschichtliche, die historische [kulturhistorische sc.] und die ontogenetische – freizulegen und zu zeigen, dass das Verhalten des akkulturierten Menschen Ergebnis *dieser drei Entwicklungslinien* ist“ (*Vygotskij, Lurija* 1930, 3).

Ein ähnliches Programm wurde in der **Integrativen Therapie** als einer „**Entwicklungstherapie in der Lebensspanne**“⁷³ aufgenommen, die mit ihrem konsequenten Bezug

1. auf die moderne **Evolutionstheorie und -psychologie**⁷⁴,
2. auf die **Sozialpsychologie, Sozial- und Kulturwissenschaften**⁷⁵ und
3. auf die klinische und allgemeine **Entwicklungspsychologie der Lebensspanne**⁷⁶

⁷² Z.B. *Engel* 1977; vgl. indes *Petzold* 1965, Abb. I, 1974j, Abb. III; *Orth, Petzold* 2000; *Petzold, Orth* 2001.

⁷³ *Petzold* 1981f., 1982c, 1992a, 1999b, 2003a; *Sieper, Orth, Schuch* 2007.

⁷⁴ *Petzold* 1986h, 2005t, 2006j; *Buss* 2004; *Kennair* 2006; *Osten* 2007.

⁷⁵ *Petzold* 1979k, 1998a, 1987d, 1994c, *Petzold, Müller* 2005.

⁷⁶ *Petzold* 1981f., 1993c, 1994j, 2005a; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994; *Rutter, Hay* 1994.

ihre Gesamtkonzeption als ein **biopsychosoziales Modell** entwickelt hat⁷⁷ bzw. unter Ergänzung der heute so wichtig gewordenen „ökologischen Perspektive“ mit Bezug auf die ökologische Forschung und ökologische Psychologie⁷⁸ als ein „**biopsychosozialökologisches Modell**“⁷⁹. Schon *Vygotskij* (1994), *Leont'ev* (2001) und *Lewin* (1931) hatten die Bedeutung der ökologischen Dimension erkannt – *Vygotskij* durchaus auch schon für pädagogisch-therapeutische Zusammenhänge. Die Perspektive der „Lebensspanne“ findet sich auch bei *Lurija*, der mit *Vygotskij* (1931/1992) annimmt, dass die höheren Funktionen (Bewusstsein, Wille, Sprachvermögen, Qualia), die sich im evolutionären Prozess der phylogenetischen Hominisation und in der menschlichen Kulturgeschichte (*Lurija*, *Vygotskij* 1931/1992) durch die gesellschaftliche Arbeit als *interpsychische* Erkenntnisse und Fähigkeiten entwickelt hatten, durch das Individuum in ontogenetischen Enkulturations-, Sozialisations- und Entwicklungsprozessen *fortschreitend* übernommen werden. Das geschieht in permanenten „Interiorisierungen“, so der Term von *Vygotskij* (1931/1992, 231ff.), die das *Interpsychische* zum *Intrapyschischen* machen: „*The transformation of an interpersonal process into an intrapersonal one is the result of a long series of developmental events*“ (*Vygotskij* 1978, 57, Hervorhebung im Original). Hinter dieser Konzeptualisierung stehen grundsätzliche methodologische Überlegungen zur Psychologie als Disziplin – bei *Vygotskij* ausgeführt in „Die Krise der Psychologie in ihrer historischen Bedeutung“⁸⁰ und bei *Lurija* in „Die Stellung der Psychologie unter den Sozial- und Biowissenschaften“ (1979, vgl. auch 1984a). In ihrem Denken steht die grundsätzliche Relationalität aller Dinge zentral – wir sprechen von „Konnektivierung“ (*Petzold* 1994a), die deshalb immer „im Prozess“, in ihrer „Dynamik“ untersucht werden müsse im Sinne der Dialektik eines „*sukzessiven Aufstiegens zum Konkreten*“ (vgl. *Il'enkov* 1974, 1994).

„Der konkrete Gegenstand, der Objekt der wissenschaftlichen Forschung ist, stellt kein isoliertes Ding dar, dessen Wesen sich in einem bestimmten abstrakten Begriff formulieren ließe ... er ist ein Ding mit seinen Verbindungen und Beziehungen, und je tiefer wir diese Verbindungen und Beziehungen verstehen, desto reicher wird unser begriffliches Verständnis des Dings (Vorgangs, Prozesses). Derart stellt die wissenschaftliche Erkenntnis auch einen immer reichere

⁷⁷ *Petzold*, 1965, 1992a, 2001a; *Orth*, *Petzold* 2000; *Sieper* 2006.

⁷⁸ *Petzold* 1979k, 1985a; 2006p.

⁷⁹ *Petzold*, *Orth* 1998a; *Sieper*, *Orth*, *Schuch* 2007.

⁸⁰ *Vygotskij* 1985a, vgl. auch 1992, 1996b.

Bezüge aufweisenden Prozess des sukzessiven Aufsteigens zum Konkreten dar, bei dem in gleichem Maße allgemeine wie individuelle Gesetzmäßigkeiten aufgedeckt werden.“ (*Lurija* 1976/1984, 611f.)

In einem solchen Kontext muss das Willenthema bei *Lurija* gesehen werden, eben als kein isoliertes Vermögen des Gehirns bzw. des Menschen als Individuum, sondern des Menschen als enkulturiertem Wesen, wo der Wille ein „funktionelles System“ im funktionellen Gesamtsystem ist (*Leont'ev* 1979). Merkmal von funktionellen Systemen ist, dass sie aus vielfältigen Teilfunktionen bestehen. Sie „sind auf einen nützlichen Endeffekt bezogene systemische Einheiten des Lebendigen. Sie umfassen Prozesse der Bewertung, der Aktivierung, der Entscheidung, die Programmierung einer auf einen nützlichen Endeffekt bezogenen Bewegung ebenso wie rückläufige Wahrnehmungen von den Ereignissen und dem Prozess der Handlung selbst. Sie sind mit sich und mit der Umwelt rückgekoppelte Einheiten auf verschiedenen Niveaus des Lebens“ (*Jantszen* 2004, 124, 1990). Das Zusammenwirken von funktionellen Systemen in Entwicklungsprozessen geschieht in Übergangsprozessen, die *Vygotskij* (1972, 1987a) mit seiner genialen Formel der „Zone der proximalen Entwicklung“ gekennzeichnet hat (die immer auch eine „Zone optimaler Proximität“ zwischen anzunähernden Systemen erfordert).

„Das in Entwicklungsprozessen gewonnene Wissen muss, wenn es ein *Wissen für konkrete Menschen* bleiben soll, sich nicht als entfremdetes Wissen verselbständigen soll, *rekonkretisiert* werden – *Lurija* spricht im obigen Zitat unter Anspielung auf *Hegel/Marx* vom „Aufsteigen vom Abstrakten zum Konkreten“ (*Marx* MEW, Bd. 42, 34ff.; *I'enkov* 1974) – *aufsteigen*, weil es ja nicht um einen naiven Regress in ein vorwissenschaftliches Verständnis geht, das wäre ein Abstieg. Es wird ein zweiter Schritt erforderlich, der einer *Rekontextualisierung* und *Rehistorisierung*. Die einstmals gewonnene Erkenntnis, das Vorverständnis, wird auf den jeweils konkreten, zu untersuchenden Zusammenhang in kritisch-problematisierender Weise angewandt, etwa mit der Frage: Sind die einstmals gewonnenen Wissens- und Kenntnisstände (um deren Zustandekommen wir geschichtsbewusst wissen) heute noch gültig und sind die für die einstmals Beteiligten gefundenen Wege und Lösungen für die gegenwärtig Beteiligten angemessen? Oder *wo, wie, mit welchen Beteiligungen* muss konzeptuell und ggf. methodisch nachgebessert oder auch neukonzeptualisiert werden, um neues und angemessenes *Verstehen* und *Erklären* – im Kontext von Psychotherapie oder Psychotherapieforschung im ‚informed consent‘ und in ‚active cooperation‘ mit dem PatientInnen/KlientInnen-System – zu ermöglichen“ (vgl. *Petzold* 2006r, 358; 2002b/2004, 2006n).

Psychotherapie wird in einer solchen Sicht ein komplexer Entwicklungsprozess im sozialen, ja gesellschaftlichen Kontext (vgl. Berger, Luckmann 1970) über den therapeutisch begleiteten Abschnitt der Lebensspanne, Entwicklungen, in denen intentionale Willensprozesse eine wichtige Rolle spielen.

„Die *Entwicklung der psychischen Prozesse* erfolgt in spezifischen *Übergängen auf jeweils neue Niveaus*. Diese Übergänge sind gekennzeichnet durch neue Motivkonstellationen. Sie werden hervorgebracht durch spezifische Umbildungen einzelner Komponenten im sinnhaften und systemhaften Aufbau der psychischen Prozesse. Diesen folgen dann – im Kontext der sozialen Entwicklungssituation – altersspezifische Umbauprozesse der psychischen Systeme (Vygotskij 1987a; Leont'ev 1973b; Elkonin 2000; Bosonovitsch 1979/80).

In diesem Prozess werden durch aktive Aneignung im sozialen Verkehr *Bedeutungen* im psychischen Raum aufgebaut, die – über Sprache und Arbeit vermittelt – zu einer ‚Verdoppelung der Erfahrung‘ (Vygotskij 1985b) führen. Die aktive, vermittelte Rückwirkung auf das eigene Selbst und auf die Umwelt im geplanten und bewussten Handeln entsteht. Von ihrer *Struktur* her, so Lurija (1970), sind die höheren psychischen Prozesse *instrumentell*, von ihrer *Funktionsweise* her *willkürlich*. Denn auch für die willkürlichen Prozesse erfolgt ein Übergang von interpsychischen zu intrapsychischen Prozessen“ (Jantzen 2004, 119).

Die Willenspsychologie Lurijas ist – seiner kritischen Haltung einem einseitigen Reduktionismus gegenüber entsprechend (Lurija 1984a) – also in den großen Rahmen einer *Entwicklungspsychologie* und *kulturhistorischen Neuropsychologie* zu stellen, wie Jantzen (2004) verdeutlicht.

Vygotskij und Lurija sehen – in Auseinandersetzung mit den willenspsychologischen Arbeiten Kurt Lewins (Lurija 1932, 399; Vygotskij 1978, 37) und mit Überlegungen von Pierre Janet – die Willensaktivität als einen Prozess der *historisch-kulturellen Entwicklung*, welcher von Menschen über Kindheit und Jugend hin in „Zonen proximaler Entwicklung“ angeeignet wird. Die Entwicklung des Willens als einer „höheren Funktion“ wird damit als Teil der Persönlichkeitsentwicklung gesehen (Vygotskij 1992, 77). Die höheren Funktionen des älteren Kindes, des Erwachsenen gar, des Willens von Erwachsenen müssen deshalb *auf der Grundlage von Entwicklungsprozessen verstanden werden*. Willenshandlungen von Erwachsenen müssen folglich entsprechend ihres Komplexitätsgrades untersucht werden, aber wir stehen dabei heute immer noch weitgehend vor einer Situation, vor der schon Vygotskij und Lurija standen: „Wie die Ge-

schichte der Entwicklung des kindlichen Willens, so ist auch die Geschichte der Entwicklung der anderen höheren Funktionen noch nicht geschrieben: die Geschichte der willentlichen Aufmerksamkeit, des logischen Gedächtnisses ... Wir wissen eigentlich nichts über die Entwicklung dieser Prozesse“ (ibid. 38). Zumindest für das Willenthema trifft diese Feststellung zu, wenn man heutige Standards anlegt, dass solche Entwicklungsprozesse in Longitudinalstudien untersucht werden müssten, und die fehlen. Immerhin wurde *Vygotskij* und *Lurija* (1973/1992), durch ihre Entdeckung der grundlegenden Bedeutung der Sprache in ihren entwicklungspsychologischen Forschungen, klar, dass durch sprachlich formulierte Vorstellungen von *Zielen* komplexe Willenshandlungen erst möglich werden und dass sie durch erfasste *Zwecke* unterstützt werden. „Wie *Vygotskij* gezeigt hat, verändert sich während der Ontogenese nicht nur der Aufbau höherer psychischer Prozesse, sondern auch deren gegenseitige psychische Beziehung. Anders ausgedrückt: Es verändert sich die interfunktionelle Organisation“ (*Lurija* 1973/1992, 28). *Lurija* (1973/1992) und seine MitarbeiterInnen sind solchen Fragen nachgegangen und konnten zeigen, dass „die frühesten Formen des vom Willen geleiteten Verhaltens und besonders die Differenzierung der Verhaltensmotive sowie die Strukturierung der komplexen Bewusstseinsakte ... in enger Beziehung zur Sprachentwicklung des Kindes stehen“ (*Lurija, Judovitsch* 1970, 46). Diese ermöglicht ihm, „die Ziele und die möglichen Mittel zu ihrer Erreichung zu formulieren und einen ‚imaginären‘ Spielplan zu entwerfen, nach dem es komplexe Formen des Verhaltens erwerben kann, die einer direkten Bemühung nicht zugänglich sind“ (ibid.). Damit ist der Wille mit einer anderen höheren Funktion im Entwicklungsgeschehen verbunden, mit der „schöpferischen Vorstellungskraft“ (*Vygotskij* 1931/1992, 37) – eine Idee, die sich auch bei *Willam James* (1890) findet. Schon in seinen frühen psychophysiologischen Experimenten zu Willenshandlungen kommt *Lurija* (1973/1992; 1932, 423) zu der Feststellung: „Speech is a preeminent factor as an auto-regulator of behaviour“ (idem 1932, 426f.). Deshalb müssen kognitive und volitionale Entwicklungsprozesse in ihrem „funktionalen Zusammenwirken“ gesehen werden (ibid.).

Das hat natürlich für therapeutische Erwägungen große Bedeutung. *Lurija* hatte die immense Chance – wengleich bedrückenden Umständen zuzuschreiben, nämlich der Arbeit mit Hirnverletzten in neurochirurgischen und neurorehabilitativen Einrichtungen – das Gehirn unter „klinischen Bedingungen“ an den Verhaltensweisen der Betroffenen zu studie-

ren, d.h. *Menschen zu studieren*, die von einem schlimmen Schicksal geschlagen worden waren. *Lurija* hat das mit mitmenschlichem Engagement getan, indem er Menschen in ihrer Lebens- und Krankheitsgeschichte begleitet hat (*Lurija* 1991). Dabei lernte er das Gehirn von Menschen in ihrer Geschichte zu verstehen, denn dazu sind oft „Jahrzehnte der Untersuchung dieser ‚nicht erfundenen Geschichte‘⁸¹ zu verwenden, in dem der Forscher die Hauptfaktoren [der Störungen] herauskristallisiert und Schritt für Schritt das Syndrom zusammensetzt“ (idem 1993, 191). In diesen begleiteten Geschichten, von denen er nur wenige so umfassend aufzeichnete, wie die des „Mannes, dessen Welt in Scherben ging“ (*Lurija* 1991) erlebte er, und das ist für den vorliegenden Kontext wichtig, „Menschen mit einer Schädigung der Stirnlappen“, was „einen vollständigen Zerfall seiner Fähigkeiten zur Formulierung von Zielen und Plänen“ bewirkt (idem 1993, 191), damit aber der Fähigkeit, komplexe Willenshandlungen auszuführen, nicht unbedingt jedoch basale Willkürmotorik. Es „beeinträchtigt eine Verletzung der Stirnlappen nur die höheren, sprachbedingten kortikalen Aktivierungsformen. Mit anderen Worten, es wird lediglich die bewusste Aufmerksamkeit gestört“ (idem 1973/1992, 195). Elementare Handlungsformen oder unbewusste Aufmerksamkeit wurden nicht betroffen. Derartige Beobachtungen weisen darauf hin, dass eine differenzielle Betrachtung von Willensphänomenen notwendig ist. Der 75-jährige *Alexej N. Leont'ev* (1978) hatte in seiner letzten Arbeit, in der er sich mit dem Willen befasste, eine solche differenzielle Sicht vorgetragen. Die Rolle des präfrontalen Kortex, der in so imponierender Weise mit allen kortikalen Regionen, mit umfangreichen Verbindungen zum Thalamus oder zum oberen Hirnstamm „vernetzt“ ist, wurde von *Lurija* in umfassender Weise begriffen und dargestellt. Dieser phylogenetisch jüngste und höchstentwickelte Bereich des Gehirns erhält von ihm den Platz, der ihm in den modernen Neurowissenschaften mit Recht zugemessen wird. Denn „den präfrontalen Zonen [ist es, sc.] möglich, den allgemeinen Zustand der Hirnrinde wie auch den Gang der gesamten psychischen Tätigkeit des Menschen zu kontrollieren“ (*Lurija* 1973/1993, 190f.). Mit den Verbindungen zum limbischen System und zum motorischen Kortex wird die

⁸¹ Das könnte fast wie eine Kritik *Freuds* gelesen werden, der – anders als *Lurija* oder *Janet*, der akribisch dokumentierte – mit seinen „Fallgeschichten“ zum Teil mehr als frei umging und sie seinen Ideen dienend „umgestaltete“, wie die Geschichte der Anna O. oder der Dora zeigt (*Broch-Jakobson* 1995; *Meyer* 2005; *Israëls* 1999; *Petzold* 2007g).

Rolle verständlich, die die „Stirnloben bei der Steuerung der Wachheit und bei der Kontrolle der komplexesten Formen zielgerichteter Tätigkeit beim Menschen“ spielen, insbesondere solchen, bei denen sprachgebundene Ziele und Pläne wesentlich sind (ibid. 191f.), für die die Stirnloben die Aufrechterhaltung eines „optimalen kortikalen Tonus“ gewährleisten. „Ohne diesen Tonus lassen sich weder Absichten noch Pläne bilden ... mit deren Hilfe das bewusste Verhalten eines Individuums kontrolliert wird“ (ibid. 198). Damit ist man mitten im Willenthema. Lurija hat eine Menge von Beispielen aus seiner klinisch-neurologischen Praxis geliefert, die zeigen, dass komplexe Willkürhandlungen als Folge von Frontaläsionen nicht mehr ausführbar werden oder im Ansatz zerfallen und häufig durch primitivere Handlungen substituiert werden. Aufgaben konnten zwar behalten, aber nicht mehr in kohärenten Handlungen umgesetzt werden (ibid. 199-212). „Bei all diesen Patienten blieb die Instruktion im Gedächtnis haften, sie lenkte aber die einmal begonnene Handlung nicht mehr und büßte ihren steuernden Einfluß vollständig ein“ (ibid. 200). Die Fähigkeit wird beeinträchtigt „feste Anhaltspunkte für das Behalten zu schaffen und die Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten, die bei willkürlichem Memorieren gebraucht wird“ (ibid. 213). Die „komplexe Erinnerungstätigkeit, d.h. die Wiedergabe des im Gedächtnis lagernden Materials“ (ibid.) ist eingeschränkt oder unmöglich.

Die Rolle des präfrontalen Kortex ist heute, was seine Anatomie, Physiologie bzw. Neuropsychologie (Fuster 1989) anbelangt, gut untersucht. Er ist ein „zentrales Vernetzungsareal“, über das zahlreiche wichtige Steuerungsfunktionen laufen. Das hat Lurija (1973/1992, 190ff.) mit seinen Entdeckungen und denen seiner MitarbeiterInnen unterstrichen und gemahnt, man müsse „sich der Versuchung widersetzen, für die psychischen Prozesse einen bestimmten Ort im Kortex zu suchen“ (ibid. 38), sondern müsse vielmehr versuchen, die Kooperation und die Synergien grundlegender „funktioneller Einheiten und Systeme“ zu verstehen. Dabei gilt das Prinzip *rekursiver Konnektivierung*, das sich später auch in Edelmans Theorie neuronaler Gruppenselektion, seinem „Reentry-Konzept“ findet (Edelman 1987, 2004). Die von Lurija unterschiedenen drei großen funktionellen Einheiten wirken aufeinander und miteinander bei zentralen Funktionen. So kann etwa „die Wahrnehmung nur durch das gemeinsame Handeln der drei funktionellen Einheiten des Gehirns zustande kommen“ (ibid. 96), die „einander zuarbeiten“, so dass z.B. „Willkürbewegungen und insbesondere Manipulationen von Gegenständen auf der Zusammenarbeit verschiedenener Hirnteile basieren“ und nur das „Studium ihrer Wechselbeziehungen einen Einblick in die Natur der zerebralen Mechanismen psychischer Tätigkeit gewährt“ (ibid. 97).

Schon *Lurija* war prinzipiell auf dem Stand des Wissens, das heute über den menschlichen präfrontalen Kortex vorliegt, sah seine einzigartige Stellung im Tierreich, bei den Primaten, den Humanprimaten als Ergebnis eines evolutionären Prozesses. Hier stand er fest in der Tradition von *Bechterew* und *Pawlow*. Der präfrontale Kortex und seine Substrukturen sind mit dem anterioren zingulären, dem dorsolateralen, ventromedialen und orbitofrontalen Kortex vernetzt. Verbindungen zum limbischen System, der Amygdala, ziehen das Zentrum „*emotionaler Bewertung*“ (*valuation*) bei. Mit dem Zugriff auf den Hippocampus wird das deklarative Gedächtnis mit seinen kontext- und episodenzugehörigen Informationen für die „*kognitiven Einschätzungen*“ (*appraisal*) genutzt. Afferente Informationen aus den parietalen und temporalen Assoziationsfeldern stellen sensorische Information zur Verfügung, multiple Gedächtnisinhalte gewährleisten Aufmerksamkeitsleistungen, u.a. durch die Verbindungen mit dem Locus coeruleus, der für die Kontrolle innerer und äußerer Geschehnisse wichtig ist. Von Thalamus, Kleinhirn, Stammhirnkernen kommen Informationen, die über Körperzustände orientieren. Putamen, Nucleus Caudatus, Globus pallidus, Nucleus subthalamicus und Substantia nigra, d.h. die dorsalen Anteile der Basalganglien sind mit dem präfrontalen und parietalen Kortex eng verbunden. Sie sind in die Planung, Kontrolle und Bewertung von unbewussten (und damit auch bewussten) Willkürhandlungen eingebunden (vgl. *Roth* 1994, 2001). Die meisten Verbindungen laufen *afferent* und *efferent*, so dass eine immens dichte Vernetzung gegeben ist. Der *dorsolaterale* präfrontale Kortex mit seinen Aufmerksamkeits- und Kontrollfunktionen, zeitlichen Ordnungsfunktionen und kognitiven Bewertungen (*appraisal*) von Außenweltgeschehen und der *orbitofrontale* präfrontale Kortex mit seiner Orientierung auf Innenweltgeschehnisse, emotionale Wertungen (*valuation*), Selbstbewertungen, ethisches Urteilen – beide präfrontalen Strukturen also in ihrer Kooperation – können eine überlebenssichernde und kulturschaffende „**Selbststeuerung**“ des Lebewesens Mensch mit seiner schwachen körperlichen Überlebensausstattung gewährleisten. Dabei greifen sie beständig auf die gesamten Informationen aus allen wichtigen Hirnzentren und aus dem Nervensystem insgesamt – und damit aus dem „Körper“ (*Damasio* 1995) und der „Umwelt“ (*Gibson* 1979) – zurück. Die immense Konnektivierung dieses „*polyzentrischen Netzwerkes präfrontaler Kortex*“, den wir deshalb als „*zentrales Vernetzungsareal*“ bezeichnen, mit den Hirnbereichen, die für Sensorik und Motorik, für mnestiche und emotionale Leistungen, intrinsische und extrinsische Motivationssysteme bestimmend sind, führt dazu, dass er

auch als „funktionelles System“ zu der Modulation dieser kortikalen und subkortikalen funktionellen Systeme dient, die mit ihm kooperieren. Er schafft in diesen polyzentrischen Verbindungen und den mit ihnen verbundenen Reentry-Prozessen (reziproke Koppelungen, Edelman 2004, 164) eine informationale Dichte, bei der anzunehmen ist, dass durch sie Integrationen, Synthesen, *Emergenzprozesse* (Krohn, Küppers 1992; Petzold 1998a) in besonderer Weise gefördert werden, aufgrund derer **menschliches Bewusstsein – Selbst-, Alteritäts- und Weltbewusstsein** – dem Menschen möglich werden: **Metarepräsentanzen** seiner selbst als Subjekt, der Anderen und der relevanten Welt (Lebenswelt) und der Kulturen, in denen es lebt (theory of my mind, theory of mind, theory of the world).

„Nur der Mensch verfügt über einen so komplex vernetzbaren assoziativen Kortex, mit dessen Hilfe er in der Lage ist, eigene Erfahrungen (zusammen mit dem dabei erlebten Gefühl) in Form charakteristischer Verschaltungsmuster zu verankern, und nur er ist imstande, aus der Gesamtheit dieser Erfahrungen so etwas wie im Gehirn verankerte Metarepräsentanzen für das herauszubilden, was wir Selbstwirksamkeitskonzept, Selbstbild oder Selbstbewusstsein nennen“ (Hütter 2005, 13).

Die bekannten Befunde *Lurijas*⁸², die auch in der westlichen *scientific community* gewürdigt wurden⁸³, dokumentieren die neurobiologische Komplexität des Willenthemas, so dass es unverständlich ist, wie aus den *Libet*-Experimenten mit ihren höchst einfachen Aufgabenstellungen so weit reichende Schlussfolgerungen gezogen worden sind und gezogen werden konnten. *Lurija* (1973/1992) differenziert den Komplexitätsgrad von Willenshandlungen und fängt – anders als *Libet*, der einfache motorische Akte untersuchte – mit der Untersuchung *komplexen Willensverhaltens* an, bei dem z.B. die regulierende Rolle der Sprache bzw. „symbolischer Systeme“ (*Lurija* 1973/1992, 307ff. und schon 1932, 423) als bedeutsam nachgewiesen wird – besonders das „innere Sprechen mit seinen Raffungen und Prädikationen“, das die Verbindung zur narrativen Struktur und Organisation der *höheren Funktionen*, d.h. auch der komplexen Willenshandlungen gewährleistet (idem 1973/1992, 313). „The problem of will is much clearer to us when we examine it in the light of historical evolution, creating in the human new qualitative elaborations“ (idem 1932, 402). Dann wird nämlich ersichtlich, das „Wille und Intel-

⁸² *Lurija* 1962; 1970; *Lurija, Pribram, Chomskaja* 1964; *Lurija, Chomskaja* 1966 usw.

⁸³ *Pickenhain* 1994; *Sacks* 1993; *Jantzen* 2004.

lekt“ nicht mehr als getrennte Entitäten gesehen werden dürfen, sondern der Intellekt ist als „der Schlüssel in der Entwicklung des Willens zu sehen“ (ibid. 426). „The analysis of the complex cultural mechanisms is the key to the understanding of the simple neurodynamical processes“ (ibid. 428). Mit diesen Sätzen schließt *Lurija* sein Buch von 1932 und formuliert damit zugleich das Programm für sein Lebenswerk, das er unter widrigsten Umständen, den Lebensbedingungen in der Sowjetunion *Stalins*, mit unablässigem Willenseinsatz verfolgte (*Métraux* 1994, 2004).

Für *Lurija* (1973/1992) wirkte das Wissen um die formende Kraft soziokultureller Prozesse auf das Verständnis psychologischer Prozesse und der Neurobiologie. Das Verstehen der zerebralen Prozesse vertiefte sein Verstehen von Kultur (*Jantzen* 1994; 2004). Er versuchte die Prinzipien der klassischen Wissenschaft mit seinem Konzept einer „romantischen Wissenschaft“ (*Lurija* 1973/1992, 1993), die eine narrative und durchaus auch eine klinische Qualität hat und auf den Menschen gerichtet ist, wie seine Fallgeschichten zeigen (idem 1991, vgl. *Métraux* 2004), als zwei verschiedene Erklärungsebenen zu verbinden. „Während des größten Teils meiner Forschung bin ich immer klassischer und romantischer Wissenschaftler zugleich gewesen“ (*Lurija* 1993, 182). Eine solche Sicht hatte für die Integrative Therapie – seit ihren Anfängen mit den Arbeiten von *Vygotskij*, *Lurija*, *Leont'ev*, *Bernštejn*, *Anokhin*, *Ukhtomskij* vertraut und entwicklungspsychologisch orientiert – eine hohe Attraktivität. Die Verbindungen, die bei diesen Autoren zum Werk *Pierre Janet*s bestanden, die Bezüge von *Henry Wallon*, dem bedeutendsten französischen Entwicklungspsychologen, zur „russischen Schule“ und die Vorlesungen von *Vladimir N. Iljine* zur russischen Psychophysiologie haben für uns ein Netz von fruchtbaren Einflusslinien geknüpft (*Petzold* 2002h, 2007b; *Petzold, Sieper* 2004; *Sieper* 2006).

3.3.2 Aktuelle neuropsychologische Positionen

Wir sehen heute an der Diskussion der Willensfrage, dass das Wissen um neurobiologische Zusammenhänge auf die philosophischen und psychologischen Diskurse wirkt, die damit neue, fruchtbare Impulse erhalten, wie es sich für die Diskussion des Willenthemas abzeichnet⁸⁴, die aber unseres Erachtens immer noch hinter dem synthetischen Erkenntnisstand zurücksteht, den *Lurija* in der Nachfolge von *Vygotskij* in der neuropsychologischen

⁸⁴ *Bieri* 2001; *Goschke* 2002; *Habermas* 2005; *Roth, Grün* 2006; *Searle* 2004; *Sturma* 2006a.

logischen *Breitenperspektive* und den *Bernštejn* in der *Tiefenperspektive* des neurophysiologischen Feinverständnisses von Bewegungsabläufen und Handlungen erreicht haben. (*Bernštejn* hat mit *Vygotskij* eng zusammengearbeitet und verfasste gemeinsam mit ihm und Kollegen ein experimentaltypologisches Praktikum, vgl. *Vygotskij* et al. 1927.)

Von einem solchen Hintergrund her haben wir unsere Quergänge in die modernen neuropsychologischen Bemühungen, das Willenthema anzugehen, unternommen, *transversale Passagen* (vgl. Anm. 49) zwischen Zeit- und Kulturfeldern, denn es ist erstaunlich, in den laufenden Diskussionen keine bzw. nur okkasionelle Verweise auf die bis hierher dargestellte wissenschaftliche Welt zu finden. In seinem Kapitel „Kognitive Grundlagen willentlicher Handlungssteuerung. Vom Reflex zur antizipatorischen Verhaltenssteuerung“ finden wir von *Goschke* (2006, 122) die Randbemerkung: „Russische Psychologen wie *Lurija* (1961) und *Vygotskij* (1962) haben schon vor längerem die Bedeutung des *inneren Sprechens* für die intentionale Verhaltensregulation und Selbststeuerung hervorgehoben“ (vgl. auch *Goschke* 2002). Die Sprachbarriere kann heute nicht mehr das Hindernis für die Ausblendung dieser Wissensstände sein, zumal die russischen Protagonisten nicht nur viele der z.Zt. als „neu“ verkündeten Erkenntnisse forschungsgestützt bereits erarbeitet und publiziert hatten, sie greifen in ihren Konzeptualisierungen oft auch über heutige Engführungen hinaus, insbesondere mit ihrem Gesellschaftsbezug für die Begründung neuropsychologischer Prozesse (*Jantzen* 2004).

Thomas Goschke entwickelt eine Argumentation, die die bisherigen Ausführungen und Erkenntnisse unterstreichen. Unter evolutionsbiologischer Betrachtung findet sich bei vielen Arten eine „zunehmende *Abkoppelung* des Verhaltens von der unmittelbaren Reizsituation ..., die man zugleich als Zuwachs an Freiheitsgraden der *Verhaltensselektion* interpretieren kann“ (*Goschke* 2006, 117). „Fluktuierende innere *Bedürfnis- und Motivationszustände*“ (ibid.) bestimmen das Verhalten, in welchem „Lernprozesse Lebewesen in die Lage versetzen zu *antizipieren*, welche Effekte bestimmte Verhaltensweisen unter bestimmten Bedingungen mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit haben werden“ (ibid. 118). *Bernštejn* (1967) hatte mit seinen Forschungsarbeiten die zukunftsorientierte Zielbestimmtheit funktioneller Systeme für Bewegungshandlungen herausgearbeitet. *Goschke* (2004) sieht aus einer kognitiven Perspektive „genuin *zukunftsorientierte Verhaltensselektion*, also Auswahl und Steuerung des Verhaltens aufgrund *innerer Repräsentationen angestrebter Zielzustände*“ (idem 2006, 118). Natürlich erhebt sich hier die Frage nach dem Verständnis

von „Repräsentation“, das den Rahmen von Modellen kognitiver Psychologie als Hintergrund hat. Der Begriff muss expliziert werden (vgl. 4) – man denke an die Diskussionen um die psychoanalytische „Repräsentanzlehre“ oder um eine psychologische Repräsentationskonzeption, wie sie *Theo Hermann* (1993) entwickelt hat. Außerdem muss immer gefragt werden, was eine solche repräsentationale Perspektive „on the brain level“ bedeutet. Genau diese Frage behält *Goschke* in seinen über Jahre laufenden Forschungsbemühungen und Untersuchungen zu Themen wie Bewusstsein, Handlungssteuerung, Gedächtnis, Wille im Blick, und deshalb sind seine Ausführungen aus unserer Sicht besonders überzeugend, denn bei solchen komplexen Themen wie dem des Willens ist u.E. ein konkreter Bezug, ein „Sitz im Leben“, durch eigene *willenspsychologische Forschung* oder durch *klinische Beobachtung* und *therapeutische Arbeit* oder durch beides wie bei *Lurija* erforderlich. *Goschke* hat sich in Verbindung von experimentalpsychologischer und neurobiologischer Betrachtung mit dem für die Willensthematik so bedeutsamen präfrontalen Kortex auseinandergesetzt, ohne ihn – hier ganz in der Linie, die *Lurija* schon vertreten hat – zum „Kapitän“, zum „executive officer“ zu machen. „Aufgrund seiner massiven Vernetzung mit sensorischen, gedächtnisbezogenen und motorische Regionen sowie mit Strukturen, die an Gedächtnisfunktionen, Emotionen und motivationalen Prozessen beteiligt sind, befindet sich der präfrontale Kortex in einer ausgezeichneten anatomischen Position, um einerseits Informationen über innere Zustände und äußere Reize zu integrieren und andererseits die Verarbeitung in kortikalen und subkortikalen Systemen zu modulieren, die an Wahrnehmungs-, Gedächtnis- und Reaktionsprozessen beteiligt sind“ (*Goschke* 2006, 130). Genau diese Komplexität ist aber mit Willensintentionen und -handlungen verbunden. Sowohl die experimentalpsychologischen Ergebnisse der Willensforschung als auch das flankierende *matching* mit Untersuchungen über bildgebende Verfahren und die klinischen Beobachtungen zeigen, „dass der präfrontale Kortex eine wichtige Rolle bei der willentlichen Handlungssteuerung spielt“ (ibid.). In seiner Darstellung von präfrontalen „*exekutiven Funktionen*“ anhand von Forschungsergebnissen zeigt sich dann beeindruckend, dass *Lurija* (und seine MitarbeiterInnen) genau diese Funktionen bei seinen hirnverletzten bzw. durch Tumore oder Insulte etc. geschädigten Patienten als gestört oder ausfallend beschrieben hat⁸⁵, mit sehr genauer Lokalisation der betroffenen

⁸⁵ *Lurija* 1960, 1966, 1968; *Lurija, Comskaja* 1969, 1970; *Lurija, Cvetkova* 1967; *Lurija, Kucemilova, Chomskaja* 1967 usw. usw.

präfrontalen Regionen gemäß seinem Programm des „*klinischen Studiums lokaler Hirnläsionen* und der Analyse der *Veränderungen psychischer Prozesse infolge von Läsionen einzelner Felder*“ (Lurija 1973/1993, 101).

Goschke (2006, 130ff.) stellt folgende präfrontale „*exekutiven Funktionen*“ anhand der Forschungsliteratur dar: „*die Konfigurationen von Verarbeitungsmodulen, die Koordination multipler Ziele, die Planung neuer Handlungssequenzen, das prospektive Gedächtnis für auszuführende Absichten, die aktive Aufrechterhaltung aufgabenrelevanter Informationen, die Inhibition impulsiver Reaktionen, die Überwachung von Reaktionskonflikten und Fehlern und die Bewertung von Handlungsergebnissen*“ (ibid.). Diese Funktionen haben für willenstherapeutische Fragestellungen erhebliche Bedeutung, denn sie finden sich bei vielen depressiven und persönlichkeitsgestörten Patienten beeinträchtigt.

Zur Frage der Willensfreiheit leisten neuropsychologische Forschungen einen dezisiven Beitrag: Sie zeigen, dass alle Willensintentionen und -handlungen an zerebrale Prozesse gebunden und damit *kausal determiniert* sind. Diesem „Determinismus“ kann man nicht entkommen – und wozu auch? Was würde man mit einer strikt libertarischen Konzeption gewinnen? Die Begrenzungen unserer Natur, wie sie das „Lied von der Erde“ (G. Mahler 1908/1909) uns vor Augen führt, sind ohnehin nicht zu überwinden, und das „ewig, ewig“, gilt auch für unsere Erde nicht mehr. Unsere sensorischen und zerebralen Kapazitäten, die Instrumente unseres Wahrnehmens und Denkens wurden für den Mesokosmos entwickelt (Vollmer 1975), den wir immer radikaler überschreiten. Sie wurden nicht für die Welt der Antimaterie, nicht für die Unendlichkeiten des interstellaren oder intergalaktischen Raumes oder für die molekularen, atomaren, subatomaren Mikrobereiche ausgebildet. Myon- und Tau-Neutrinos werden nie Gegenstände der Wahrnehmung oder des Erlebens werden können, aber sie werden wie viele andere Erkenntnisse der Grundlagenforschung zu Determinanten (nicht Determinierungen!) unseres Weltbildes, unserer Kosmologie, zu der wir *Positionen* mit erlebnishaften Qualitäten entwickeln können, indem wir uns selbst als Denkende, Nachsinnende und *Wollende* erleben. (Ob die zu erwartende Cyborgisierung, biopositronische Servogehirne, genetisch optimierte Klongehirne unsere Begrenzungen nachhaltig verändern können – *wenn wir das wollen?*⁸⁶)

⁸⁶ Vgl. Petzold 1983b, Brooks 2002; Harraway 1995; Linke 2000; Streeb-Lieder 2004.

Was wir gewinnen in der neuropsychologischen Sicht sensu *Lurija* oder in den aktuellen kompatibilistischen Varianten ist, dass wir wissen, dass „sich Willenshandlungen durch einen immensen Zuwachs an Freiheitsgraden aus[zeichnen], insofern sie nicht in starrer Weise durch Reize ausgelöst werden, sondern durch mentale repräsentierte Ziele und antizipierte Bedürfnisse determiniert werden ... An die Stelle der Vorstellung eines unverursachten Verursachers ... tritt die Konzeption eines autonomen Agenten, dessen Verhalten in dem Sinne *selbstdeterminiert* ist, dass es durch antizipierte Handlungseffekte und mental repräsentierte Ziele determiniert ist“ – so *Goschke* (2006, 145). Wir können dem weitgehend zustimmen, sehen indes auf dieser kompatibilistischen Grundlage mit *Vygotskij* und *Lurija*, aber auch mit *Kornhuber* und *Deecke* (dieses Buch), unsere *Freiheitsgrade* und damit unsere *Verantwortungsverpflichtungen* noch als wesentlich weiter ausgreifend, denn dieses Wissen führt unabwendlich an die Notwendigkeit ethischer und politischer Willensbildung und Entscheidungsfindung auf vielen Gebieten heran.

4. Integrative Willenstherapie

„Mache Dich selbst zum Projekt“
Petzold (1969c)

Als die gegenwärtigen Diskussionen im Zusammenhang mit der Frage des „freien Willens“ aufkamen – ausgelöst durch neurowissenschaftliche Untersuchungen in den 60er bis 80er Jahren (*Kornhuber* und *Deecke* dieses Buch, *Libet* dieses Buch) –, deren Auswirkungen erst in jüngerer Zeit so richtig wahrgenommen wurden, hatten wir uns, wie dargestellt, aufgrund unserer philosophischen Ausbildung⁸⁷ und unserer psychologischen Orientierung⁸⁸ sowie der Rezeption psychophysiologischer Arbeiten von *Anokhin*, *Bernštejn*, *Lurija* mit der willenspsychologischen und vor allem der willentherapeutischen Thematik schon seit langem befasst (*Petzold* 1982c, 2001i). So konnten wir die (neuen) Beiträge aus dem Bereich der Neurowissenschaften und die Repliken der Philosophen mit besonde-

⁸⁷ Es sei nochmals an unsere Auseinandersetzung mit Willensstudien von *Ricœur* und den Freiheitsdiskursen von *Berdjajew*, *Satre* und *de Beauvoir* in unserer Studienzeit erinnert.

⁸⁸ *Janet*, *Lewin*, *Politzler*, *Wallon*, *Lurija*, *Vygotskij*.

rem Interesse verfolgen, immer auch mit dem Blick auf unsere klinischen bzw. therapeutischen Praxiserfahrungen. Die Notwendigkeit für PsychotherapeutInnen, sich mit der Willensthematik auseinanderzusetzen, hatten wir stets betont und zu fördern versucht (Petzold 1982c, 2001i). Wir haben u.a. die deutsche Ausgabe des Werkes von *Roberto Assagioli* (1982) „Die Schulung des Willens, Methoden der Psychotherapie und der Selbsttherapie“ herausgebracht – das Werk fand leider nur wenig Resonanz. Unser Zugang war und ist ein therapeutisch-praktischer. Wir hatten in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Pupato, Petzold 2007, Petzold 2007d), in der Behandlung von Traumaopfern und in dem ganzen Spektrum psychischer Störungen von Erwachsenen mit Willensproblemen gearbeitet – als Standardthema jeder Therapie. Besonders die Behandlung von Suchtpatienten über nunmehr 40 Jahre hat uns beständig vor motivationspsychologische und willentherapeutische Probleme gestellt.⁸⁹ Im Bereich der Forschung hatten wir uns mit der Willkürmotorik von Säuglingen und Kleinkindern und mit klinischen Laufstudien bei depressiven und süchtigen erwachsenen PatientInnen befasst⁹⁰, alles Bereiche, in denen man mit dem Willensthema in Kontakt kommt.

Unsere Arbeit erfolgt im Rahmen der **entwicklungspsychologisch** und **biopsychosozial** ausgerichteten „**Integrativen Therapie**“ (2003a⁹¹), die sich dezidiert als *methodenintegrativer* und mehr noch als *methodenübergreifender* (nicht-eklektischer) Ansatz moderner Psycho-, Sozio- und Leibtherapie im „**neuen Integrationsparadigma**“ der Psychotherapie versteht, das sie mitbegründet hat (Petzold 1982, 2002g). Sie wird auch als ein solcher Integrationsansatz gesehen⁹², den wir auch gerne als „**Integrative Humantherapie**“ bezeichnen⁹³, um den cartesianischen Dualismus in den Psycho-Komposita zu vermeiden. Unser Ansatz hat Quellen in der Tiefenpsychologie – wir durchliefen Psychoanalysen u.a. in der Tradition *Ferenczis* –, hat Wurzeln in sozialbehavioralen Ansätzen (*Mead, Moreno, Bandura*), in humanistisch-psychologischen Verfahren (*Moreno, Perls, Goodman*) und klinisch-psychologischer bzw. psychiatrischer Therapie (*Janet, Lurija*). Er ist dabei sicher kein freudistisches Verfahren (*Leit-*

⁸⁹ Petzold 1969c, 1971c, 1974c, Petzold, Thomas 1994; Petzold, Schay, Scheiblich 2006; Velt, dieses Buch.

⁹⁰ Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2006.

⁹¹ Petzold 1974j, 1988n, 1992a, 2001a.

⁹² Egger 2006; Schuch 2007a; Stumm, Pritz et al. 2000.

⁹³ Petzold 1974j, 1988n, Sieper 2006; Sieper et al. 2007.

ner 2007; Petzold 2007b) oder – bei allen vorhandenen Verbindungen – kein humanistisch-psychologisches (Petzold 2005x; Sieper 2006; Schuch 2007b), sondern hat über seine Entwicklung hin eine klare Eigenständigkeit erarbeitet, eben als ein „differenzielles und integratives, entwicklungsorientiertes Behandlungsverfahren“, als einer der Ansätze „psychologischer Therapie“, die Janet (1919, III, 464; vgl. Petzold 2007b) begründete, wie sie sich heute im Kontext der Psychotherapieforschung⁹⁴, der klinischen Psychologie, der Psychiatrie und der Neurowissenschaften entwickeln⁹⁵, wobei wir noch die Bereiche „klinische Sozialwissenschaften/Soziotherapie“, „longitudinale Entwicklungspsychologie/Entwicklungstherapie“, „Psycho- und Neuromotorik/Leib- und Bewegungstherapie“ und „klinische Philosophie“ besonders einbeziehen⁹⁶, also eine Verbindung von Perspektiven aus Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften anstreben.⁹⁷

Unser Standort: Wir sehen wissenschaftlich begründete Psychotherapie als eine Disziplin, die durch ‚fundierte Pluralität‘ gekennzeichnet ist, eine Profession, in der *Pluralität* bei Gewährleistung *einheitlicher* professioneller Rahmenbedingungen, hoher berufsethischer Standards und durch empirische Forschung abgesicherte Qualität eine Gütezusicherung für die PatientInnen sein muss in einer engagierten, partnerschaftlich ausgerichteten Arbeit für die Wiederherstellung von Gesundheit und die Förderung persönlicher Entwicklung (Petzold 2000a, 2006n).

Arbeit mit dem Willen, das dürfte damit deutlich geworden sein, wird immer im Rahmen einer therapeutischen Gesamtkonzeption zu leisten sein, die heute – darin stimmen Norcross, Orlinsky, Grave, also wie wir Vertreter des „neuen Integrationsparadigmas in der Psychotherapie“ (Petzold 1982, 1992g, 2003a), mit uns überein – immer in einem schulenübergreifenden Rahmen gestellt werden sollte (Egger 2006, 2007). Das von uns entworfene und praktizierte Modell (Petzold 1993a) sei kurz im Anschluss an eine Übersichtsarbeit über die „Psychotherapie der Zukunft“⁹⁸ vorgestellt:

⁹⁴ Unsere Positionen: Märten, Petzold 1995a, b, Petzold 1994h, o, 2005i, Petzold, Märten 1999; Steffan, Petzold 2001).

⁹⁵ Z.B. Fiedler 2000; Grave 1998, 2004; Orlinsky 1999; Schiepek 2003.

⁹⁶ vgl. Petzold 2001a, 2003a, 2005x; Petzold, Sieper 1993; Petzold, Orth, Sieper 2005, Kühn, Petzold 1991.

⁹⁷ Petzold 1988n, 1991a, Petzold, Orth, Sieper 2000a; Sieper, Orth, Schuch 2007.

⁹⁸ „Psychotherapie der Zukunft“, Abschlussvortrag gehalten auf dem 4. Deutschen Psychologentag, Würzburg 5.10.1998. Erw. Veröffentlichung (1999p).

4.1 Komplexe und Integrative Therapie (KIT) – Positionen zu einer kreativen und „nachhaltigen“ Humantherapie

Die Positionen, die hier vertreten werden, stammen aus dem Fundus und der Entwicklungsdynamik der *Integrativen Therapie* (und *Integrativen Supervision*), die sich in einem permanenten Differenzierungs-, Integrations- und Entwicklungsprozess befinden (Sieper 2006). Wir arbeiten beziehungsorientiert mit *Komplexen* und *Integrativen Therapiecurricula* (**KIT**) fokalthérapeutisch (Petzold 1993p, 1999p) und in narrativer Praxis.⁹⁹ Wir fokussieren die Arbeit sehr stark im *Leib-, Netzwerk- und Social-World-Konzept*¹⁰⁰, und überall brauchen wir **Wille** und **persönliches Wollen**: zur Kooperation, zu Entscheidungen, zum Durchhalten – im Netzwerk bzw. Konvoi (Weggeleit) auch „**kollektives Wollen**“, denn diese Polyaden umfassen die Zahl der für den Patienten relevanten Personen, die zumindest zu einem Teil Konsensgemeinschaften in Netzwerken bilden (sogenannte *social worlds*), die Werte und Weltansichten teilen.¹⁰¹ Weiterhin wird *Leib* als etwas anderes gesehen als *Körper*. Der aus dem Umfeld und dem eigenen somatischen Binnenraum „*informierte Leib*“ als das „*inkarnierte Subjekt*“ im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum kennzeichnet den Menschen als Ganzen. In jeder Lach- und Gramfalte, in Mimik, Gestik, Haltung und Bewegung wird deutlich, dass unsere Kognitionen, unsere Emotionen und Volitionen auch eine leibliche Dimension haben. Im integrativen Konzept des „**Leib-Subjekts**“ konvergieren 1. die leibphänomenologische Position¹⁰², mit 2. einer genealogisch-strukturalistisch orientierten Sicht auf den enkulturierten Körper und seine Geschichte (Foucault)¹⁰³, mit 3. einer psychophysiologischen (neurobiologischen und psychoneuroimmunologischen) Position.¹⁰⁴ Die Erkenntnisse aus den mit diesen letztgenannten Bereichen befassten Disziplinen werden gerade im Blick auf depressive, posttraumatische und Angststörungen die Psychotherapie künftig sehr verändern. Die klassischen psychodynamischen Modelle der Entstehung – und damit auch der Behandlung – dieser Störungen und der meisten Psychosomatosen sind obsolet.

⁹⁹ Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997.

¹⁰⁰ Petzold 1985a, 206ff.

¹⁰¹ Petzold, Petzold 1991; Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004.

¹⁰² Marcel 1985; Merleau-Ponty 1945; Schmitz 1989, 1990.

¹⁰³ Foucault 1978a,b; Mazumdar 1998; Dank 1989; Petzold, Orth, Sieper 1999.

¹⁰⁴ Hüther et al. 1999; Gottlieb 1997; Aggleton 1992; Schedlowski, Tenes 1996; Zänker 1991.

Die biologische Seite der „major depressions“ und Angststörungen werden, was die spezifische Symptomatik anbelangt, zunehmend durch die Fortschritte moderner Medikation behandelbar, weil wir die neurophysiologischen Prozesse und ihre Interaktion mit dem Immunsystem vor dem Hintergrund psychosozialer und ökologischer Zusammenhänge immer besser verstehen und beeinflussen lernen. Bei der Behandlung von Depressionen wird die Kombination von medikamentösen Maßnahmen, die das serotonerge Geschehen beeinflussen, die immunologisch ansetzen und in die Stressphysiologie eingreifen, die heute schon recht guten Ergebnisse noch verbessern, so dass sich *Freuds* späte Hoffnung zu bewahrheiten beginnt, dass wir dereinst die hirnpfysiologischen Bedingungen seelischer Erkrankungen weit genug erforscht haben werden, um mit medikamentösen Behandlungen seelisches Geschehen zu steuern. Das allerdings kann nur teilweise und nur in einem Integrativen Ansatz geschehen, weil biochemische Interventionen Bewusstseinsinhalte, individuelle „mentale Repräsentationen“ in ihrer Verflochtenheit mit den „kollektiven sozialen Repräsentationen“, wie sie sich aus den „sozialen Netzwerken“ und „social worlds“ von Menschen ergeben (*Moscovici* 2001; *Petzold* 2002b), nicht spezifisch beeinflussen können. Persönliche Sinnsysteme und Wertewelten aber müssen mit ihren sozialen Kontextualisierungen gleichfalls Ziel therapeutischer Maßnahmen (Psycho- und Sozialtherapie) werden (*Petzold, Orth* 2005a).

An einem Beispiel aus unserer Praxis sei ein solches integratives Vorgehen kurz umrissen:

Es handelt sich um einen 47-jährigen, verheirateten, kinderlosen depressiven Patienten aus der unteren Mittelschicht, ein Werkstoffprüfer, der auf Grund seiner Erkrankung aus dem Arbeitsprozess gefallen ist. Jahrelang wurde er von seinem Hausarzt mit einer unzureichenden Medikation und gelegentlichen Gesprächen „behandelt“. Viel zu spät und durchaus chronifiziert kommt er in eine spezialisierte Therapie. Die depressive Störung ist nach ICD 10/DSM IV diagnostiziert, Komorbiditäten sind abgeklärt. Es finden sich hier Angststörungen, die ja sehr häufig als Vorläufer- und Begleitstörungen von Depressionen auftreten.¹⁰⁵ Es wurde die initiale Prozessdiagnostik¹⁰⁶ unter Einsatz *semiprojektiver* Verfahren¹⁰⁷ durchgeführt – z.B. Leibfunktionsdiagnostik, Netzwerkdiag-

¹⁰⁵ *Wittchen, Vossen* 1996.

¹⁰⁶ *Osten* 1999; *Petzold, Osten* 1998.

¹⁰⁷ *Müller, Petzold* 1998.

nostik, Ich-Funktionsdiagnostik, Identitätsdiagnostik.¹⁰⁸ Die depressive Symptomatik imponiert auf vier Items der DSM IV-Checkliste. Ängstlichkeit ist bei dem Patienten eine stark ausgeprägte Komorbidität, die Leibfunktionsanalyse ergibt einen schlechten Konditionsstatus, dysregulierten Tonus, eingeschränktes Atemmuster, eine „blande Stressphysiologie“; Dekarnationsphänomene¹⁰⁹ zeigen sich, z.B. kraftlose, kalte Hände, „abgestorbene“, starre Gesichtsmimik, retroflexives Blickverhalten („tote“ Augen, keine Blickkommunikation), keine ad-gressiven Verhaltensmöglichkeiten, Subassertivität, Libidoverlust; das Netzwerk ist ausgedünnt, ressourcenarm oder wird aufgrund von sozialem Rückzug des Patienten nicht genutzt; die Beziehung des Patienten zu seiner Partnerin ist kaum noch tragfähig. Jegliche Zukunftsorientierung und Hoffnung auf berufliche Neuorientierung scheint erloschen, und es haben sich negative *kognitive Stile* (*negative appraisals and control parameter*), *problematische emotionale Stile* (*learned helplessness*, Selbstabwertung, Negativierung) und *dysfunktionale volitive Stile* (Entscheidungsunfähigkeit, Willenschwäche, fehlendes Durchhaltevermögen) etabliert. Spontaneität und Kreativität sind weitgehend abhanden gekommen. Es liegt vor uns ein Bild einer „major depression“ mit einem mehr oder weniger hohen Grad an Chronifizierung, Begleitsymptomatik und sozialer Desintegration. Blickt man aber neben den **Problemen** auch auf die **Ressourcen** und **Potenziale** des Patienten (**PRP**-Perspektive, *Petzold* 1997p), so wird sichtbar, dass er eine schöne Wohnung hat, Musik liebt, noch einen guten Freund hat, über gute handwerkliche bzw. heimwerkerische Fähigkeiten verfügt, Tiere und Natur liebt, obwohl er heute kaum noch hinausgeht, dass er früher einmal sehr sportlich war, über politische Fragen nachdenkt und ein soziales Bewusstsein hat, also eine zwar angeschlagene, aber doch fundierte Wertewelt. Das alles sind Anknüpfungspunkte, in denen *Probleme des Typus A* (Aufgaben und Herausforderungen, Challenges, die gemeistert werden müssen) von *Problemen des Typus B* (Katastrophen, die bewältigt werden müssen) differenziert werden. Wo es möglich ist, werden B-Probleme umgeformt (*reframing*) und Ressourcen und Potenziale aktiviert. Es kommt eben nicht nur eine defizitorientierte Sicht zum Tragen, sondern es werden in salutogenetischer Ausrichtung Gesundheitsförderung sowie Persönlichkeitsentwicklung mit in die therapeutischen Maßnahmen durch Strategien des Gesundheits- und Persönlichkeitscoachings einbezogen.

¹⁰⁸ *Kames* 1992; *Müller, Petzold* 1999; *Petzold, Orth* 1994.

¹⁰⁹ *Petzold* 1993a, 1159f.; *Orth* 1994.

Nur wenn der allgemeine Gesundheitszustand, die Vitalität, die Netzwerksituation, die Arbeitssituation (ggf. das konstruktive Meistern der Situation endgültigen Arbeitsverlustes durch andere sinnstiftende Tätigkeiten), d.h. die gesamte Lebenssituation verbessert wird, ist mit einer dauerhaften Beseitigung der depressiven Störung zu rechnen.

Ein solches schweres Störungsbild mit seiner ganzen komplexen psychosozialen Problematik und seinem erheblichen Chronifizierungsmaß war schon in der „Psychotherapie der Vergangenheit“ nur sehr schwer zu behandeln. Das hat sich nicht wesentlich geändert. Die manualisierten Psychotherapien geben uns wenig an Information und Anleitung über die Behandlung der so zentralen *Begleitumstände*. Die guten oder hinlänglich guten Ergebnisse vorselektierter Patienten der meisten Outcome-studies der klinischen Psychotherapieforschung¹¹⁰ sind für die erforderlichen, umfassenden Rehabilitationsziele und Maßnahmen informativ unergiebig, d.h. aber: Auch der Patient hat dann wenige konkrete Ziele, auf die er sein **Wollen** richten kann. Oft hat man den Eindruck, dass PatientInnen – wie der oben kurz vorgestellte – in den empirisch beforschten Populationen praktisch aller großen Psychotherapieschulen, nicht zuletzt der Richtlinienverfahren, kaum vorkommen. Schon *Freud* hatte mit dieser Patientengruppe große Schwierigkeiten: Er affirmierte – und das galt nicht nur damals, das gilt noch heute¹¹¹ –, dass die Psychoanalyse für die „Massenanwendung“¹¹² nichts zu bieten habe: „Für die breiten Volksschichten, die ungeheuer schwer unter den Neurosen leiden, können wir derzeit nichts tun.“¹¹³ Sollte eine Arbeit mit Breitenwirkung möglich und finanzierbar werden, werde man das „reine Gold der Analyse mit dem Kupfer der direkten Suggestion zu legieren haben.“¹¹⁴

Suggestion ist aber ein Therapieansatz, bei dem immer mitbeachtet werden muss, dass er die *Willenskräfte* nicht aufbaut, sondern eher die Tendenz hat, diese zu schwächen. In der Tat verwenden heute viele Psychoanalytiker trotz des Vorhandenseins psychodynamischer Kurzzeitinterventionen¹¹⁵ für die Traumatherapie das Kurzzeitverfahren EMDR. Hatten diese „schwierigen“ Patienten in der „Psychotherapie der Ver-

¹¹⁰ *Jacobi, Poldrack* 1999; *Dobson, Craig* 1998.

¹¹¹ *Thomas* 1986.

¹¹² *Freud* 1919, 248.

¹¹³ *Freud* 1919, 248.

¹¹⁴ *Freud* 1919, 249.

¹¹⁵ *Horowitz* 1986; *Horowitz, Kaltrieder* 1995.

gangenheit“, die sich vielfach auf YAVIS-Patienten zentrierte¹¹⁶, keine Chancen, ist es fraglich, ob sie Chancen in der „Psychotherapie der Gegenwart“ haben oder in der der „Zukunft“ haben werden. „Lohnt“ es sich, in solche Patienten zu investieren? Es lohnt sich – nicht nur aus altruistischer Motivation, schaut man auf die volkswirtschaftlichen Kosten von Chronifizierungen über eine potenzielle Zeit von 10-30 Jahren. Daher wird unbedingt ein „öffentlicher Wille“ erforderlich, Späterkennungen und Chronifizierungen zu vermeiden. Viele schwere psychische Störungsbilder müssen in *Vorsorgeuntersuchungen* mit abgeklärt werden. Damit würden die Behandlungs- und Rehabilitationschancen wesentlich steigen, denn zu späte und unzureichende Behandlungen treffen auf Menschen mit schon abgebauten Willenskräften, dysfunktionalen volitiven Stilen, z.B. *passiver Reaktanz* (ein Nicht-Wollen). Lange Rehabilitationsprozesse sind die Folge, und manche Patienten sind auf Grund iatrogenen Vorbehandlungen oder verschleppter Krankheitsprozesse gar nicht mehr *nachhaltig*, d.h. umfassend ansetzend und auf dauerhafte Wirkung abzielend, zu heilen.

Die vielfach vorfindliche Haltung, solche PatientInnen „abzuschreiben“, also keinen **Willen** zu haben, in sie zu investieren – bei Kostenträgern oder auch bei TherapeutInnen – ist nicht nur inhuman, sondern auch unökonomisch, sofern man Möglichkeiten hätte, solche Patienten erfolgreich zu behandeln und zu rehabilitieren. Man müsste allerdings den **Willen** haben, in sie zu investieren, komplexe Behandlungsansätze *koordiniert* zum Einsatz zu bringen und zwar so, dass sie als ein solches „Gesamtpaket“ finanziert werden. Bislang sind Patienten in Deutschland weitgehend auf eigene Mittel, das Engagement und die Ingeniosität ihrer TherapeutInnen und ihren eigenen Einsatz angewiesen, wenn ein solches „*komplexes und integratives Therapiecurriculum*“ (**KIT**) geplant und umgesetzt werden soll, z.B. im Rahmen einer Integrativen Fokal- und Kurzzeittherapie (**IFK**)¹¹⁷, die durch die Case-Work-Konzeption eines ‚**Optimal Process Facilitation**‘ (**OPF**) unterstützt wird (Petzold 2005r, Jüster 2007), d.h. durch karrierebegleitende psychosoziale Beratung und Betreuung (*guidance*), die immer unter einer Netzwerkperspektive erfolgt – selbst im Zweierkontakt – dabei aber stets die ‚mentalen Repräsentationen‘ mit ihren kollektiven Kognitionen, Emotionen, Volitionen (Müller, Petzold 1998) der Netzwerkmitglieder im Blick hat und auch diese po-

¹¹⁶ Grave et al. 1994, 214, 752.

¹¹⁷ Petzold 1993p.

sitiv zu beeinflussen sucht (Petzold 2005r, 2006v). Ein solches optimiertes Casemanagement (**OPF**) dient der Veränderung von *Lebensstilen* des Klienten und seiner Bezugsgruppe in der gegebenen Lebenswelt (Konzept der „process facilitated lifestyle reorganization“), denn darum geht es letztlich: **dysfunktionale Lebensstile** zu verändern (Petzold 2005r; Jüster 2007). Dafür ist sowohl das „**individuelle Wollen**“ des Patienten erforderlich als auch das kooperative, „**kollektive Wollen**“ seiner Familie und Bezugsgruppe, seines Konvois (Hass, Petzold 1999). In diesem Kontext müssen die für die Therapie wesentlichen, differenziellen Zielstrukturen erarbeitet werden. Für den Patienten unseres Beispiels waren als **Ziele** (Richtziele und Grobziele, Petzold, Leuenberger, Steffan 1998) anzuvizieren: Symptombeseitigung, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung. Dafür sind in einem **KIT** (mit eventueller **OPF**-Stützung) folgende *mögliche Mittel*, d.h. Maßnahmen bzw. Maßnahmebündel und methodische Zugänge vorgesehen, aus denen ein realisierbares „Paket“ geschnürt werden muss:

1. *eine moderne antidepressive Medikation* (in Koordination mit dem Psychiater) → erfordert Wille zur Medikamentenkooperation;
2. *eine intermittierende fokale Therapie* (IFK) als mittelfristige Karrierebegleitung oder als kontinuierliche mittel- bis langfristige Therapie. → erfordert Wille zur Mitarbeit.

Die IFK enthält folgende mögliche Schwerpunkte der Veränderung negativer Schemata, d.h. dysfunktionaler Narrative und Scripts¹¹⁸:

- a) Veränderung von negativen Kognitionen, z.B. sensu Beck¹¹⁹ und dysfunktionalen Kontrollüberzeugungen¹²⁰, Aufbau von positiven „**kognitiven Stilen**“ durch *cognitive modeling*
- b) Veränderung von negativen Emotionen, z.B. dysfunktionalen „**emotionalen Stilen**“, z.B. erlernter Hilflosigkeit, sensu Seligman¹²¹, Hoffnungslosigkeit, Resignation durch *emotional modeling*¹²²
- c) Veränderung von ineffizienten Volitionen und dysfunktionalen „**volitiven Stilen**“ durch Willensempowerment, *volitive modeling*
- d) Veränderung dysfunktionaler „**sozio-kommunikativer Stile**“ hin zu funktionalen, durch Training sozialer Kompetenz und Performanz.

¹¹⁸ Petzold 1992a, 901ff.

¹¹⁹ Beck 1976.

¹²⁰ Flammer 1990.

¹²¹ Seligman 1979.

¹²² Petzold 1992a, 799ff.

3. *Netzwerktherapeutische Maßnahmen*¹²³ zur Förderung der *Connectedness* mit folgenden möglichen Schwerpunkten:

- a) Stärkung des familialen Netzwerkes durch Familien- bzw. Paartherapie; Ermutigung, ein Haustier anzuschaffen (pet therapy)¹²⁴
- b) Reaktivierung, Neuaufbau und Pflege des *amikalen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Erzählkultur¹²⁵, *Netzwerkenrichment*
- c) Aufbau eines *kollegialen* sozialen Netzwerkes mit einer guten Gesprächskultur, z.B. in Umschulungs- und Wiedereingliederungsmaßnahmen, *Netzwerkenlargement*
- d) Aufbau eines Kontaktnetzes etwa in sportiven bzw. erwachsenenbildnerischen Kontexten und Aktivitäten sozialen Engagements, *Netzwerkempowerment*

4. *Leib-, Bewegungs- und sporttherapeutische Maßnahmen*¹²⁶ mit folgenden möglichen Schwerpunkten:

- a) Running therapy speziell für die depressiven Störungen¹²⁷, Konditionsaufbau, *body enrichment*
- b) Tonusregulation, Entspannungstraining, Atemaktivierung
- c) Beginn eines sportiven *Weges*, möglichst eines Budosports (Kampfkunst)¹²⁸
- d) Förderung eines gesundheitsbewussten und gesundheitsaktiven Lebensstils (Ernährung, Ausdauersport)

5. *Agogische*¹²⁹ und *kreativtherapeutische*¹³⁰ Maßnahmen mit dem Ziel:

- a) Förderung der beruflichen Reintegration, des Arbeitsverhaltens und der Belastungsfähigkeit
- b) Förderung der Bildungsmotivation und des Bildungsverhaltens
- c) Förderung der Sinneswahrnehmung und des kreativen Ausdrucks (*enrichment*)
- d) Förderung von Interessen, sozialem Engagement, Freizeitgestaltung (Gesprächskreise, Hobbies, Naturerleben)¹³¹

¹²³ Hass, Petzold 1999; Petzold 1994e; Feeney, Noller 1996; Josselson 1995.

¹²⁴ **Pet therapy** vgl. Griffenbagen 1991; Olbrich 1987; Petzold 1969b, 1988n, 481 – die Anschaffung eines Haustieres (pet), z.B. eines Hundes oder einer Katze, hat für viele Menschen einen anspornenden heilsamen Effekt, insbesondere in Verbindung mit Naturerleben (z.B. Spaziergänge mit dem Tier); Petzold, Orth 1998b.

¹²⁵ Petzold, Petzold 1991b; Petzold 1991o, 1999k; McLeod 1997.

¹²⁶ Petzold 1996a; Voutta-Voss 1997; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bosscher et al. 1997.

¹²⁷ Bosscher 1992; Bosscher et al. 1997.

¹²⁸ Petzold, Bloem, Moget, 2004.

¹²⁹ Petzold, Reinhold 1983; Sieper, Petzold 1993.

¹³⁰ Petzold, Orth 1985, 1990a, 2007a und dieselben, dieses Buch.

¹³¹ Petzold, Orth 2000; Petzold 2006h.

6. *Metatherapeutische Maßnahmen*¹³² mit emanzipatorischen Zielen:

- a) Verarbeitung der Krankheitserfahrung als solcher, d.h. Be- und Verarbeitung der Krankheitskarriere und ihrer psychischen und sozialen Auswirkungen
- b) Reflexion der psychosozialen, ggf. ökonomischen und politischen Hintergründe und Kontexte der Erkrankung
- c) Reflexion der Erfahrungen mit Therapie und Hilfsagenturen¹³³
- d) Bewusstwerden, was im Leben zählt, gut tut und wichtig ist, um dem in Sinne persönlicher und gemeinschaftlicher „Lebenskunst“¹³⁴ und „Gemeinwohlorientierung“ nachzugehen (*empowerment*, Petzold, Regner 2006).

Ein solches komplexes und *multiprofessionell* durch ein „Netzwerk von Helfern“ in einer Tagesklinik, einem regionalen Behandlungszentrum, wie sie in den Niederlanden gut entwickelt sind, durchgeführtes Programm, das von einem explizitem „**kollektiven Wollen**“ getragen ist und von integrativ und differenziell arbeitenden Therapeuten bzw. Case-Manager koordiniert wird (Jüster 2007), kann dem Faktum Rechnung tragen, dass der Mensch in seinen sozialen und ökologischen Beziehungen ein „Ganzer“ ist. Dann sind eher **nachhaltige** Erfolge zu erreichen. Natürlich muss für die einzelnen Maßnahmen und das Gesamtbündel der Maßnahmen **der Wille** des Patienten gewonnen werden, seine **Entscheidung**: Hier kann und will ich an einer „**Lebensstiländerung**“ mitarbeiten, ein Wille, der immer wieder bekräftigt werden muss, damit die **Persistenz** gewährleistet ist.

Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Wohlbefinden eines in so umfassender Weise beeinträchtigten Menschen wieder herzustellen ist ein Projekt, dass auch in umfassender Weise in Angriff genommen werden muss, weil nur in der *gesamten, nachhaltigen Sanierung* einer *prekären Lebenslage* (Scheiblich, Petzold 2006) bzw. *desolaten Lebenssituation*, in der Nutzung aller noch vorhandenen gesunden Potenziale und Ressourcen auch eine **nachhaltige** Wirkung erzielt werden kann. Und **Nachhaltigkeit** der Behandlung ist letztlich auch ökonomisch, denn sie verhindert Chronifizierungen, sekundäre Schädigungen durch unvollständige und fragmentierte (d.h. potenziell iatrogene)¹³⁵ therapeutische Maßnahmen, die die Motivation und das Vertrauen des Patienten verschleifen und eine *Ero-*

¹³² Petzold 1994a, 1994c.

¹³³ Petzold, Orth 1999a.

¹³⁴ Schmid 1999; Foucault 2007.

¹³⁵ Petzold 1999h

sion der Willenspersistenz und Selbstheilungskräfte, des Erholungsverhaltens und der Hoffnung zur Folge haben. Deshalb ist auch die Metareflexion des Krankheitsgeschehens, des gesellschaftlichen Kontextes und – in emanzipatorischer Absicht – der Erfahrungen (gute wie schlechte) mit Therapie und ihren Ideologemen wichtig – bislang noch völlig vernachlässigte Fragestellungen, genauso wie die einer **persönlichen Lebenskunst** (siehe 5).

Durch den Einbezug der Medikation und der Sporttherapie wird die Psychotherapie nicht überflüssig, sie wird spezifischer, *psychotherapeutischer*, integrativer.

4.2 Willentheoretische Positionen der Integrativen Therapie

Neben dem klinisch-therapeutischen, auf Wiederherstellung von Gesundheit gerichteten Handeln ist es uns im Integrativen Ansatz immer darum gegangen, die „**persönliche Souveränität**“ von Menschen zu stärken und sie über ein „**normatives Empowerment**“ (vgl. Anm. 29) wieder aufzubauen, wo sie beschädigt worden war (Orth, Petzold 2000). Das ist ohne eine Stärkung der Willenskräfte nicht möglich. Weil viele PatientInnen durch ihre Erkrankung, Probleme und Belastungen geschwächt sind, ist allein schon deshalb die Willensfrage ein Thema im „Standardfokus“ integrativtherapeutischer Behandlungen (Petzold 1993p, 2003a, 1016f.).

Unsere willentheoretischen Konzepte haben wir schon an anderer Stelle dargestellt (Petzold, Sieper 2003a, b). Sie wurden im vorangegangenen Text immer wieder deutlich gemacht. Deshalb hier also nur eine kurze Positionierung:

Wille und Wollen müssen *differenziell* mit verschiedenen Gehirnprozessen und ihren *emergenten* Wirkungen verknüpft werden:

1. mit **bewusstseinsfähigen, intentionalen**, kortikalen bzw. präfrontalen Planungs- und Handlungsprozessen und ihrer kognitiven Einschätzung (*appraisal*),

2. mit **unbewussten** bzw. **vorbewussten, fungierenden**, subkortikalen Gehirnprozessen des emotiven limbischen Gedächtnis- und Bewertungssystems (*valuation*, amygdaloide Ereignisklassifizierung; z.B. gefährlich/nicht gefährlich).

Auf dem Boden solcher Hirnprozesse entsteht das *subjektive*, bewusste Erleben von Willen oder Wollen im aktuellen Vollzug des Handelns oder aktualisiert im Erinnern und in der Reflexion solcher bewussten oder

nachträglich bewusst gewordenen (!) Willensintentionen und -handlungen. Willensgeschehen in seinen Motiven, als Vorsatz und Handlung, ist immer in vergangene und aktuelle soziokulturelle Kontexte eingebunden und mit biographischem Entwicklungsgeschehen (der Willenssozialisation und ihren Inhalten) verbunden, ja vielfach von diesem bestimmt. Heute „weiss“ zudem der über aktuelle kulturelle Wissenschaftsdiskurse (*Libet* 2004; *Geyer* 2004; *Habermas* 2005) *neurobiologisch informierte* „Selbstbeobachter“ sogar noch, dass bei seinem Wollen jeweils unbewusste, introspektiv nicht vollends zu erfassende Prozesse beteiligt sind, was sicherlich Rückwirkungen auf das Willensgeschehen des erwachsenen Menschen in der Entwicklung seiner Willenskompetenz und -performanz haben kann, die auch für willenstherapeutische Prozesse relevant sind.

Wir charakterisieren *Freiheit des Willens als „relativ und differenziell“*. Aber wenn schon die „*Freiheit*“ des Willens *bedingt* ist (*Bieri* 2002), die Annahme von „Graden der Willensfreiheit“ philosophisch wie neurowissenschaftlich „Sinn macht“, wenn diese Freiheitsgrade durch Nachdenken und Übung zunehmen können – wie das im Prinzip schon die Stoa vertreten hat – warum dann diese Möglichkeit nicht ausschöpfen und nutzen? Dadurch, dass *Libet* (2000, s. dieses Buch) seine Forschungsergebnisse weiter spezifizieren musste, das „*readyness potential*“ des Gehirns vor „unfreien“ Willenshandlungen nach der Aktivierung dem Subjekt vor der motorischen Handlung (200 ms) so weit *bewusst* wird, das es ein „Veto“ einlegen kann, sind die Karten doch wieder neu gemischt: „Der volitionale Prozess wird demnach unbewusst initiiert, aber die bewusste Funktion könnte stets noch das Ergebnis kontrollieren. Es könnte ein Veto gegenüber der Handlung einlegen“ (*ibid.*). Die unbewusste/vorbewusste Volition – wir sprechen hier von „**Prävolitionen**“, um den Unterschied zu „**bewussten Volitionen**“ zu kennzeichnen – können mit einer *Affirmation* bestätigt werden, wenn sie zu Bewusstsein kommen. Und solche Wahrnehmung von „Willensregungen“ und die Veto-Interventionen des Bewusstseins können geübt werden und werden ja in Entwicklungs-, Sozialisations- und Erziehungsprozessen ganz selbstverständlich trainiert. *Wirkliche, umfassende* Freiheit des Willens wird damit aber nicht gewonnen, zumal die Bedingungen (z.B. Erregungsniveau, Vigilanz) für die Kontrollmöglichkeiten natürlich an Grenzen kommen – von den externalen Begrenzungen von Willensabsichten und -handlungen nicht zu reden.

Wenn auch der präfrontale Cortex und seine Feinstrukturen für das Willensgeschehen von zentraler Bedeutung sind, so spielen auch cortico-subcorticale und cortico-corticale Vernetzungen (*Spence, Frith* 2000),

Rückkoppelungen des limbischen Systems (Roth 2001, 41), eine große Rolle, und diese liegen wie der größte Teil des zerebralen Geschehens im „neuronalen Unbewussten“. Es ist vom *Freudschen* zu differenzieren, weshalb *Edelman* (2004, 161) den Term „nicht-bewusst“ vorzieht! Diese Prozesse sind der *Introspektion* und natürlich auch der *Fremdempathie* nicht zugänglich. (Psychoanalytiker kommen hier an die Grenzen ihres Tuns und ihres Modells und müssten das einräumen oder sie werden obskurantistisch.) Hier liegt die eigentliche Problematik der Fragen nach dem „freien Willen“. *Wie können wir wissen, was wir wollen?* Die Frage führt in das Zentrum der Debatten um den Begriff oder das Konstrukt des Bewusstseins (*Metzinger* 2000; *Roth* 2002) und zu dem Problem, was die menschliche „Persönlichkeit“ ist: „Wer bin ich, und wie kann ich wissen, wer ich bin?“ – Unsere Position für die Beantwortung dieser Frage:

»Wissen über mich selbst, über „mein Selbst“, gewinne ich, wenn ich mich bemühe, mich in meinen verschiedenen Seiten (*Bakhtin*) und mit meinem kulturellen Hintergrund mehr und mehr kennen- und verstehen zu lernen, wenn ich mein Denken, Fühlen, Wollen und Handeln mit Anderen in der Welt *differenziell* zu erfassen suche. Indem ich so ein Bild/Bilder von mir gewinne, entsteht eine „theory of *my mind*“, ein metakognitiv gegründetes „Modell meiner selbst“. Und wenn ich bewusst an der Gestaltung dieses „Bildes meiner selbst“ als einer „gestaltbaren Identität“ (*Petzold* 2001p) arbeite, wenn ich „an mir arbeite“, dadurch dass ich „mich selbst zum Projekt mache“ (idem 1969c), mein „Selbst als Künstler und Kunstwerk“ (idem 1999q) Prozesse initiiert, in denen es sich erfahren kann, bewusst entschiedene, d.h. gewollte Entwicklungen vorantreiben kann [auch wenn die Areale von Unbewusstem des *homo absconditus* dabei immens bleiben], dann gewinne ich in diesen Prozessen ein „*Metawissen*“ über mich selbst. Ich gewinne an persönlicher *Souveränität* (als mit Anderen ausgehandelter), und es erweitert sich der Freiheitsraum *meines* Willens und Wollens. Es wächst damit meine *relative* Willensfreiheit, meine Fähigkeit, meinen Willen zu nutzen und mein Wollen zu steuern, kovolitiv zu koordinieren und zu verantworten. Es ist damit auch anzunehmen, dass meine nicht-bewussten Willensstrebungen (Impetus des Wollens; Aktivierungspotenziale) auf meine mnestisch archivierte und „dokumentierte“ Willensarbeit zurückgreifen, so dass eine Zurechenbarkeit gegeben ist, weil ein fungierender „*Metaville*“ entstanden ist. Insgesamt wächst mit meiner Bewusstheit und den Freiheitsgraden meiner Willenskompetenz und -performanz meine Verantwortlichkeit: meinen Mitmenschen gegenüber, der Lebenswelt gegenüber, mir selbst gegenüber« (vgl. *Petzold* 2001p).

In einer solchen Sicht kommt einer systematischen „*Gewissensarbeit*“ (idem 1992a, 512f.), und einer Bereitschaft, einem *Wollen* zu dieser, einer

Auseinandersetzung mit Fragen zu Ethik, zu Unrecht und Gerechtigkeit, zu Schuld und Schuldfähigkeit, zu Sinn und Abersinn und zu einer persönlichen Praxis „gelebter Tugenden“ (*Socrates, Seneca*) größte Bedeutung zu.¹³⁶ Es wird auch deutlich, was es heißt, wenn Menschen keine Anleitung und keine Chancen erhalten, *an sich zu arbeiten*, hierfür keine glaubwürdigen Vorbilder vorhanden sind und wenn diese Frucht (hoch)kultureller Arbeit in unseren Bildungssystemen geringgeschätzt wird. Hier wird ein breiter Konsens und ein breites *kollektives Wollen* erforderlich werden, diesen Fragen umsetzungsgerichtete Aufmerksamkeit zu schenken.

Der „*Wille*“ als Begriff im Kontext von Psychotherapie umfasst die Gesamtheit aller volitiven Aktivitäten (das *Wollen*¹³⁷), die mit ihnen verbundenen motivationalen, emotionalen und kognitiven Prozesse mit ihren neurophysiologischen und -psychologischen Grundlagen, letztlich auch deren Umsetzung im *Wollen*, d.h. in *willensbestimmten Handlungen*. Der **Wille ist ein Synergem** in prozessualen Vollzug, das auf antizipierte Ziele und Zielrealisierungen gerichtet ist.

Der **Wille** ist deshalb einerseits als eine „*Potenzialität* des Leibesubjektes“ zu sehen und andererseits *prozessual* als Willensvollzug, als sich *realisierendes Wollen*. Seine „Abstrahierung“ oder „Hypostasierung“ – der „*Wille*“ –, wie sie im philosophischen Gebrauch des Begriffes noch sinnvoll sein mag – verbietet sich im psychologischen Gebrauch. Wille ist, wo Leben ist. Leben ist Prozess. Das *Wollen* richtet diesen Prozess auf **Ziele** als ein „Anderes“, zu Erreichendes aufgrund von Aufforderungsimpulsen (*Levin*), inneren oder äußeren Anregungen. Mögliche Ziele motivieren „Antriebe“, ein Streben zu Anderem (das auch im eigenen Selbst liegen kann). Das wird – wie ausgeführt – als „*Impetus*“ bezeichnet, worunter vielfältige neurophysiologische Erregungszustände (*excitations, Janet 1919 III, 483f.*) mit Aktionsorientierung verstanden werden (also eine *interaktionale* motivationale Ausrichtung angenommen wird, statt einer monodirektionalen, triebtheoretischen¹³⁸).

¹³⁶ Kühn, Petzold 1991; idem 1971, 2003d, 2001k; Petzold, Orth 2005a.

¹³⁷ Die seltener gebrauchte Form des Substantivs „*Willen*“ verweist auf diese Prozessualität, wobei die Begriffe *Wille, Willen, Wollen* in der Regel undifferenziert verwandt werden, *Wollen* häufig mehr die aktionale Seite, das Streben, bezeichnet.

¹³⁸ Heute fassen wir den Begriff „*Impetus*“ oder „Antriebe“ wie folgt: Das, was in der älteren Biologie und Ethologie als **Triebe** bezeichnet wurde, wird aus Integrativer Position als komplexe *motivierende Verhaltensdispositive* gesehen,

Der **Wille** kann aus integrativer Sicht *differenziell* unter vier Perspektiven gesehen werden:

1. ist er der fungierende *Impetus des Wollens* als eines ‚sich anbahnenden‘, un- bzw. vorbewussten, innen- oder außenmotivierten Willensgeschehens (*Prävalitionen*);
2. ist er eine bewusst erfahrene, prozessuale Realität, der Prozess, in dem sich die Kraft leiblichen Strebens, die Macht der Affekte, die Stärke der Vernunft

d.h. als Dispositionen und Potenziale für einen *kontextualisierten, zielorientierten Verhaltensantrieb*. Solche *Dispositive* sind aus einer modernen, evolutionsbiologischen Sicht von ihrem Ursprung her *evolutionäre Programme*, die sich in der *interaktiven* Auseinandersetzung von Lebewesen mit ihrer relevanten Umwelt und untereinander als *evolutionary narratives* ausgebildet haben, ‚Erzählungen‘ über diese Interaktion mit all den Erfahrungen und Regeln (Muster, Schemata), die daraus resultierten und im Genom niedergeschrieben sind. Diese *Narrative interagieren* (*Narrative* über Fürsorge- und Vorsorgeverhalten, Brut- und Wundpflegeverhalten, Territorial-, Paarungs-, Aggressions-, Verteidigungsverhalten, einfaches und komplexeres Sozialverhalten: Arbeits-, Jagd-, Kampfverhalten, aber auch kultische Geburts-, Paar-, Jahreszeiten- und Totenriten in Gruppen, Stämmen, Völkerschaften – bis hin zu nationalen Inzenierungen in Makrogesellschaften, Nationalfeiertage, Sieges- und Befreiungsfeiern etc., denn mit zunehmender Komplexität von Gesellschaften abstrahieren und virtualisieren sich die Narrative). Durch Interaktionen von Narrativen kann z.B. ein Brutpflegenarrativ ein Jagdnarrativ hemmen, ein Unterwerfungsnarrativ ein Aggressionsnarrativ moderieren, eine Tributzahlung einen Eroberungskrieg verhindern, eine Konvention Gefangenentötung ausschließen etc. *Narrative* (re)inszenieren sich, wenn die entsprechenden Schlüsselreize bzw. Kontextstrukturen vorhanden sind bzw. angeboten werden und die *affordances of the environment* (*Gibson*) Handlungsmöglichkeiten bereitstellen, für die das Lebewesen Handlungsmuster (*effectivities*, Performanzmuster und -schemata) bereit hat. Sie können indes durch ihre Nutzung, durch die in den (Re)Inzenierungen gemachten Erfahrungen in mehr oder weniger großem Maße *modifiziert* werden. An die Stelle des Triebbegriffes stellen wir also den Begriff der *evolutionären Dispositive bzw. Narrative* als Grundlagen von geregelten ‚*perception-action-cycles*‘, sozialen Aktionen und Interaktionen zur Bedürfnisbefriedigung, Welt- und Lebensgestaltung zur Regulation der Verhältnisse zwischen Einzelindividuen, Gruppen, ja Nationen (*Affiliationsnarrative*, die freundliches Miteinander ermöglichen; *Exterminationsnarrative*, die Vertreibung, Unterjochung, Ausrottung programmieren). Wir sind damit einer interaktionistischen Betrachtungsweise verpflichtet, die auch den sonstigen – anthropologischen, entwicklungspsychologischen, persönlichkeits-theoretischen – Konzepten des

- spürbar* zu einem **Synergem**, einer erlebten Qualität des *Wollens* (*Qualia*) verbindet, die *sprachlich benennbar* wird;
3. ist der *Wille* das System der nicht-bewussten *und* bewussten synergetisch zusammenwirkenden zerebralen Prozesse (siehe 3.3.1 und 3.3.2), die der Negation (dem *nolens*, „Nein, das will ich nicht!“) oder der Affirmation (dem *volens*, „Ja, das will ich!“) zugrunde liegen;
 4. ist der *Wille* Produkt sozialer Verhältnisse, die den Impetus und seine Qualitäten enkulturierend und sozialisatorisch formen/deformieren zu „volitionalen Stilen“¹³⁹: durch gewährten Freiraum oder Repression, Armut und Reichtum, Zugehörigkeit zu benachteiligte Schichten oder zu Oberschichten, durch männliche und weibliche Geschlechterrollen etc.

Willensgeschehen ist also teils unbewusst, teils vorbewusst oder „mitbewusst“ (*Rohracher*), teils aber auch bewusst (*Petzold* 1988a). Es ist enkulturiert und sozialisiert. Folglich konstituieren sich verschiedene *Willensqualitäten*, *Stile des Willens* und *Wollens* und variable *Freiheitsgrade des Willens*, deren Reichweite vom Grad der Emotionalisierung, Bewusstseinsfähigkeit und der Versprachlichung (*Vygotskij*, *Lurija*) sowie von den Freiräumen und Begrenzungen des Kontextes abhängen – schon in den frühen, sprachlich vermittelten Grenzen, die Eltern Kindern setzen, oder den Freiräumen, die sie ihnen gewähren. Es ist in der Kindererziehung (wie bei allen Primaten zu beobachten¹⁴⁰) ja nicht anders möglich, als dass Kinder das „*Wollen eines andere Wollens zu wollen haben*“. Sie müssen der be-

Integrativen Ansatzes entspricht und Erklärungsfolien für die soziale Mikro- und Makroebene ermöglicht.

Antriebe (nicht Triebe) als z.B. durch Schlüsselreize ausgelöste Appetenzen, die sich in biosozial geformten *Verhaltensmustern* (Schemata, Stile, Skripts – statische Begriffe) als *Verhaltensprozessen* inszenieren, sind also als *evolutionary narratives* Niederschlag der Interaktionen von Organismen mit ihrem Umfeld und untereinander, eine *Erzählung* über diese Interaktionen, ein *Handlungsrahmen* als *Verhaltensdispositiv*, festgehalten im Gedächtnis des Genoms (*embodied*), diesem Dokument höchster Generalität (allen Primaten gemeinsam) und höchster Spezifität (für jedes einzelne Exemplar der Spezies spezifisch) und festgehalten in den Möglichkeiten der ökologischen und sozialen Umwelt, in die der Organismus eingebettet (*embedded*) ist und die „Feldbedingungen“ für Verhaltensperformanzen bereitstellt (*Petzold* 2003e).

¹³⁹ Kognitiven oder emotionalen „Stilen“ (Mustern, Schemata) vergleichbar (*Mandler* 1979, 2002; *Schank*, *Abelson* 1977; *Grave* 1987, 1988; *Köstlin-Gloger* 1973).

¹⁴⁰ *Sommer*, *Amman* (1998); *Paul* (1998); *Waal, de* (1993, 2004).

sonnenen Autorität elterlicher „Führung folgen“, d.h., sich auf den Willen der *care giver* synchronisieren, um *self care* zu erlernen. Das ist überlebenssichernd, bahnt *Willensperformanzen* (Fertigkeiten) und ermöglicht den Aufbau von *Willenskompetenzen* (Fähigkeiten), die Fähigkeit der „Selbstführung“, die sich aber nur entwickeln kann, wenn ihr auch ein „*performativer Raum*“ gegeben wird, in dem das Kind seinen „Eigenwillen“ erproben kann. Der „*locus of control*“ (Flammer 1990; Stroebe et al. 2003) darf also nie durchgängig „external“ sein, sondern für eine optimale Willensbildung, d.h. Ausbildung der Willensfähigkeiten von **Entscheiden (Dezisionalität), Umsetzen (Konversion), Durchhalten (Persistenz)**, ist ein „intermittierender“ Erziehungsstil erforderlich, der externe und interne Führung und der **Kompetenzen** und **Performanzen** in ihrem Zusammenspiel fördert. Er bildet die Grundlagen für *Selbstbegrenzungen* bzw. bei autoritätsloser Erziehung, in der ein angemessenes „*Handeln um Grenzen*“ – kardinal für die Willensbildung – nicht stattfindet, für *Entgrenztheit*. Willensfreiheit ist demnach ‚Freiheit in Begrenzungen‘ (*constraints*) und damit eine *relative* und *bedingte, differenzielle Willensfreiheit*, die in sich jedoch die Chance *wachsenden Freiheitspotenzials* birgt. Dabei kommen jeweils die mit den genannten zerebralen Zentren zusammenhängenden, mnestisch archivierten, individuellen und kollektiven lebensgeschichtlichen Erfahrungen zur Geltung. Verbunden mit dem „kulturellen Raum“ konstituieren sie die *interpsychischen „Kulturen des Wollens“* (z.B. „preußische Willenskultur“, die sich auf der Mikroebene familialer Willenskulturen realisiert). Verbunden mit der biographischen Erfahrung führen sie zur Ausbildung persönlicher „*Stile des Wollens*“, die von den umgebenden *interpsychisch-kulturellen* Qualitäten durchtränkt sind und in durchlebten motivationalen Lagen, in Prozessen des Aushandelns, des Entschließens, Entscheidens und Durchtragens (auch mit den verschiedenen Seiten der eigenen Persönlichkeit, Bakhtin 1963, 1981) als *intrapyschische Kultur* entwickelt wurden.

Entfaltet sich der *Impetus des Wollens*, gelangt er zur Dauer (*durée*), gesättigt mit der Informationsfülle der mnestischen Archive des „informierten Leibes“ (Petzold 2002j), dann wird er zu einer *Kraft*, mit der sich dieses *Synergem* „Wille“ in zielgerichtetem und zielstrebendem – eben willensbestimmtem – Handeln umsetzt: durch hinlänglich souveräne Willensentscheide und durch von persönlicher Willenskraft getragenen Aktionen des Individuums, das *seinen* Willen verwirklicht oder einer Gruppe, die *gemeinsames* Wollen realisiert. Dabei wird die Fähigkeit, den eigenen Willen mit dem Wollen Anderer in Prozessen der Abstimmung und des

Aushandelns *kovolitiv* zu koordinieren oder zu synchronisieren, als wichtige Lebenstechnik besonders gut entwickelt, wenn das familiäre bzw. soziale Umfeld diese Entwicklungen unterstützt. Wird die Inszenierung dieses Wollens aber behindert und eingeschränkt – z.B. durch übermächtigen Willen Anderer, durch repressives anderes Wollen, kann dies zu Belastungen, Frustrationen, negativen Emotionen, psychophysiologischen Überforderungs- und Stresserlebnissen führen (Mierke 1955; Petzold 1968b), die potenziell pathogen sind oder Einschränkungen der Persönlichkeitsentwicklung bedeuten können. Dies geschah und geschieht leider immer noch in der Sozialisation von Frauen besonders häufig (de Beauvoir 1958, 1968; Petzold 2005t), was aber auch *Reaktanz* auslösen kann – man denke an den Willen der *Olympe de Gouges* (hingerichtet 1793), den Menschenrechten 1791 die „*Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne*“ an die Seite und entgegenzustellen (Doormann 1993), und an die Zeitspanne von fast 200 Jahren bis zum 7.2.1971 als schließlich durch den *gemeinsamen Willen* von Männern und Frauen in einer Volksabstimmung das Frauenwahlrecht in der Schweiz eingeführt wurde.

Willensäußerungen von Kindern, Jugendlichen muss durch positive Emotionen der Ermutigung und durch Bestärkung des eigenen Wollens vermittels der Ermöglichung erfolgreichen Handelns und gelingender Willenskoordinationen Spiel- und Handlungsraum gegeben werden, um überangepasste Unterwürfigkeit oder überschießende Reaktanz zu vermeiden. *Psychologische Willenspathologien* wie Willensschwäche, Entschlusslosigkeit, Unentschiedenheit usw. können dann verhindert werden.

Diese Erfahrungen werden in Prozessen *komplexen Lernens* – kognitivem, emotionalem, volitivem, sozial-kommunikativem Lernen, wie es die *differenzielle Lerntheorie* des Integrativen Ansatzes fasst (Sieper, Petzold 2002) – durchlebt und mnestisch festgehalten: Solches ‚*Willenslernen*‘ mit seinen kognitiv-emotionalen Begleitphänomenen fördert nachfolgende Willensarbeit, ja formt die gesamte menschliche Persönlichkeit, die sich in ihren Lebenserfahrungen mit Anderen und mit sich selbst, mit ihrem *Denken, Fühlen, Wollen* und *Handeln* immer vertrauter wird: durch Reflexionen, Koreflexionen (mit relevanten Anderen) und Metareflexionen. Menschen entwickeln Perspektiven und Metaperspektiven und können dadurch ihr *Selbst* im Sinne der antiken Lebenskunst und Gemeinwohlverpflichtung (Hadot 1991) immer bewusster gestalten. Dadurch wird *sozialen Willenspathologien* wie einer Persistenz (darin liegt das Pathologische) von Übelwollen, Böswilligkeit, Unwillen, gleichgültigem Nichtwollen, aggressivem Gegenwillen usw. entgegengewirkt. Es kann vielmehr eine Qualität der

Reflexivität und deserspürens von einer Tiefe und Differenziertheit im eigenen Willensgeschehen gewonnen werden, die wir als „*Metawillen*“ bezeichnen:

»In systematischer Beobachtung und Reflexion des eigenen Wollens und Willens in verschiedenen Kontexten und bei Aufgaben unterschiedlicher Komplexität lernen Menschen ihren Willen in einem Umfang und Maße kennen und nutzen, das man von einem *Metawillen* sprechen kann. Unter „*Metawille*“ verstehen wir ein reflektiertes, grundsätzlich „*vielfältiges Streben*“ des Menschen nach Selbst- und Weltgestaltung, eine „Plurizität“ des Wollens, also keine Zentralinstanz! *Wille* bzw. *Metawille* werden über die gesamte Lebensspanne hin durch Enkulturations- und Sozialisierungseinflüsse geformt und durch den „Umgang mit sich selbst und Anderen“ und die „*Arbeit an sich selbst*“ kultiviert. Sie gewinnen dabei differenzierte Qualitäten der *Selbststeuerung* und der *Kovolition* als Fähigkeit der Abstimmung und *Synchronisation* mit dem Willen Anderer, Qualitäten, die sich durch eine hinlängliche Konsistenz und Klarheit des Wollens (*voluntative Unizität*) bei handhabbarer Vielfalt des Wollens (*voluntative Plurizität*) auszeichnen. Die mehrperspektivische Betrachtung dieses Geschehens und seine Reflexivität auf unterschiedlichen Ebenen, die letztlich ein „Anders-Wollen“ ermöglicht, kennzeichnet *Metawillen*« (Petzold 2002b).

4.3 Praktische Aspekte diagnostischer und therapeutischer Arbeit mit dem Willen

Arbeit mit dem Willen findet in *fungierender* Weise in jeder Therapie (wie auch in jedem Erziehungsgeschehen) statt. Es ist ein unspezifisches Umgehen mit Willensprozessen, die oft genug auf eine Unterordnung des PatientInnenwillens hinauslaufen. Das (oft dysfunktional gebrauchte) Widerstandskonzept psychoanalytischer Provenienz macht das – praktisch in allen Therapieschulen – deutlich. Widerstand ist dort, wo der Patient nicht das will, was der Therapeut will und für den Patienten für gut hält. Das war der praktisch einzige „gemeinsame Nenner“ eines Buches über den „Widerstand in den Therapieschulen“, an dem renommierte VertreterInnen der großen Therapierichtungen mitgearbeitet haben (Petzold 1981b). Die *Freudsche* Grundregel begründete hierfür ein ungutes und bis heute nicht revidiertes Paradigma.¹⁴¹ Was derartige Unterwerfungsprozeduren

¹⁴¹ Beispiele ad libidum: „Wir verpflichten ihn [den Patienten, sc.] auf die analytische *Grundregel*, die künftig sein Verhalten gegen uns *beherrschen* soll ... gelingt es ihm, nach dieser Anweisung seine *Selbstkritik* auszuschalten, so liefert er uns eine Fülle von Material, Gedanken, Einfälle ... die uns also in den Stand setzen, das bei ihm verdrängte Unbewußte zu *erraten* und *durch unsere Mitteilung* die Kenntnis seines Ich von *seinem* Unbewußten zu erweitern“ (Freud 1982,

an Reproduktionen schlechter elterlicher oder schulischer Willenserziehung oder gar -dressur mit sich bringt, wird dabei nicht reflektiert.

An die Stelle solch unreflektierter Einengung und Unterdrückung des Willens, der dem Patienten jede Selbstwirksamkeit beschneidet und den „locus of control“ (Flammer 1990) external in der Hand des Therapeuten zentriert, gilt es eine *intentionale*, willenspsychologisch reflektierte Praxis im Umgang mit dem Willen und Wollen des Patienten bzw. der Patientin zu setzen. Diese ist am besten „*unspezifisch*“ in eine therapeutische Grundhaltung und Behandlungspraxis integriert (Velt, dieses Buch), die vom Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ getragen ist.¹⁴² Eine solche konviale und partnerschaftliche Ausrichtung ist die Basis guter Therapie, die „Menschen gerecht wird“ (Petzold 2000a, 2003h) und den **PatientInnenwillen** aus einer intersubjektiven Grundüberzeugung und nicht allein aus der grundlegenden Rechtsvorschrift ernst nimmt und wertschätzt, aus einem Bewusstsein für „patient dignity“ (der Begriff wurde anlässlich der massiven Verletzung von PatientInnenwürde von uns eingeführt, idem 1985d, 2000d). Man muss PatientInnenwürde wollen!

Gerade bei der „*spezifischen*“ Arbeit mit Willensproblemen von PatientInnen ist diese „ethische Dimension“ einer integrativen „**Grundregel partnerschaftlicher Zusammenarbeit** in einem konvivialen Raum, der von wechselseitigem Respekt und von Wertschätzung getragen ist“ (idem 2006h), unerlässliche Voraussetzung. Diese Zusammenarbeit wird besonders wichtig bei PatientInnen mit komplexen Störungen und prekären oder desolaten Lebenslagen, in denen sich chronifizierte „dysfunktionale Lebensstile“ ausgebildet haben, die mit einem konservativen „dyadischen“ Psychotherapieansatz kaum eine Chance der Gesundung und Rehabilitation haben.

S. 413, unsere Hervorhebungen). Freud will den Patienten „nötigen“, er will seine Widerstände im Kampf überwinden, durch ein „Stück Erziehungsarbeit“, „Nacherziehung“ (S. 118) gegen alles Ausweichen durch z.T. manipulierende Prozeduren und ein „Zeremoniell“ (S. 193). Situatives Unverständnis wird zum Widerstand deklariert: „[M]an nehme die Herausforderung sofort an und rücke ihm [dem Patienten] an den Leib. Die energisch wiederholte Versicherung, daß es solches Ausbleiben aller Einfälle am Anfang nicht gibt und daß es sich um einen Widerstand gegen die Analyse handelt, *nötigt* den Patienten bald zu den vermuteten *Geständnissen* (Zur Einleitung der Behandlung 1913, StA 1982, S. 197, unsere Hervorhebungen). Das bringt den Patienten dahin, daß „er sich soweit an den Arzt attachiert hat (*Übertragung*), daß die Gefühlsbeziehung zum Arzt die neuerliche Flucht unmöglich macht“ (a.a.O., S. 139) usw. usw. Vgl. Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999, Petzold 2006n.

¹⁴² Levinas 1983; Petzold 1996k, 2006n; Sennett 2002.

4.3.1 Diagnostische Perspektiven

Spezifische willenstherapeutische Arbeit im Integrativen Ansatz erfordert einen integrativen und differenziellen diagnostisch-anamnestischen Zugang (Osten 2000; Petzold, Osten 1998). Dieser wird gewonnen durch ein „Narratives willensdiagnostisches Interview“ (NWI) und durch erlebnisaktivierende, kreative Verfahren „semiprojektiver Diagnostik“ (Petzold, Orth 1993a; Müller, Petzold 1998), wie wir sie mit den „Ich-Funktionsbildern“ und dem „Willenspanorama“ entwickelt haben (Petzold, Orth 1994a).

Die „Ich-Funktionsbilder“ stehen im Kontext der Persönlichkeitstheorie des Integrativen Ansatzes:

»**Persönlichkeit** entfaltet sich im Zusammenwirken genetischer Dispositionen/Anlagen und Einwirkungen aus biopsychosozialökologischen Einflussphären wie Enkulturation und Sozialisation. **Selbst, Ich, Identität** als Dimensionen der Persönlichkeit, als Ausfaltungen des **Leib-Subjektes/Leib-Selbstes** in den enkulturativen und sozialisatorischen Prozessen verleblichter Welterfahrung und narrativer Selbstgestaltung [...] stehen in einem Gesamtprozess, in einer Entwicklung über die Lebensspanne (idem 1999b), in der sie die Chance zu persönlichem Wachstum, zum Gewinn „persönlicher Souveränität als ausgehandelter“ gewinnen« (idem 2003a, 2005r).

»Das **Ich** wird als Gesamtheit aller im Zustand der Vigilanz aus dem **Leibselbst** emergierenden „Ich-Funktionen im Prozess“ gesehen. Es ist „das Selbst in actu“ in Form von leibgegründeten **Ich-Prozessen**. Wir unterscheiden *primäre Ich-Funktionen* (bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, **WOLLEN**, Memorieren, Denken, Werten, Handeln) und *sekundäre Ich-Funktionen* (intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, Demarkation u.a.m.). Man kann auch „*tertiäre Ich-Funktionen*“ als hochkomplexe Prozesse annehmen, wie zum Beispiel soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation etc. Die Ich-Prozesse können durch *Ich-Qualitäten* charakterisiert werden: Vitalität/Stärke, Flexibilität, Kohärenz, Differenziertheit bzw. Rigidität, Schwäche, Desorganisiertheit etc.« (vgl. idem 1992a, 535, 1996a, 284).

Das für diesen Kontext hervorgehobene **WOLLEN** ist also im Gesamt der Ich-Funktionen bzw. -Prozesse zu sehen und wie diese von den aufgeführten „*Ich-Qualitäten*“ gekennzeichnet im Spektrum von *Vitalität* bis *Schwäche*, die im NWI exploriert werden. Die „semiprojektiven Techniken“ verwenden gemalte/gezeichnete/collagierte Bilder (Petzold, Orth

1990a, dieses Buch, S. 631), auf denen „*realé*“, d.h. bewusstseinsfähige Erinnerungen aus den mnestischen Speichern repräsentiert werden in Formen, Farben, Symbolen zu einem Thema (Selbst, Ich, Identität, mein Lebensweg etc.). In den Gestaltungsmitteln (Farbgebung, Symbolisierungsform etc.) kommen auch unbewusste Momente ins Bild – das Elternhaus wird z.B. in schwarzen Farben gemalt, der Wille, durch eine Wasserwelle symbolisiert, die „schreiend rot“ ist o.ä. –, weshalb wir von „semiprojektiven Qualitäten“ sprechen. Sie ergänzen das zugängliche Erinnerungsmaterial in der Exploration solcher Bilder, die – wie jedes anamnestische Material – unter dem „cave“ stehen, das durch die „fragile power“ (Schacter 1993) und die „fallacies and distortions“ unseres Erinnerungsvermögens¹⁴³ notwendig ist. Wir haben uns in der Integrativen Therapie ausführlich mit gedächtnistheoretischen Grundlagen aus gedächtnis- und entwicklungspsychologischer und neurowissenschaftlicher Sicht und ihrer Relevanz für eine entwicklungsorientierte Therapie auseinandergesetzt (Petzold 1992a, 2003a), die immer *auch* biographisch-verstehend ausgerichtet ist, um Sinndimensionen, die Sinnhaftigkeit von Lebensgesetzen zu erarbeiten, denn alles hat seine Geschichte (Schuch 2003), ist mit Geschichte verbunden. Diese positiven und negativen Geschehnisse, „chains of deficits, adverse and protective events“ (Petzold, Goffin, Oudhof 1993) haben Wirkungen und ggf. auch Nachwirkungen, die es zu verstehen und in ihrem *aktuellen Fungieren* auf dem psychologischen und psychophysiologischen Niveau zu beeinflussen und zu verändern gilt, so das notwendig und möglich ist. Immerhin wird die „narrative Wahrheit“ (Spence 1982; Petzold 1991o) solcher sprachlichen und bildlichen Erzählung in ihren biographisch-historischen Kernbeständen „aufgefüllt“ und fundiert, und es wird den „subjektiven Theorien“ der PatientInnen Rechnung getragen.

Ich-Funktionsbilder (entwickelt von Petzold 1982c, auch Ego-Charts genannt) versuchen, das Gesamt aller primären, sekundären und terziären Ich-Funktionen in möglichst breiter Weise aus der Sicht der KlientInnen zu erfassen. Die verschiedenen primären Funktionen (Denken, Fühlen, **WOLLEN**, Handeln etc.) werden nach einer kurzen Instruktion zu Papier gebracht, wobei Materialien aus der Entwicklungsgeschichte dieser Funktionen erschlossen werden (Petzold 1982c; Bildbeispiele in: Petzold, Orth 1994 und dieses Buch, S. 593ff.). Über das Ich als zentraler Prozessgröße (Ich ist nicht Instanz wie bei Freud, sondern Prozess), seine Entwicklung und sein Fungieren wird so Aufschluss gewonnen.

¹⁴³ Vgl. Schacter et al. 1995; Schacter 1999; Lotfbus 1998; Lotfbus, Ketcham (1994).

Diese Bilder (vgl. *Petzold, Orth*, dieses Buch) lassen auf der Ebene subjektiver Wertungen (*appraisal, valuation*) oft erkennen, dass ein Sektor dominiert – z.B. der Wille: „Ich bin ein Willensmensch!“, wobei vielleicht die Sektoren Denken oder Fühlen relativ „mager“ dargestellt worden sind etc. Bei solchen semiprojektiven Darstellungen kann auch ein Element herausgegriffen werden, z.B. das Fühlen, oder das Wollen etc. Um die Entwicklungsdynamik in den Blick zu bekommen, wird hier oft die „Panorama-technik“ (*Petzold, Orth* 1993a) der Integrativen Therapie verwandt.

Panorama-Technik (entwickelt von *Petzold* 1969c, life panorama technique). Die Panorama-Techniken, von denen die Technik des Lebenspanoramas (idem 1975h, 1993p, *Petzold, Orth* 1993a, 1994) eines der bedeutendsten diagnostisch-therapeutischen Instrumente der Integrativen Therapie ist, sind am „life span developmental approach“ der klinischen Entwicklungspsychologie ausgerichtet (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993). Sie sind darauf gerichtet, Menschen eine Übersicht über wesentliche, lebensbestimmende Themen und Einflüsse ihrer Vergangenheit und Gegenwart zu geben und ihnen eine prospektive Aussicht auf ihren Zukunftshorizont zu ermöglichen. Die Charts sind *semiprojektiv*. Das „**dreizügige Karrierepanorama**“ ist das klinische Standardinstrument, das die Negativeinflüsse (*chains of adverse events*), die Positiveinflüsse (*chains of protective factors*) und Defiziterfahrungen (*chains of deficits*) in ihrer Interaktion zu erfassen sucht (*Petzold* 1993p). Damit werden in einer Prozesstechnik critical life events, Mangelserfahrungen, pathogene und salutogene Einflüsse in Einmaligkeit und Wiederholungen zugänglich und höchst wichtige klinische Daten generiert, deren „Erfassen im Überblick“ für den Klienten wie für die TherapeutIn wesentlich sind und im Durcharbeiten therapeutische Prozesse von großer Effektivität in Gang setzen, weil immer auch „*proaktiv*“ geschaut wird: „Wie soll es anders werden, was **will ich** und werde ich verändern!“ Panoramatechniken können themenspezifisch zugespasst werden. So kann man man ein „Arbeitspanorama“, ein „Gesundheits-Krankheitspanorama“, ein „Panorama der Freundschaftserfahrungen“, ein „Willens-Panorama“ usw. anfertigen lassen.

Das Willenspanorama ist eine Bildgeschichte, die unter dem Thema steht: „Eine Bildgeschichte meines Willens – Wer/was hat meinen Willen gefördert, behindert, beschädigt: wann, wie, wodurch?“ Von den frühesten Erinnerungen an dokumentieren die PatientInnen in diesem semiprojektiven Medium auf einem Packpapier- oder Flip-Chart-Bogen ihre Erinnerungen, Eindrücke, Meinungen, Wertungen. Sehr plastisch kommen dabei durch die „Dreizügigkeit“ wirksame Aspekte der Willenssozialisation durch relevante Bezugspersonen des Kindes/Jugendlichen in den Blick. **Förderndes:** Anregung, Freiraumgeben, Aufgaben selbst

machen lassen, positives Beispiel, Ermutigung, Hilfen und Unterstützung bei Zielfindung und Zielrealisierung, Lob, Wertschätzung. Oder **Defizite**: Abwesenheit von all dem Genannten. Das Kind/der Jugendliche wird allein gelassen, sich überlassen, hat keine Imitationsmodelle, keine Hilfen. Oder **Negativfaktoren**: Kritik, Entwertung, Strafe, schlechtes Beispiel, Verhinderung von Eigenaktivität, negative „selbsterfüllende Prophezeiungen“, Double Binds usw.

Wiederum bieten Formen, Farben, Gestaltungsmerkmale Aufschluss (vgl. *Petzold, Orth*, dieses Buch) über nicht-bewusste Dimensionen, „Beiklänge“, Seitenbotschaften, die in der verbalen Bearbeitung dieser Panoramabilder dem Patienten/der Patientin „plötzlich bewusst werden“. *Deutungen* sind in der Regel nicht notwendig, weil aus dem „Kontext“, z.B. aus Elementen, die sich wiederholen, Zusammenhänge aus sich heraus klar werden (*Petzold* 1988p), die nur durch eine solche „Synopsis“ ins Auge springen: „Die hat mich ja nie was zu Ende machen lassen, mir immer die Sachen aus der Hand genommen!“ (Klientin über ihre Mutter) – „Offenbar hat der Peter mich zu allen Examen getreten, immer steht der da mit im Bild“ (Patientin über ihren älteren Bruder).

Man kann zu den Bildern auch zur Auswertung einen „Selbstbericht“ schreiben lassen mit einem „Kommentar zur Bildgeschichte meines Willens“. Der Wechsel in das andere Medium, vom Bild in die Sprache wirkt wieder in vieler Hinsicht selbstexplikativ. Den PatientInnen wird – für viele das erste Mal – der eigene Wille bewusst. „Er bekommt ein Gesicht“ – „Ich lerne diese Seite von mir kennen!“ – „Mir wird klar, dass ich nie selbständig entschieden habe, das will ich jetzt aber anders!“ – „Also, ich spreche jetzt mit meinem Willen, und der tut jetzt, was *ich* sage!“ usw.

Das „**Narrative willensdiagnostische Interview**“ (NWI) ist ein halbstrukturiertes Interview, mit dem in einem auf den **Willen** und das **Wollen** und seine Zieldimensionen sowie auf das Zielrealisierungsverhalten gerichtetem, explorativen Gespräch der Patient und der Therapeut Aufschluss über das Willenthema erhalten und zwar im Bereich der **volitiven Dezisionalität**, der **volitiven Umsetzungsfähigkeit**, wie auch im Bereich der **volitiven Persistenz**, der Durchhaltekraft. Die Leitfragen führen zu kleinen „narrativen Sequenzen“, in denen biographische Szenen und Atmosphären in den Blick kommen und das Erzählen schon eine therapeutische Qualität gewinnt (*McLeod* 1997; *Petzold* 2003g). Im Hintergrund der Fragen stehen persönlichkeits-theoretische, entwicklungspsychologische und volitionspsychologische Überlegungen (3.3.2). Die

narrative Qualität ist wesentlich, weil damit lebensgeschichtliche und für den aktuellen Lebenskontext spezifische Fakten in intersubjektiver Weise zugänglich werden (d.h. für den Therapeuten und für den Patienten aufschlussreich werden, weil beide „Kodiagnostiker“ sind). Es handelt sich nicht um eine spezifische neuropsychologische Exploration präfrontaler Leistungsfähigkeit, obwohl eine solche durch das **NWI** angeregt werden kann. Bei PatientInnen mit klinischen Störungen, depressiven Erkrankungen, BPS- und PTBS-Problemen kann man mit dem **NWI** störungsspezifische Vertiefungen oder Quergänge unternehmen, um einen breiten und spezifischen Informationsgewinn zu erreichen. Folgende Fragen und Bereiche werden angesprochen:

„Narratives willensdiagnostisches Interview“ (NWI)

I. Subjektive Theorien des Patienten/der Patientin

- a) Was verstehen Sie unter dem Begriff „Willen“?
- b) Wie würden Sie Ihren eigenen Willen beschreiben?
- c) Haben Sie eher einen starken oder einen schwachen Willen? Wie äußert sich das?
- d) Ist Ihr Wille in allen Bereichen gleich stark/schwach? Was sind besondere Bereiche?
- e) Wie wurde in Ihrer Kindheit mit Ihren Willensäußerungen umgegangen?
- f) Wessen Willen zählte in der Familie?
- g) Was geschah, wenn Sie dem nicht Folge leisteten?
- h) Wie hoch waren die Anforderungen in Ihrer Kindheit/Jugend an Ihren Willen?
- i) Wieviel „eigenen Willen“ durften Sie als Kind/als Jugendlicher haben?
- j) Durften Sie etwas „für sich“ wollen?

II. Willensverhalten: Entscheidungen

- a) Fällt es Ihnen leicht oder schwer, Entscheidungen zu fällen? – Wie lange geht das schon?
- b) In welchen Bereichen ist es leicht, in welchen schwer?
- c) Beschreiben Sie Ihr Entscheidungsverhalten (Ihre Entscheidungsfreudigkeit, Ihre Entscheidungsschwierigkeiten)
- d) Ist Ihnen Ihr Verhalten aus der Lebensgeschichte bekannt?
- e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Entscheidungsverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?
- f) Was geschah, wenn Sie mit Entscheidungen nicht zurecht kamen?
- g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Entscheidungsverhalten, was/wer behindert Sie?

- h) Was würden Sie gerne an Ihrem Entscheidungsverhalten verändern?
- i) Haben Sie eine Idee, was Ihre Veränderungswünsche fördern könnte?
- j) Können Sie heute besser etwas für Andere wollen, anstreben, erreichen als für sich selbst, oder gibt es da keine Unterschiede?

III. Willensverhalten: Umsetzen und Durchhalten

- a) Können Sie getroffene Entscheidungen gut/schlecht umsetzen? Wie lange geht das schon?
- b) In welchen Bereichen geht das gut, in welchen weniger gut?
- c) Beschreiben Sie Ihr Umsetzungsverhalten?
- d) Ist Ihnen davon etwas aus Ihrer Lebensgeschichte bekannt?
- e) Welche Anforderungen wurden an Ihr Umsetzungs- und Durchhalteverhalten in Ihrer Kindheit/Jugend gestellt?
- f) Was geschah, wenn Sie mit dem Umsetzen oder mit dem Durchhalten Probleme hatten?
- g) Was/wer fördert Sie heute in Ihrem Umsetzungsverhalten oder hindert Sie dabei?
- h) Wie steht es mit Ihrem Durchhaltevermögen, wenn Sie die Entscheidung getroffen und mit Ihrer Umsetzung begonnen haben?
- i) Was fördert Ihr Durchhaltevermögen, was hindert oder schwächt es?
- j) Was würden Sie bei Umsetzen und Durchhalten verändern?
- k) Haben Sie eine Idee, was dabei hilfreich sein könnte?
- l) Fällt es heute Ihnen leichter, etwas für Andere umzusetzen und durchzuhalten als für sich selbst oder gibt es da keine Unterschiede?

IV. Willensverhalten: Feinstrukturen

- a) Reagieren Sie auf Ereignisse und Anforderungen eher unmittelbar, spontan, reaktiv, oder überlegen Sie erst einmal und wägen ab?
- b) Fällt es Ihnen leicht/schwer, spontane Reaktionen zurückzunehmen und sich zu kontrollieren, um dann besonnen zu handeln?
- 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?
- d) Gelingt es Ihnen, Ihre Ziele konsequent zu verfolgen und klar im Blick zu behalten, ohne sich ablenken zu lassen?
- e) Greifen Sie bei neuen Zielen und neuen Wegen leicht auf alte Lösungswege zurück, weil die bequemer sind oder bleiben Sie beim Neuen?
- f) Haben Sie die Möglichkeit, von Zielen Abstand zu nehmen und sie aufs Neue zu Überdenken, also flexibel zu bleiben?
- g) Können Sie mehrere Ziele zugleich verfolgen – gut/schlecht?
- h) Gelingt es Ihnen, Frustrationen auszuhalten, wenn Schwierigkeiten bei der Zielrealisierung auftauchen, und dennoch „am Ball“ zu bleiben?
- i) Gelingt es Ihnen leicht/schwer aus einem laufenden Prozess der Zielverwirklichung schon neue, weiterführende Ziele auszumachen?

Besonders im Fragenblock **IV** sind neuropsychologische Perspektiven auf die Volitionsprozesse eingearbeitet. Er erfordert deshalb eine Auseinandersetzung mit diesen Wissensständen. Aus den Antworten ergeben sich Aufschlüsse über performative Stärken, Schwächen, Dysregulationen, Stile des Wollens, aus denen sich willentherapeutische Zielsetzungen, Strategien und methodische Wege ergeben können. Beispielhaft sei die Frage **IV g** aufgegriffen. Mit ihr kann man z.B. klären, ob eine externe Überforderung durch übermäßige Zielvielfalt ausgeschlossen werden kann (die dann durch ein „Coaching“ zum Zielmanagement angegangen werden müsste), oder ob ein *volitiver Stil* der Zieldiffusion und Verwirrtheit vorliegt – die Ziele kommen ständig durcheinander, können nicht geordnet werden. Das ist der Hintergrund so mancher schweren Arbeits- und Leistungsstörung. Eine automatische Organisation dominanter Ziele im Sinne der funktionalen Hierarchisierung ist dem Patienten nicht möglich. Die Zusatzfrage: „Wie lange geht das schon?“ gibt Aufschluss über eventuelle „kritischen Lebensereignisse“ (Filipp 1990), die einen Einbruch in die Willensperformanz zur Folge hatten und lässt etwaige Chronifizierungen erkennen. Auf dieser Basis kann dann eine Indikation für willentherapeutische Maßnahmen zur kognitiven und emotionalen Strukturierung gegeben sein (Imaginationsübungen, Lösung von Modellaufgaben, schematische Komplexitätsreduktion etc.). Es wird etwa deutlich, dass Hilfen erforderlich werden, Taxa herzustellen, Ordnungen zu schaffen. *Ukhtomskijs* (1978) Idee der „Dominante“ (Fejgenberg 2005, 2006; Jantzen 2006) kann hier beigezogen werden. Sie ist ein ordnendes Organisationsprinzip. „... dominant gives behavior its active, seeking and creative character and makes the brain a ‚kaleidoscopic succession of organs of preventive perception, anticipation, and planning of the environment (Ukhtomskij 1955)“ (Simonov 1991, 7). Dieser Mechanismus gewährleistet das integrierte Funktionieren des Organismus im Bezug zu seinem Umfeld, wie *Bernštejn* (1967, 1969) mit seiner Adaptierung von *Ukhtomskijs* Dominante-Konzept für sein Bewegungsmodell gezeigt hat. Er kommt in seinem Spätwerk zu der Feststellung, die in das Zentrum des hier als Beispiel beigezogenen Problems trifft. Der Prozess, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden, sei die „chief psychophysiological category in all possible manifestations of [...] onto- and morphogenesis“ (Bernštejn 1969, 120). Das ist auch die Position *Edelmans* (1993), der das Gehirn als ein selektives System ansieht, in dem „Selektion der zentrale Mechanismus der neuronalen Funktion ist“ (ibid. 82). Dieses Prinzip aus dem Kontext biologischer Systemtheorie kann durch-

aus als ein allgemeingültiges Prinzip für das Funktionieren komplexer Systeme – auf der synaptischen, personalen, ja „kulturellen Ebene“ (ibid. 462) – gelten.

Eine solche ordnende Funktion ist bei Zielverwirrungen offenbar gestört, die bei manchen Störungsbildern charakteristisch sind, so bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, in deren Hintergrund oft genug traumatische Gewalterfahrungen stehen. Aus den Antworten z.B. auf die Fragen **IIe/f** und **IIIe/f** werden sie oft deutlich – da findet sich Angst vor Drohungen, Geschichten von Strafen bis hin zu Misshandlungen: „Wenn Du das nicht schaffst ... dann ...“ – „Los, mach schon, schneller ... sonst ...“. Auf den Panorama-Bildern werden solche Zusammenhänge oft sehr eindrücklich sinnfällig. Immer wieder kommt man an Geschichten, in denen der Wille von Kindern oder Jugendlichen brutal gebrochen wurde. Manche gestörte Erwachsene (Körperverletzte mit massiven Impulskontrolldefiziten), die für die Frage **IVa** die weitgehende Unfähigkeit eines dazwischentreten Willens erkennbar werden lassen, sind für ihre Kinder ein – zuweilen lebensbedrohliches – Risiko. Sie haben keine Toleranz, wenn ihr „Wille“, ihre starre Antriebsintention, nicht realisiert werden kann, nicht **befolgt** wird.

Die kurz beschriebenen willensdiagnostischen Instrumente ergänzen sich und machen deutlich, dass das „**Synergem Wille**“ alle wesentlichen Bereiche der Persönlichkeit in ihrem Verhalten berührt und deshalb im Kernbereich therapeutischen Handelns zu stehen hat.

4.3.2 Praxeologische Konzepte für die therapeutische Arbeit mit dem Willen

Praxeologie ist in den angewandten Humanwissenschaften das Gesamt der Modelle, Konzepte und Methodiken zu einer **theoretisch begründeten** und **theoriegeleiteten**, systematischen **Praxis**, in welcher Theorie und Praxis sich in reflektierter Weise forschungsgestützt durchdringen. Praxeologie befasst sich mit der Umsetzung von Theorie und von Forschungsergebnissen in Praxis, die dann wiederum evaluiert wird, um Qualität zu sichern und zu optimieren (Orth, Petzold 2004; Laiter, Vogel 1998). „Willenstherapie“ ist als praxeologischer Teilbereich „Integrativer Therapie“ zu sehen, ein Verfahren, das an folgenden Prinzipien ausgerichtet ist:

1. »Integrative Therapie ist „*theoriegeleitet*“. Theorie als „mental durchdrungene, komplex betrachtete, beforschte und erfasste Wirklichkeit“ bestimmt auf dem Boden koreflexiver und diskursiver Auseinandersetzung die Interventionen und muss in der Praxis *selbst zur Intervention* werden.
2. **Integrative Therapie** ist im konkreten Vollzug „*angewandte Theorie*“, die sich in der Praxis und durch die Praxis immer wieder koreflexiv und ko-respondierend weiterentwickelt, eine *transversale* Qualität gewinnt, und sie ist in diesen Überschreitungen „*Praxeologie*“.
3. **Integrative Therapie** als Praxeologie ist „*kreative Therapie*“, die Theorien, Methoden, Techniken und Medien in kreativer/kokreativer Weise einsetzt und entwickelt und den Therapeuten/die Therapeutin selbst als „kreatives Medium“ und koaktive Gestalter sieht.
4. **Integrative Therapie** ist „*ethikgeleitete Therapie*“, die ihr Handeln an Werten orientiert, welche in einer „**Grundregel**“ (idem 2000a, 2006n) für die Praxis umrissen wurden.
5. **Integrative Therapie** gründet in systematischer „*methodischer Reflexion/Metareflexion*“ und zielt auf sorgsame, für neue Impulse, Ideen, Forschungsergebnisse offene, gemeinsame, ko-respondierende Weiterentwicklung des Verfahrens und seiner Methoden.« (Orth, Petzold 2004)

Diese Prinzipien bieten TherapeutInnen die Chance, sich nicht nur als „Praktiker“ zu definieren, sondern eine „Liebe zur Theorie“ zu entwickeln, ein Interesse an Forschung, eine Faszination an der Theorie-Praxis-Verschränkung, die für den Integrativen Ansatz so charakteristisch ist, um eine wissenschaftlich fundierte und zugleich menschlich engagierte, wirksame Arbeit mit ihren PatientInnen als PartnerInnen leisten zu können (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999).

Im Folgenden einige praxeologische Ausführungen zur Integrativen Therapie mit dem Willen: In jeder therapeutischen Arbeit geht es um Veränderung. Veränderungsprozesse sind immer auch Lernprozesse und erfordern einen ausgearbeiteten lerntheoretischen Ansatz, wie er in der Integrativen Therapie von uns spezifisch als „**Modell differenziellen und komplexen Lernens**“ erarbeitet wurde (Petzold 1974, 307ff.; Sieper, Petzold 2002) und der an dieser Stelle nur kurz umrissen werden kann. Im Sinne unserer evolutionsbiologischen Orientierung sehen wir Lernen als das darwinistische Prinzip *par excellence* an: „**Der Lernprozess schlechthin als das Sammeln (über)lebensrelevanter Informationen und Praxen i s t die Evolution**“ (ibid.).

Lernen muss in therapeutischen und pädagogischen Prozessen auf allen für das Überleben von Lebewesen (hier von Menschen) relevanten Ebenen erfolgen: auf der *kognitiven*, um Inhalte, Wissensstoff, aufzu-

nehmen und zu erfassen, auf der **emotionalen**, um Wertigkeiten und Wichtigkeiten zu erleben und zu erfassen, auf der **volitionalen** Ebene, um Entscheidungsprozesse zu spüren, kennenzulernen und Durchhaltefähigkeiten zu durchleben und damit zu erwerben, auf der **sensumotorischen**, um Willensintentionen umzusetzen, auf der **sozial-kommunikativen**, um Informationen zu erhalten und zu vermitteln. Lernen ist demnach in all diesen Bereichen rekursiv. Es wird durch Informationen getriggert und generiert Information. Die Bedeutung von *Willensakten* beim Lernen wird oft nicht beachtet: *Intentionales* Lernen erfordert Willen. Willensintentionen generieren in ihrer Umsetzung volitionale Lernprozesse. *Fungierende*, unbewusste Lernprozesse finden permanent statt.

Natürlich lernen Menschen auch nicht nur Positives, Funktionales, „Richtiges“ oder Nützliches. Sie lernen z.B. oft dysfunktionale kognitive Problemlösungsstrategien oder negative „emotionale Stile“ der Ohnmacht, der Versagensängste, wenig zielführende „volitionale Stile“: der *Entschlusslosigkeit*, des *Zauderns*, der *übereilten Entscheidung*, des *unzeitigen Aufgebens*, wie das besonders bei Suchtkranken, bei „*Abhängigen*“ zu beobachten ist (*Velt*, dieses Buch). Manche Menschen bzw. Patienten haben überdies schlecht gelernt, wie man in den verschiedenen Ebenen lernt, ja, wie man insgesamt funktional lernt. „*Sie müssen neu zu lernen lernen*“ (Petzold 1969c, 19). *Martin Seligman* (1978) sprach treffend von „erlernter Hilflosigkeit“, die überwunden werden müsse. (Psycho)Therapie muss deshalb ein *Lernen auf allen Ebenen* ermöglichen, auf der Ebene intellektueller Fähigkeiten/Kompetenzen, der emotionaler Differenziertheit, der Willensqualitäten, der interaktiven/kommunikativen Fertigkeiten/Performanzen. „*Die gesamte Person* muss in die Prozesse des Lernens einbezogen werden, sie muss ‚sich selbst zum Projekt‘ machen in der Bewältigung (*coping*) und Gestaltung (*creating*) erlebter Weltkomplexität im Lebensverlauf“ (Petzold/Sieper 1972b).

Der **komplexe Lernbegriff** des Integrativen Ansatzes, der „als ein Differenzieren und Vernetzen von Wissensständen“ (ibid.) gefasst ist und im Verständnis von „*Lernen als Erfassen von Komplexität in Kontext/Kontinuum und als Verstehen dieses Erfassens selbst als Metalernen*“ kulminiert (ibid.), bietet in seiner differenziellen, integrativen und kreativen Qualität TherapeutInnen die Möglichkeit, integrativ-therapeutischer Zusammenarbeit mit Menschen: um sie in helfender und fördernder Absicht (*prädeziional*) zu planen, sie klar entschieden (*deziional*) in Angriff zu nehmen und sie umzusetzen (*postdeziional, konversiv*) mit langem Atem und Geduld (*persistiv*) und zwar, soweit es geht, in guter Abstimmung und Passung mit dem Patienten (*korolitional*).

Hier wird das integrative Willenskonzept auf den Therapieprozess selbst angewandt.

In Lernprozessen sind *intrapsychische* Prozesse immer mit *interpsychischen* (Vygotskij 1992) verbunden, geschieht also immer „sozialisatorisches Lernen“, verstanden als ein *Synergem*: 1. der Einflüsse/Informationszuflüsse der Umwelt auf den Organismus, 2. aktualisierter Genexpressionen (als „wirksame Geschichte“, Niederschlag evolutionären Lernens) und 3. Rückwirkung des Organismus durch Informationsabgabe in die Umwelt (was selbst wiederum Information generiert, *movement produced information* – eine *Bernštejnsche* Perspektive). Dieser gesamte Prozess macht den Organismus/den Leib des Menschen zum „*informierten Leib*“ (*informed body*, Petzold 1988n, 2002j, 2003a)

»Beim Lernen wird von der Verschränkung von „*Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln*“ (Petzold et al. 1994) ausgegangen im Sinne eines „*komplexen Lern- und Verhaltensbegriffes*“, in dem die im *deklarativen* und *prozeduralen Gedächtnis* archivierten **Kompetenzen** (Fähigkeiten, Wissen) und **Performanzen** (Fertigkeiten, Können) zusammenwirken. Damit wird auch das Verständnis von *Verhalten* komplexer, in welchem „Innen und Außen“ (Merleau-Ponty 1942; Waldenfels 1976) verschränkt sind und das von der Verbundenheit von individuellem und kollektivem Gedächtnis unterfangen wird (Moscovici 1984; Halbwachs 1968) – kollektive Muster des Verhaltens kommen in individuellen Mustern zum Tragen, kollektive Muster des Lernens bzw. ‚Lernverhaltens‘ desgleichen (und hier wird deutlich: *auch Lernen kann als Verhalten gesehen werden*)« (Sieper, Petzold 2002).

„Wir sehen Lernen als einen Prozess des Erwerbs von Kompetenzen/Performanzen im Sinne adaptiver oder kreativer/kokreativer Veränderung überdauernder Verhaltensmöglichkeiten durch Differenzierungen in Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Zyklen (Petzold et al. 1994), die die Ausbildung neuer Muster erlauben. Dabei sind immer nur *Resultate* des Lernens zugänglich, weil ‚alles Lernen latent ist, sich also auf nicht beobachtbare Prozesse bezieht‘ (Bredenkamp 1998, 286) und damit, weil es auf der neurophysiologischen Ebene erfolgt, auch der Introspektion nicht zugänglich ist. Es können deshalb nur Bedingungen geschaffen werden, etwa durch die Gestaltung von Kontexten und die Konstellierung von ‚*affordances*‘ (Gibson 1979; Reed 1996), die Lernvorgänge ermöglichen und fördern“ (Sieper, Petzold 2002).¹⁴⁴ Zu den neurobiologischen bzw. zerebralen

¹⁴⁴ Siehe praktische Therapiebeispiele in Petzold (1995a, b).

Prozessen dieser Lernvorgänge sei auf unsere Arbeit von 2002 sowie auf die beizuziehende Grundlageliteratur verwiesen.¹⁴⁵

Lernen heißt verändern. Um solche Veränderungen spezifisch angehen zu können, sind die im vorangehenden Kapitel zur Diagnostik dargestellten Erhebungswege zum Gewinn „komplexer Informationen“ und die in unseren Ausführungen zum „komplexen Lernen“ umrissenen Konzepte notwendig. Beides sollte deutlich gemacht haben, dass der **Wille** als zentraler Bereich der Gesamtpersönlichkeit auch immer im Rahmen einer Therapie der „Persönlichkeit als Ganzer“, einer „**Humantherapie**“ gesehen und berücksichtigt werden muss.

Auch wenn die *störungsspezifische Perspektive* in der Psychotherapie in jüngerer Zeit verdiente Beachtung gefunden hat und entsprechende Behandlungsformate entwickelt wurden, kann man sagen, dass – von den Angststörungen abgesehen – unspezifische Behandlungsansätze gegenüber störungsspezifischen bislang keine wesentlich höheren Effektstärken bieten. Das spricht einmal dafür, dass erprobte Psychotherapieverfahren einen hohen Anteil an *allgemeinen Wirkfaktoren* umfassen, zum anderen aber auch dafür, dass in die Entwicklung störungsspezifischer Interventionen noch investiert werden muss. Dabei muss ganz klar unterstrichen werden, dass solche Interventionen als bloße „Techniken“ ohne Einbettung in ein elaboriertes Gesamtverfahren keine seriöse Behandlungsmöglichkeit darstellen. Das gilt natürlich auch für unsere spezifischen Ansätze, mit dem Willen zu arbeiten. Dabei sind zwei generalisierte Zielsetzungen leitend: eine *clinical orientation* – Willenspathologien bzw. -störungen (Prinz, Sebanz 2006) werden als imponierende Entscheidungs- oder Durchhalteschwächen als solche und im Rahmen spezifischer Störungen behandelt; weiterhin eine *developmental orientation* – Wille wird als „Entwicklungsaufgabe“ (Havighurst 1948) gefördert, als eine Aufgabe der „Persönlichkeitsentwicklung“, die mit jeder Form psychotherapeutischer Selbsterfahrung (Petzold, Orth, Sieper 2005) verbunden ist. Therapie sollte nie nur pathogenseorientiert sein, sondern auch salutogenetische und entwicklungsorientierte Zielsetzungen mit einbeziehen (Orth, Petzold 2000; Lorenz 2004). Dadurch erhöht sich ihre Nachhaltigkeit, gerade weil der Wille kein Vermögen der menschlichen Persönlichkeit ist, das im Frühbereich der Entwicklung voll ausgeprägt wird, sondern – in einer neurobiologischen „life span developmental perspective“ betrachtet – wesentliche Entwicklungsschritte über die Reifungs-Prozesse des vierten

¹⁴⁵ Blakemore, Frith (2006); Kandel (2001); Kandel, Hawkins (1992); Spitzer (2002).

Lebensjahres (mit ihrem massivem *pruning* von Neuronen) hinaus auch noch in der Pubeszenz und Adoleszenz durchlaufen muss. Durch die virulenten Entwicklungsprozesse des Gehirns im Jugendalter – etwa was die Umstrukturierung präfrontaler Strukturen anbetrifft, wie longitudinale MRI-Studien zeigen (Giedd et al. 1999; Paus et al. 1999) – werden bei allen dadurch ausgelösten Krisen und Problemen (Giedd 2003) auch psychische Entwicklungen möglich (Petzold 2007d), die das Willensgeschehen massiv beeinflussen: Abschätzen multikausaler Zusammenhänge, weitgreifende Antizipationsmöglichkeiten, Verständnis für Werteentscheidungen, (durch Übung) wachsende Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten, Differenzierung in der **Dezisionalität**, der Entscheidungsfindung, **Persistenz** in der Verfolgung von Zielen, erhöhte Frustrationstoleranz und Bedürfnisaufschubung – alles Fähigkeiten, die sich auch in der in dieser Zeit aufkommenden Leistungsfähigkeit im Sport, in der Kunst („Jugend musiziert“ – <http://www.musikrat.de/jumu.htm>) und in der Wissensaneignung („Jugend forscht“ – <http://www.jugend-forscht.de>) zeigt, die ohne neu erworbene Willensqualitäten aufgrund gewachsener zerebraler Leistungsfähigkeit nicht möglich wären. Auch nach der Adoleszenz hält die Entwicklung frontaler Strukturen an (Sowell et al. 1999), und die Willensentwicklung lässt sich bis ins junge Erwachsenenalter verfolgen. In klinischen und andragogischen, ja geragogischen Beobachtungen lassen sich Veränderungen des Willensgeschehens über die gesamte Lebensspanne hin feststellen (Petzold 2004a, 2005a). Wille erstarkt, wenn für Kinder Einsatz gebracht werden muss, wird geschwächt durch kritische Lebensereignisse, kann aufblühen nach dem Tod eines repressiven Ehepartners, wenn Frauen „hoch in den Sechzigern“ ihren eigenen Willen entdecken, kann wegbrechen nach einem Insult oder kann gerade dann sich auflehnen gegen ein solches Schicksal und für die eigene Rehabilitation kämpfen (beeindruckend Heinl 2001). Leider fehlt es es noch weitgehend an Daten zur Entwicklung des Willensgeschehens aus der empirischen Forschung zur „Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters“ – trotz der beachtlichen Fortschritte der Forschung in diesem Bereich (Filipp, Staudinger 2005). Immerhin gibt es Ergebnisse über die Veränderung und Handhabung von Entwicklungsaufgaben (Freund, Baltes 2005) und die Veränderung im Umgang mit persönlichen Zielen. Sie zeigen nach dem Modell von Paul und Margret Baltes der „Selektion, Optimierung und Kompensation“ oder ähnlicher Modelle (von Brandstädter, Heckhausen u.a.) „die zentrale Rolle, die persönliche Ziele für die Entwicklungsregulation einnehmen, da Ziele Verhalten über die Zeit und

über Situationen hinweg in Handlungssequenzen organisieren“ (Freund, Baltes 2005, 61). In all diesen altersbezogenen Erwartungen bei Entwicklungsaufgaben sind natürlich unbewusste und bewusste Willensprozesse wirksam und zwar sowohl bei der „Zielauswahl, Zielerreichung und Zielaufrechterhaltung“ (ibid.) wie bei der damit verbundenen und notwendigen Ressourcengenerierung bzw. dem Umgang mit begrenzten Ressourcen. In adaptiven *Selektionsprozessen* erfordert die Auswahl von Ressourcen und von Entwicklungstrajekten im Rahmen von „*developmental tasks*“ eine *dezisionale* Kompetenz, die Investitionen in die Ressourcengenerierung bei *Optimierungsstrategien* oder auch bei kompensatorischen Strategien (z.B. das Besorgen und Benutzen eines Hörgerätes) ermöglicht. Umstrukturierungsprozesse im Altern erfordern weiterhin *persitive* Kompetenz, wobei *Kompensation* mit eher adaptiven Rückzugstrategien in der Regel weniger an Willensinvestitionen benötigen (was allerdings jeweils zu prüfen ist). Das kann auf Dauer durchaus zum Verlust von Willenspotenzial führen: „Use it or loose it“ gilt auch hier. „Im Allgemeinen können die Prozesse der Selektion, Optimierung und Kompensation aktiv und passiv, intern oder extern, sowie bewusst oder unbewusst sein“ (Freund, Baltes 2005, 62).

Der Thematisierung der **Ziele** und **Zielstruktur** in Lebensplänen und in Therapieprozessen ist jeweils kontext-, lebensalter-, lebenslage-, gender- und pathologiespezifisch zu betrachten. Ihr kommt deshalb für jedes Therapieschehen eminente Bedeutung zu.

Werden die Ziele dem Patienten/der Patientin „klar“, kognitiv „präsent“, können Willensintentionen eine *ich-bewusste Zielorientierung* erhalten. Wenn Therapeut und Klient in dieser übereinstimmen, werden kovolitive Prozesse, Veränderungsabsichten und -pläne unterstützt, ansonsten können Ziel-Ziel-Konflikte oder Ziel-Mittel-Konflikte (Petzold 2003b) als gegenläufige Willensstrebungen das Therapieschehen massiv behindern. Hier mit der beliebten „Widerstandserklärung“ (Petzold 1981b) zu kommen (die fast immer ein „patient blamig“ einschließt), ist u.E. die schlechteste Strategie, die man wählen kann. Sie dient in der Regel der Verschleierung von Passungsproblemen und Interventionsfehlern, immunisiert TherapeutInnen gegenüber Kritik (auch gegenüber der kritischen Selbstanfrage: „Was mache ich falsch?“) und sichert in dysfunktionaler Weise Therapeutenmacht.¹⁴⁶ Man sollte deshalb Widerstandshypothesen sorg-

¹⁴⁶ Die psychoanalytische Widerstandskonzeption ist nicht nur häufig eine Verkennerung der Zusammenhänge, sondern eine Bestärkung von Machtverhältnissen in Therapiebeziehungen (Berger, Luckmann 1979, Dauk 1989).

fällig prüfen und wird dann herausfinden, dass man auf sie weitgehend verzichten kann und stattdessen den empirisch besser begründeten Reaktanzbegriff zu nutzen vermag (Petzold, Müller 2005; Flammer 1990), der impliziert, dass PatientInnen das Recht auf „Gegenwillen“ haben, dass Zielkonflikte sein dürfen, ja oft fruchtbar sind und Zieldivergenzen eben geklärt werden müssen. Schwierigkeiten damit haben in der Regel TherapeutInnen, die an eine zu affirmative Form der Psychotherapie¹⁴⁷ gebunden sind, über zu wenig Flexibilität verfügen, unsicher sind oder arrogant-selbstsicher in ihrem Urteil (wie es der späte *Ferenczi* der *Freudschen* Psychoanalyse vorwirft) oder auch autoritär über wenig Toleranzspielraum verfügen, wenn jemand etwas anderes *will* oder meint, als der tonangebende Therapeut. Dieses ganze Spektrum findet sich leider nicht unbedingt selten (Märtens, Petzold 2002, idem 2006n), und es reproduziert dabei durchaus pathogene biographische Erfahrungen von Willensrepression oder fehlender Zielabstimmung.

Auf die Erarbeitung der Zielstrukturen wird deshalb in der Integrativen Therapie sehr viel Zeit verwandt und Wert gelegt (Petzold, Leuenber-

¹⁴⁷ Die Vertreter der neuen „intersubjektiven Wende“ in der Psychoanalyse *Atwood, Orange, Stolorow* u.a. mögen als Beispiel dienen: „Der analytische Prozess wird ... gemeinsam, aber auf asymmetrische Weise entwickelt. Einer der Beteiligten stellt sich in erster Linie als Helfer, Heiler und Forscher zur Verfügung“ (so *Orange et al.* 2001, 19) – nicht etwa als Mensch/Mitmensch, Diskurspartner. „Dem anderen geht es vorrangig darum, Erleichterung für sein emotionales Leiden zu finden“ (ibid) – nicht etwa um schnöde Symptombeseitigung, Heilung, aber nach Meinung der Autoren auch nicht um Selbsterkennen und -verstehen oder um den Wunsch, zu Anderen zu finden. Über den alten pathologiezentrierten Diskurs (*Attali* 1981), der die Dispositive der Medizinalmacht (*Foucault* 1972, 1978; *Dank* 1989) reproduziert, weit entfernt von jeglicher Partnerschaftlichkeit, ist man da offenbar nicht hinausgekommen. „In dem Entwicklungsprozess, den wir als Psychoanalyse bezeichnen, übernimmt vorwiegend einer der beiden Beteiligten die Aufgabe, Orientierung zu vermitteln, während der andere sein Erleben auf eine weniger schmerzvolle und kreativere Weise als bislang zu organisieren und reorganisieren versucht. Gleichwohl sind beide gleichwertige Teilnehmer an dem auftauchenden Prozess, den sie gestalten“ (ibid.). Willensempowerment hat in einem solchen minimalistisch entstellten Intersubjektivitätsverständnis (ohne *G. Marcel, E. Levinas, J. Habermas, P. Ricœur* und einer unzureichenden *Bakhtin*-Rezeption) keine Chance. Die Unterwerfungsdiskurse (vgl. Anm. 103; *Foucault* 1982; *Dank* 1989) dieser neuen Variante der Psychoanalyse sind indes subtiler geworden!

ger, Steffan 1998), wobei das von uns entwickelte, semiprojektive Instrument der *Zielkartierung* (ibid. 141f., dieses Buch, S. 593ff.) und das Integrative Modell halbstrukturierter anamnestischer Interviews (Osten 2000, 2004) gute Hilfen bieten, mit dem Patienten realistische Therapieziele zu bestimmen, um sie dann zu gewichten und Zieltaxinomien zu erarbeiten. „Therapie hat das Ziel, im Verlauf therapeutischer Prozesse vorhandene dysfunktionale Strukturen/Schemata zu verändern oder funktionale Strukturen zu optimieren und zu entfalten“ (Petzold et al. 1998, 158), wobei Strukturen, d.h. Schemata/Narrative/Stile „als vielfältig vernetzte informationale Operationseinheiten“ (ibid.), d.h. als „funktionelle Systeme“ gesehen werden, die im Binnenraum und Außenfeld als „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Einheiten“ (WVHs) aufgefasst werden (ibid. 159). Sie werden nicht als starre Muster sondern als physiologische-psychologische Aktivierungsbereitschaften bzw. als „aktivierte Strukturen“, d.h. als Prozessabläufe verstanden. Verändert werden müssen demnach die Aktivierungsbereitschaften – etwa durch Hemmung (Grane 2004) oder durch Anregung/Stimulierung/Exitation (Petzold, Orth, Sieper 2005; Janet 1919 III, 443f.), durch welche Prozesse anders ablaufen und damit sich Trajekte verändern, so dass es zu neuen Bahnungen in den **Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsmustern** kommen kann. So konzeptualisieren wir im „dynamischen Systemansatz“ der „sozialökologischen Theorie“, in der wir Ideen *Bernštejns/Gibsons/Lurijas* für die (psycho-)therapeutische Arbeit umgesetzt haben (Orth, Petzold 1998a). Der *Gibsonian Approach* der „direct perception“ (Michaels, Carello 1991) wird damit an seiner Schwachstelle gepackt, der fehlenden Erklärung kognitiv-emotionaler Verarbeitung von Perzeptionen (Ullman 1980; Edelman 1993, 334), besonders bei komplexen sozialen Aufgaben (Vallacher, Novak 1997) und um ein Modell der Verarbeitung vermittelt organisierter Information (= informationale Repräsentationen) ergänzt, was in der Linie von *Lurija* und neuerer kognitiv-emotionaler Theorien (Baars, Clarc, Freeman, Davidson, Núñez u.a.) gut möglich ist. Eine solche Verschränkung der kognitiv-emotionalen mit der aktionalen Perspektive ist für therapeutische Arbeit unabdingbar.¹⁴⁸ Der **Wille** ist in diesen Prozessen eine wichtige Steuerungsgröße: Er kann hemmen oder antreiben. Er ist dabei selbst aber zuweilen von Mustern bestimmt, die suboptimal sind und deshalb verändert werden müssen. Ein Mensch kann sehen, dass er abnehmen müsste, sein Internist hat ihm seine Laborwerte erklärt, ihm ernsthaft aufgezeigt, wohin das di-

¹⁴⁸ Petzold, van Beek, van der Hoek 1994; Petzold 1995a, 225ff.

agnostizierte „metabolische Syndrom“ führen wird, doch er kann sich nicht entscheiden – heute ja, morgen anders – eine dezisionale Problematik, die sich in ganz vielen Entscheidungsbereichen des Patienten findet. Dann muss das „Muster der Entscheidungsfindung“, der dysfunktionale *volitionale Stil* „schwankender Entscheidung“ angegangen werden. Oder: Er kann sich entscheiden, aber er weiss dabei schon, dass er es nicht durchhalten wird – ein „Persistenzproblem“, bei dem die Durchhaltefähigkeit ein notwendiger Angriffspunkt wird. Aus einer Metaperspektive sagt er dann vielleicht: „Ich weiss, ich müsste, ich muss sogar, ich will’s auch – helfen Sie mir, dass ich’s schaffe!“ – Das ist immerhin ein Anfang für eine Arbeit aus einem „informed consent“ (Müller, Petzold 2002a; Petzold 2006n) und koordinierter Zielabstimmung. Eine Grundlage der Übereinstimmung muss auch dadurch geschaffen werden, dass der Patient darüber informiert wird, welches Modell wir vom Willen haben und darüber, wie er nach unserer Vorstellung funktioniert und wie man ihn beeinflussen kann. Es wird damit ein „theoretisches Propädeutikum“ erforderlich, indes keine „abgehobene Theorie“, sondern „*Theorie als Intervention*“ (Petzold, Orth 1994), eine psychoedukative Information, die „Sinn“ macht, und Wissenswertes auf die Sprach- und Verständnisebene der Patientin/des Patienten transportiert. Jeder komplizierte Sachverhalt muss patientennah erklärt werden. Dass zum Willen auch das *Denken* gehört, ist einsehbar, dass es um *Ziele* geht und damit um „Zukünftiges“ auch. Dass man etwas dabei *fühlt*, wenn man „von ganzem Herzen“ oder „mit aller Kraft“ etwas will und dass man dafür „etwas tun muss“, man „*handeln*“ muss, das ist eingängig, und damit wird begriffen, dass der Wille eine **Gesamtwirkung** (*Synergem*) ist, die Willensarbeit also an vielen Punkten ansetzen muss. Höchst eingängig ist auch, dass man den „*Willen üben*“ muss („Das weiß doch jedes Kind!“): durch Denken (Vorsätze, mentales Probehandeln), durch ein Sich-Motivieren und durch konkretes Tun. Schließlich „ist doch logisch“, dass man am besten Problemlösungen mit Aufgaben anfängt, die „man schaffen kann“ und sich eine Umgebung sucht, in der das besonders gut geht (die den entsprechenden „Aufforderungscharakter“ sensu *Lewin* hat und die gute Handlungsmöglichkeiten, „*affordances*“ sensu *Gibson* bereitstellt).

Vor diesem generellen Hintergrund müssen willentherapeutische Interventionen gesehen werden. Spezifisch sind dabei aus integrativer Sicht Veränderungsprozesse auf drei Ebenen zu initiieren:

1. auf der Ebene der **neurobiologischen Willensprozesse** auf dem *fungierenden, vorbewussten zerebralen* Niveau. Diese können durch Üben von Willensperformanzen in gut konzeptionierten Willensaufgaben modifiziert (gestärkt/geschwächt) werden. In jeder willensgerichteten Therapie ist darauf zu achten, dass sich gewünschtes Willensverhalten „einschleifen“, habitualisieren kann. Nur dann ist es möglich, dass es zu nachhaltigen Veränderungen kommt, weil es „eine mentale Veränderung ohne eine ihr zugrundeliegende neurale Veränderung nicht geben“ kann (Edelman 2004, 140), was im Umkehrschluss nicht immer gelten muss (ibid.);
2. auf der Ebene der **psychologischen Willensprozesse**, die mit ihren emotionalen Bewertungen/*limbic valuation* und kognitiven Einschätzungen/*prefrontal appraisal* von Willenskompetenz und -performanz auf dem Niveau des konkreten *selbstbewussten Subjektes* die Ebene der „Qualia“ betrifft, d.h. die ganz Breite der Wahrnehmungseindrücke, Stimmungen, Wünsche, Phantasien, Vorstellungsbilder, Intentionen etc., welche auf der phänomenalen Ebene die höchst individuellen Erfahrungen repräsentieren und als Informationsströme, als riesige Mengen von Signalen in den kortikalen und subkortikalen Arealen des Gehirns gesehen werden müssen (ibid. 141). Durch mentale, willensfördernde Aufgaben („imaginärer Spielplan“ Lurija, Judowitsch 1970, 46), mentale Simulationssituationen, wie sie Lurijas neurologischer Patient S. praktizierte (Lurija 1991, 236), durch Auseinandersetzung mit dem eigenen Wollen (Entscheidungs- und Durchhalteverhalten), durch bewusste Entwicklungsarbeit am persönlichen Willensverhalten, aber auch am *kovolutiven* Verhalten (Zusammenarbeit mit Anderen) können die psychologischen Willensprozesse modifiziert (gefördert/gehemmt) werden.
3. auf der **persönlich-biographischen Ebene** der Geschichte des Willens und Wollens vor dem Hintergrund kollektiver, sozialisatorischer (z.B. familialer) und kultureller Einflüsse (z.B. „preußische Erziehung“) und der von ihnen vermittelten *Willensideologien* erfolgt eine **metareflexive Bearbeitung der Willensthematik**. Sollen diese Ideologien verändert werden, ist dafür wiederum ein Zusammenspiel einerseits von Strategien mentaler Um- bzw. Neuorientierung (Umdenken/change of appraisal, Umwerten/change of valuation) und andererseits performatorischer Modifikation von Handlungsrou-tinen in der eigenen Lebenspraxis erforderlich, aber auch der Praxen des relevanten Netzwerkes bzw. Umfeldes, denn wenn die PartnerInnen der Kovolutionen ihre Willensideologien nicht mitverändern wollen, sind Veränderungen nicht oder nur sehr schwer möglich (z.B. Veränderung von Stilen der Willenserziehung in Familien, vgl. Petzold 2006v).

Auf dieser Grundlage kann man willentherapeutische Arbeit beginnen und ein komplexes Modell zum Ansatz bringen, wie wir es ursprünglich als „Modell kreativer Handlungsprozesse“ entwickelt hatten (siehe oben

2.2, S. 307f.). Es findet sich ähnlich, aber mit anderem Kontext, in der handlungspsychologischen Willentheorie von *Heckhausen* (et al. 1987, 180), in seinem Rubikon-Modell. Das kreative Handlungsmodell ist für die therapeutische Willensarbeit des Integrativen Ansatzes handlungsleitend geblieben (*Petzold* 1997p, 1998a, 384).

Aus ggf. vielfältigen Motiven wird (*prädeziional*) ein dominantes **Motiv** prägnant oder bewusst ausgewählt und führt ↔ zur **Absicht/Zielintention** ↔ diese dann (*deziional*) zur **volitiven Entscheidung**, auf welche nach Planung (*präaktional*) oder spontan ↔ **volitive Ausführungen/konversive Umsetzungen**, d.h. performativ (*aktional*) entsprechende Willenshandlungen folgen. Diese müssen (*postdeziional*) ggf. mit einer gewissen ↔ **Persistenz/Ausdauer** als Durchhaltekraft wiederholt ausgeführt werden.

Dieses Modell weist gegenüber einer Heuristik mit linearem Progress die Annahme beständiger Rückkoppelungen aus – so schon in unserem Konzept von 1975 (1975h) –, wie sie uns das Feedback-Modell *Anokhins* (1935, 1967) mit seiner Vorstellung eines „Handlungsakzeptors“ und das TOTE-Modell von *Pribram* (et al. 1973) nahe legten oder das elegante „Reentry-Modell“ von *Edelman* (1987, 2004), das für „Intentionalität und Willensentscheidungen“ auf die Vielfalt von Einflussfaktoren aus den „Kontexten in Außenwelt, Körper und Gehirn“ verweist (idem 2004, 112f.). Das wird in unserem Modell durch die Pfeile nach beiden ↔ Seiten angedeutet. Im Hintergrund steht die Vorannahme, die wir bei *Lurija*, *Anokhin*, *Bernštejn* finden, dass das menschliche Verhalten einen aktiv-kreativen Charakter hat und nicht nur – wie in der Psychoanalyse *Freuds* – durch Vergangenheitseinflüsse (*retrospektiv*) oder – wie bei *Perls* – von Aktualsituationen (*aspektiv*) bestimmt wird, sondern auch *prospektiv* durch *Antizipationen*, Absichten, Ziele, Pläne, Befürchtungen, die *Modelle des Zukünftigen* als *Attraktoren* schaffen, Kommendes vorwegnehmen (einen harten Winter, eine Prüfung, einen Wettkampf, ein Handballspiel o.ä.), für das Entscheidungen in der Gegenwart getroffen werden müssen und gegenwärtiges Handeln als Umsetzung bzw. Umsetzungsvorbereitung notwendig wird (Anlegen eines Gartens, von Vorräten, Übungen zum Konditionsaufbau), womit es einem Plan unterworfen wird (*Bernštejn* 1975).

Bernštejns Ansatz und seine Fortführung in seiner oder ähnlicher Ausrichtung u.a. in *Hakens* (1996; *Haken, Schiepek* 2006) Synergetik, in der man sich intensiv mit neuromotorischen Fragen beschäftigt hat (*Haken, Kelso*,

Bunz 1985), wurde von den Entwicklungsneuromotorikerinnen *Thelen* und *Smith* (1994) mit dem Ansatz von *Gerald Edelman* verbunden. Damit wird das Modell komplexer Rückwirkungsprozesse („Reafferenz“ oder – komplexer noch – „Reentry“, sensu *Edelman*) weiter fundiert:

Veränderung im neuronalen System können Veränderungen in (Bewegungs)Handlungen bewirken ↔ (Bewegungs)handlungen können Veränderungen im neuronalen System bewirken – „spirilige“ Prozesse, die bei komplexen, kognitive Aufgaben einbeziehenden Konstellationen zu „**Wahrnehmungs↔Verarbeitings↔Handlungs-Zyklen**“ führen (*Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994). In diesen kommen immer Außen- und Inneneinflüsse zum Tragen: **Vergangenheitserfahrungen** – als einstmalige und event. noch nachwirkende *Ursachen* und *Gründe*, die „**Kausalmotivationen**“ (siehe Anhang S. 591) disponieren –, **Gegenwartserfahrungen** – als aktuelle, wirkende *Ursachen* und *Gründe*, die „**Aktualmotivationen**“ schaffen – und, auf beidem aufbauend, **Zukunftsannahmen** – als antizipierte *Ursachen/Gründe*, die „**Teleomotivationen**“ konstellieren (ibid. 526f.). Diese vielfältigen Einflüsse gehen als potenzielle Wirkungsursachen insgesamt in die komplexen „dynamischen Regulationsprozesse“¹⁴⁹ von funktionellen Systemen des Lebewesens Mensch ein.

¹⁴⁹ »Der Begriff „**dynamische Regulation**“ ist im Integrativen Ansatz von zentraler Bedeutung. Er stammt aus der *Biologie* und ist aus der Beobachtung lebendiger *biologischer* Systeme hergeleitet, die durch Regulationsprozesse Wirkungen *multipler Stimulierung* (*Petzold* 1975 e, 1988f.) aus den Umweltsystemen und dem eigenen organismischen Binnensystem ihre Funktionsfähigkeit aufrechterhalten, optimieren, entwickeln können. Er wurde in der russischen Physiologie und Neurobiologie von *Anokhin, Bernštejn, Lurija* grundgelegt mit Konzepten wie „Steuerung, funktionelle Organisation“ oder findet sich bei *Goldstein* als „organismische Selbstregulation“. Heute wird er oft auch mit dem aus der *Physik* stammenden Prinzip der „Selbstorganisation“ verbunden (Es wird in der IT am Regulationsbegriff festgehalten, weil biologische und physikalische Systembegriffe nicht vollends gleichgesetzt werden können, denn sie sind durch einen nicht übergehbaren Parameter unterschieden: *Leben*). Mit „**dynamischer Regulation**“ und „Selbstorganisation“ werden die spontan auftretenden Prozesse der Bildung bzw. Veränderung räumlich und zeitlich geordneter Strukturen/Formen in offenen, dynamischen Systemen bezeichnet, die durch das Zusammenwirken (die „Synergie“, *Petzold* 1974j) von Teilsystemen zustande kommen. Die nichtlineare Systemdynamik offener physikalischer Systeme fern vom thermodynamischen Gleichgewicht (*Prigogine*) ermöglicht durch Nutzung von Energie aus dem Umfeld *Selbstorganisation*.

»Als **dynamische Regulation** bezeichnen wir den *Operationsmodus im Regulationsgeschehen von komplexen, lebenden Systemen*, durch den Systemfunktionen auf allen ihren Ebenen optimal wirksam werden können: *intrasystemisch* auf der physiologischen, emotionalen, kognitiven, volitionalen, *intersystemisch* auf der sozialen und ökologischen Ebene in variablen Umwelten mit wechselnden Kontext/Kontinuum-Bedingungen (Belastungen, Anforderungen und Chancen, affordances). Dynamische Regulation schließt ihre optimierende Entwicklung, Veränderung, Neuorganisationen von Systemen ein, die geschieht, wenn z.B. durch „*reafferente Progressionen*“, durch anregende Rückwirkungen (Reafferenzen) Entwicklungen angestoßen werden oder wenn durch „*multiple Stimulierung*“ aus der Systemumwelt oder durch „*multiple Konnektivierungen*“ (von intra- und intersystemischen Elementen, Prozessen) neue Lösungen, Verhaltensmöglichkeiten, ja ggf. neue Regulationsprinzipien sich spiralig-prozedierend entwickeln oder auch spontan *emergieren*« (Petzold 1982d, vgl. Petzold, van Beek, van der Hoek 1994).¹⁵⁰

In diesem Modell liegen interessante Ansatzpunkte für neuromotorische und psychotherapeutische Arbeit, die auf Motivations- und Willenssysteme gerichtet ist. Mit ihm ist die Idee eines *sich selbst optimierenden* Regulationssystems und des „Komplexitätsmanagements“ verbunden. Keine „prästabilisierte“ Homöostase (um Leibnizens Term zu borgen) wird angezielt, sondern es wird versucht, Wachstums- bzw. Entwicklungsprozesse mitzudenken und damit die Zeitdimension mit einzubeziehen, die über Gedächtnisprozesse als „*Niederschlag von Geschehenem mit Nachwirkungs- und Antizipationspotenzial*“ zum Tragen kommt. Das erfordert natürlich auch gedächtnistheoretische Überlegungen, wie sie eigentlich von jedem biographisch und mit biographischen Lernprozessen arbeitendem Therapieverfahren unter Rückgriff auf die empirische Gedächtnisforschung ein-

„**Dynamische Regulation**“ ermöglicht die Erklärung von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen als Zustandsübergänge, wie sie seit der Antike mit Begriffen wie „Metamorphose/Gestaltwandel“ oder „Krisis“ (Petzold 1990b) beschrieben wurden und heute Gegenstand der Theorie der „dissipativen Strukturen“ (Prigogine), der „Katastrophentheorie“ (Thom), der „Synergetik“ (Haken) oder neural-darwinistischen Theorie der „neuronalen Gruppen-selektion“ (Edelman) sind« (Petzold 2000h).

¹⁵⁰ Heute beziehen wir uns statt auf das Reafferenzmodell auf Edelmans Modell des „Reentry“. Darunter versteht er den „dynamischen, fortlaufenden Prozess des rekursiven Signalaustauschs mittels großer Stränge von reziproken Fasern, die in großem Umfang parallel geschaltet sind und Karten miteinander verknüpfen ... Reentry ermöglicht die Bildung kohärenter und synchroner Vorgänge im Gehirn und schafft somit die Voraussetzung für raumzeitliche Korrelationen“ (Edelman 2004, 164).

bezogen werden müssten. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu können (vgl. Petzold 1992a/2003a), sei nur kurz vermerkt, dass wir von „komplexen, mnestischen Aufzeichnungen“ von *exterozeptiv* wahrgenommenen Szenen, Szenenfolgen (*narratives, scripts*), Atmosphären – also Außenwelteinflüssen – und den von ihnen ausgelösten innersomatischen Reaktionen (*propriozeptiv* wahrnehmbar) ausgehen, die als Information über den informationsgebenden Kontext und den Prozess der Informationsaufnahme selbst nebst der eigenleiblichen Reaktionen auf das Aufgenommene erfolgen. Zu diesen Aufzeichnungen hinzu kommen dann noch die immensen intrazerebralen Informationsmengen, die aus dem Gehirn selbst stammen und die nicht bewusstseinsfähig sind. Das alles wird „holographisch“ (Pribram 1979), d.h. ganzheitlich und „modalspezifisch“ (in spezifischen Arealen) informational gespeichert¹⁵¹ und bietet damit Grundlage für die Möglichkeit, in komplexer Weise zu antizipieren, ja dieses Antizipieren memorierbar aufzuzeichnen („Ich erinnere mich gut, wie ich mir den Verlauf des kommenden Spiels immer wieder vorgestellt habe!“). Das *episodische Gedächtnis*, das Szenen/Ereignissequenzen als narrativierte Langzeiterinnerungen im Hippokampus aufzeichnet, zeichnet auch Prospektionen auf (denn auch diese „vergestrigen“) und schafft damit eine bewusstseinsfähige Zeitstruktur, in der erst ein „exzentrisches Selbst“, das um sich weiß und metareflexiv eine „theory of **my** mind“ bilden kann, möglich wird, ein bewusstes Subjekt, das sich seines Bewusstseins bewusst werden und sich in die Zukunft entwerfen kann. Damit ist auch ein *Intentionsgedächtnis* (Brandimonte et al. 1996; Goschke, Kuhl 1996) gegeben, das z.T. höchst komplexe Prospektionen, Antizipationen, Zielstrukturen als Ergebnisse aktual motivierter (ggf. durch Vergangenes disponierter) Planungs- und Entwurfsarbeit aufzeichnen kann. Auf diese Weise aber erhalten wir erst die Basis für die Ausbildung differenzierter Willensintentionen und die Chance, Verhaltensmöglichkeiten antizipierend zu selektieren, um solche Auswahl dann bei eingetretener Zukunft durch erneute Willensentscheide und Handlungen zu bestätigen (oder auch nicht). Solche *prädeziionalem* Intentionen erschließen damit ein hohes Maß an Freiheitsgraden, wie Goschke (2006, 122ff.) anhand relevanter Forschungsergebnisse aufzeigt.

Es finden sich bei menschlichen Willenshandlungen als Umsetzungen von (für eine Zukunft getroffenen) Entscheidungen folgende, mögliche Strategien:

¹⁵¹ Edelman (1993); Engelkamp (1990); Petzold 2003a; Pribram (1979).

- „Flexibilität und Reizentbundenheit“,
- „Unterdrückung von Automatismen und Gewohnheiten“,
- „Impulsunterdrückung und Selbstkontrolle“,
- „Selbstreflexion und metakognitive Selbststeuerung“.

Diese Strategien sind Ausdruck dynamischer Regulationsvorgänge aufgrund von Außen- und/oder Binneneinflüssen und den durch sie erforderlichen Zielrealisierungen. Sie bieten einerseits *volitionsdiagnostische* Blickpunkte – es ist nach ihrer Ausprägung und Funktion zu schauen: Wie gut gelingen *Impulsunterdrückung*, *Selbstkontrolle*, wie ausgeprägt ist das Maß an *Selbstreflexion* etc.? –, andererseits werden damit *volitionstherapeutische* Ansatzpunkte gegeben: ggf. muss *Reizentbundenheit* gefördert, muss *Unterdrückung von Automatismen* unterstützt werden etc.

Mit der Förderung dieser willenssteuernden Fähigkeiten, nach *Goschkes* Konklusion, die wir aus der Perspektive von *Bernsteins* und *Lurjas* Neuropsychologie und aus moderner neuromotorischer Perspektive (*Thelen, Smith* 1994; *Kelso* 1995) vollauf teilen können, fördern wir auch eine „bedingte Willensfreiheit als antizipatorische Handlungssteuerung“ (*Goschke* 2006, 126) und unterstützen damit eine „Expansion der *Freiheitsgrade* des Verhaltens“. Denn wenn diese Funktionen gekräftigt werden, ist die Konsequenz, dass „die Verhaltensselektion nicht mehr ausschließlich durch die aktuelle Reizsituation, sondern durch repräsentationale Zustände (Ziele, Erwartungen, Bewertungen) determiniert wird“ (*ibid.*). Hier allerdings möchten wir unsere Position klarstellen, dass repräsentationale Prozesse (wir ziehen das dem Begriff „Zustände“ vor) physiologische Prozesse in den Feinstrukturen von Emergenzgeschehen sind, also von uns *monistisch* konzeptualisiert wird (vgl. auch *Walde* 2006b, c).

4.4 Praxis willenstherapeutischer Interventionen

Kommen wir mit spezifischen Willensproblemen in therapeutischen Kontexten in Kontakt und haben wir aufgrund unserer volitionsdiagnostischen Arbeit Zusammenhänge für Deziisions- oder Persistenzprobleme mit dem Patienten/der Patientin erarbeitet, sind die motivationalen Lagen, der Grad der Generalisierung und Chronifizierung von Willenschwächen im Entscheidungs- und oder Durchhaltebereich hinreichend klar geworden und wurden biographische und aktuelle Einflussfaktoren sowie prospektive Pläne und Ziele gesichtet, dann kann man daran gehen, sie in ihrer Funktionalität und Dysfunktionalität für „dynamische Regulationsprozesse“ zu bewerten. Damit sind **Indikationen** für willens-

therapeutische Maßnahmen festzustellen, **Probleme**, **Ressourcen** und **Potenziale (PRP, Petzold 1997p)** zu erheben, um zusammen mit dem Patienten **Ziele** zu bilden und abzustimmen, zu gewichten, Taxa aufzustellen. Dann gilt es **Mittel** (Methoden, Techniken, Medien, Strategien, idem 1993h) auszuwählen und – wie schon erwähnt – darauf zu achten, dass keine Ziel-Ziel- oder Ziel-Mittel-Konflikte entstehen. Dabei sind störungsbildspezifische Faktoren unbedingt zu berücksichtigen. Nach solchen Vorbereitungen kann man daran gehen, Maßnahmen umzusetzen, die die Prozesse „dynamischer Regulation“ in funktionaler Weise fördern – sei es mit dem Ziel einer Restitution dysregulierter Steuerung, sei es mit dem Ziel einer Optimierung und Entwicklung der *regulatorischen Kompetenz* und *Performanz* des Systems.¹⁵² Regulation ist abhängig von „multiplen Stimulierungen“ – innersomatischen und extrasomatischen –, die den Leib mit Informationen speisen (vgl. Anm. 138 u. 154).

Greifen wir als Beispiel eine schwere depressive Störung (major depression) heraus mit einem hohen Chronifizierungsgrad, wie er uns in der Praxis leider häufig begegnet. Bei diesem Störungsbild finden wir zahlreiche „funktionelle Systeme“ (Denken, Fühlen, Wollen, Handeln), die dysreguliert sind und das in einem Maße, dass die Prozesse der „**dynamischen Regulation**“ des „personalen Systems“ (Petzold 1974) insgesamt schwerwiegend beeinträchtigt sind. Eine solche Störung darf nicht mehr nur als „*psychische*“ Störung bzw. Erkrankung gesehen werden, sondern als komplexe psychophysiologische, mentale und soziale Gesamt-

¹⁵² In **Regulationssystemen** mit „**dynamischen Regulationsprozessen**“ verstehen wir unter „**Regulationskompetenz**“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (also die Narrative/Strukturen, die „software“) und unter „**Regulationsperformanz**“ verstehen wir den Vollzug von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (also die Ablaufmuster). Beides ermöglicht im **Regulationssystem** die grundsätzliche Fähigkeit des Organismus bzw. des aus dieser biologischen Basis emergierenden Subjektes, in verschiedenen Bereichen Abläufe zu steuern – von der *intrasystemischen/intrapersonalen* Ebene, etwa der biochemischen, über die Ebene endokrinologischer Abläufe (z.B. HPA-Achse), emotionaler und kognitiver Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems, zu dem auch die Steuerung von *intersystemischen/interpersonalen* Regulationsvorgängen und immer auch Entwicklungsprozesse und -perspektiven gehören. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, welche Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden *Narrative* (Schemata, Muster, Scripts) genannt (Petzold 2000h).

störung, die eine **biopsychosoziale** Zugewandtheit (Petzold 2001a, Orth, Petzold 2000) in einer Gesamtbehandlung erfordert. Es kann nicht nur eine Zentrierung auf „moods“ erfolgen. Der Fokus „mood disorder“ reicht nicht aus. Die somatische, „*physische*“ Seite eines dysregulierten Muskeltonus mit den Folgen von Atem- und Bewegungsproblemen, gravierenden Konditionseinbußen, Erschlaffung von Bewegung, Verlust erlebter motorischer Selbstwirksamkeit, somatische Beschwerden (Schlafstörungen, Obstipationen, Unruhe etc.) imponieren neben den *psychischen* Problemen (Suizidalität, Angststörungen als häufige Komorbidität, Ruminierungen etc.). Hinzu kommen erlebter Verlust von persönlicher Attraktivität, von allgemeiner Leistungsfähigkeit, Einbußen an familiärem Support, an Sozialkontakten, an Netzwerkmitgliedern, ggf. Verlust des Arbeitsplatzes und Verschlechterung der Lebenslage, Negativierung des Denkens und Fühlens, Verlust an vitalem *Impetus*, das Leben zu gestalten, von Interessen, Kreativität, sinnlicher Appetenz, weitgehendem Verlust von Willen, d.h. Entscheidungsfähigkeit, Umsetzungs-, Durchhaltekraft usw. – ein multimorbides Bedingungsgefüge, wo eine Defizienz die andere nach sich zieht, verstärkt und damit eine akkumulative Potenzierung der Störung erfolgt. Bei entsprechendem Chronifizierungsgrad wird keine noch so gut anschlagende Medikation die verlorene physische Kondition wiederherstellen, das atrophiierte soziale Netzwerk restituieren, das verlorene Selbstvertrauen im Bereich der beruflichen Leistungsfähigkeit zurückbringen (nicht zu reden von faktischen Kompetenzverlusten bei mehrjähriger Erkrankung verbunden mit einem Herausfallen aus dem Beruf), die gestörte Paardynamik klären usw. usf.

Natürlich muss man irgendwo ansetzen, fokalthérapeutisch Schwerpunkte bilden, Foki auswählen, worum wir in der **Integrativen Fokalthérapie** natürlich bemüht sind (Petzold 1993p/2003a) – ein schwieriges Unterfangen. Ähnlich liegt es bei den schweren Persönlichkeitsstörungen. *Grave* betont in Zusammenfassung des Forschungsstandes: „Der Anteil der unwirksamen Therapien liegt bei den komplexen Störungen bei weit über 50 Prozent“ (*Grave* 2005a, 78) – er nimmt hier kein Verfahren aus (auch die VT nicht, *Grave* 2005b, 6) –, deshalb sei es „eine dringende Notwendigkeit, dass Psychotherapie besser wird“ (*Grave* 2005a, 78). Hier muss dann die Frage aufgeworfen werden, warum das so ist und wie es denn anders werden könnte. Eine Antwort, die im Rahmen vieler erforderlicher Antworten gegeben werden kann (wir können das Thema hier nicht vertiefen, vgl. Petzold 1999p), lautet: weil zu einseitig *Psycho*-therapie betrieben wird, wo unbedingt noch ein effektives

Case-Management, Netzwerktherapie, Sporttherapie und sorgfältige Medikation zum Einsatz kommen müssten.

Wo immer aber man auch ansetzen will, man wird *an dem Willensthema nicht vorbei kommen*: Soll das Netzwerk restituiert werden, ist der Wille gefordert, soll Medikamentenkooperation greifen, muss der Patient das wollen, will man eine physische Mobilisierung betreiben, braucht man den Willen. Ist dieser aber in Unentschiedenheit gefangen oder insgesamt schwach geworden, scheitert jede Maßnahme an dieser Defizienz. Deshalb muss therapeutische Willensarbeit in das Gesamt der Behandlungsbemühungen einbezogen werden! Die Behandlung sollte im Rahmen eines *multimodalen Therapieplanes* erfolgen, der neben einer gezielten und spezifischen *Medikation*, deren Wirkung sorgfältig überwacht wird, *soziotherapeutische Maßnahmen* zur Stützung der Lebenssituation und des sozialen Netzwerkes (Hass, Petzold 1999; Jüster 2007; Petzold 1997c; Petzold, Schay, Scheiblich 2006) umfassen muss, mit dem Ziel der Ressourcensicherung und -aktivierung (Petzold 1997c) und anderer supportiver (psycho)therapeutischer Maßnahmen. Diese haben das Ziel der Entlastung, der Ermutigung im Umgang mit der Erkrankung und der Motivierung zur willentlich entschiedenen Mitarbeit im Therapieplan. In der Regel liegen bei diesen PatientInnen massive Selbstwertprobleme und Verunsicherungen des eigenen Leistungsvermögens vor. Resignation, Entscheidungsunvermögen, Willensschwäche und eine allgemeine Passivität imponieren. Deshalb sehen wir aus integrativtherapeutischer Sicht in dem erforderlichen „Bündel konzertierter Maßnahmen“, eine Indikation für sporttherapeutische Interventionen. Das ist *ein* Ansatzpunkt.

4.4.1 Sporttherapeutische Willenstherapie – performanzzentriertes Vorgehen

„Cardiovasculopulmonäres“ Ausdauertraining (Running Therapy, Nordic Walking o.ä.) wird seit vielen Jahren in der Behandlung depressiver Patienten mit guten Erfolgen eingesetzt, wie eine Vielzahl empirischer Untersuchungen – von allerdings unterschiedlicher methodischer Qualität (Huber 1990; Lawler, Hopker 2001) – zeigen konnte, u.a. unsere „Amsterdamer Laufstudien“ (Bosscher 1991, 1992, 1995; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997).¹⁵³ Für differenzielle Darstellung der psychophysiologischen

¹⁵³ Herausgegriffen sei nur eine Studie (Bosscher 1995, Bosscher et. al. 1997), in der die Lauftherapie mit medikamentöser Behandlung bei Patienten mit der Diagnose „Major Depression“, die auf zwei Depressionsskalen einen Mindestpunktwert erreichten, verglichen wird. 17 Patienten erhielten eine Lauf-

Wirkung des „therapeutischen Laufens“, das *Petzold* (1969c, 1974j) in den Bereich der Psychotherapie eingeführt hatte, muss auf unsere Studien verwiesen werden, ebenso für trainingsmethodische Fragen (*Boscher* 1993; *Schay, Petzold et al.* 2004). Erwähnt sei nur, dass der Integrative Ansatz eines „creative running“ nicht nur auf Konditionsaufbau setzt, sondern auch auf soziale Erfahrungen, ökopsychosomatisches Naturerleben (*Petzold* 2006p) und ein spielerisch-improvisatorisches Lauferleben. Hier wird anamnestisch auf die Bewegungs- bzw. Sportbiographie der Patienten geschaut, um Anknüpfungspunkte zu finden, **Kausalmotivationen**, die man vielleicht nutzen kann („Früher habe ich mich immer gerne bewegt, viel Sport getrieben, hat mit auch gut getan, ... aber heute...“). Wir versuchen, **Aktualmotivationen** zu schaffen („Der Herr X und der Y laufen auch mit. Das wird ganz gemütlich angegangen!“) und **Teleomotivationen** (vgl. Anhang S. 591), indem wir einen Videofilm zeigen von Patienten am Anfang des Trainings und mitten im Programm, wenn die Erfolge sichtbar werden. („Sie werden sicher den Fußballplatz locker fünf mal umrunden, und auch ein kleines Spiel wird drin sein!“)

Was nun im Kontext einer solchen Behandlungsmaßnahme mit „Kreativem Laufen“ im Rahmen der Integrativen Therapie (vgl. *Petzold* 1974j, 1996m) wichtig ist, ist nicht nur ein behutsamer, systematischer Konditionsaufbau (ein „overexercising“ kann neben unangenehmen physischen Seiteneffekten zur psychologischen Demotivation führen), sondern eine Sensibilisierung für Willensprozesse, die jeweils vor und während des Trainings besprochen werden. Immer wenn die „Strecke mühsam“ wird, wird mit „Zuspruch“ von Seiten des Trainers unterstützt und zu „Selbstzuspruch“ angeregt („Mensch Jupp, das schaffste, noch ein Viertelstündchen, das packste auch noch“ etc.). Die Strecken werden an den Abenden vor dem Lauftreff, „mental“ abgelaufen und der Konditionsfortschritt wird gedanklich geplant. Weiterhin werden „gute Gefühle des Gelingens“ vorwegnehmend imaginiert, wodurch sich „dopaminerge Belohnungen“ triggern lassen (*Spitzer* 2002) und Motivation geschaffen wird. Große Bedeutung hat auch die Beziehung zum be-

therapie, 12 Patienten erhielten eine medikamentöse Therapie mit einem potenten Antidepressivum. Beide Gruppen zeigten zwischen Vor- und Nachmessung signifikante Reduzierungen der Depressionswerte und der Beschwerden, nach 6 Wochen war das Lauftraining der medikamentösen Therapie sogar überlegen. Beide Behandlungsformen hatten katamnestisch eine gute Nachhaltigkeit.

gleitenden Lauftherapeuten und zur Laufgruppe als Alternative zu sozialen Stresserfahrungen. Die Gruppe geht „ganz easy“ mit wechselseitigem Zuspruch und „kollektiven Willensentschlüssen“ an die Aufgabe (kollektive, *deziisionale Volition*: „Wir wollen die 12 Kilometer schaffen!“) sowie mit *kollektiver volitionaler Persistenz* („Wir bleiben da alle dran!“). Der Austausch über die Erfahrungen beim Laufen sensibilisiert die Selbstwahrnehmung und fördert den Bezug zum eigenen Leibe. Die motorische Synchronisierung durch Spiegelneuronenaktivität (*Stamenov, Gallese 2002; Petzold 2002j, 2004j, h*) – die Gruppe läuft in einem Rhythmus – unterstützt die Performanz und damit den Impetus des Wollens, der durch die Kovolutionen bekräftigt wird. Der Einbezug der Landschaft mit ihren stimulierenden Qualitäten wirkt depressiven, oft habitualisierten Wahrnehmungsabblendungen entgegen. „Ich *will* mit allen Sinnen wahrnehmend durch die Landschaft laufen!“ Ihre Markierungen (ein Baum, ein Telegraphenmast) werden als *Ziele* genommen, so dass es beständig zu Zielfixierungen und Zielerreichungen kommt, damit also Zielrealisierungstrajekte bestärkt werden.

Unsere Prinzipien der „*multiplen Stimulierung*“¹⁵⁴ und der „Performanzorientierung“ haben wir vor dem Hintergrund unseres Metakonzeptes des transversal „**informierten Leibes**“¹⁵⁵ entwickelt. Sie setzen auf ein expe-

¹⁵⁴ „**Stimulierung** wird verstanden als komplexe, erregende, *exterozeptive*, außenweltbedingte und *propriozeptive*, innersomatische Reizkonfiguration mit spezifischem **Informationswert** – z.B. durch die Amygdala als ‚gefährlich‘ oder ‚ungefährlich‘ bewertet (*emotionale valuation*) und durch den Hippocampus und den präfrontalen Cortex aufgrund archivierter Erfahrung eingeschätzt (*kognitives appraisal*). Durch die stimulierungsausgelösten mnestischen Resonanzen im Gedächtnis des ‚informierten Leibes‘, des ‚Leibgedächtnisses‘ einerseits sowie durch die Qualität des weiterlaufenden und aufgenommenen Stromes von stimulierender Information andererseits, werden Regulationsprozesse beeinflusst und wird die psychophysiologische Erregungslage des Menschen (Organismus und Leibsobjekt zugleich!) intensiviert, weiter erregt (*up regulation, kindling, hyperarousal, z.B. durch adversive Faktoren*) oder abschwächt, beruhigt, gehemmt (*down regulation, quenching, relaxation, z.B. durch protektive Faktoren*), was mit dem entsprechenden neurohumoralen Geschehen verbunden ist und Bahnungen bestärkt oder schwächt. Das hat für die Konzipierung konkreter Interventionspraxis erhebliche Bedeutung, denn der Therapeut und das therapeutische Setting müssen entsprechende Stimulierungskonfigurationen bereitstellen können, um die Prozesse **dynamischer Regulation** adäquat zu beeinflussen“ (*Petzold 2000h*).

¹⁵⁵ *Petzold 1988f.; 2002j, 2004h, j; Petzold, Bronn 1977; Sieper, Petzold 1993.*

rientielles, **performanzorientiertes** Lernen als Verarbeiten von exterozeptivem und propriozeptivem Material aus „**performance produced information**“, das in übergreifenden Lernprozessen, wie sie Therapien darstellen, generiert wird. Eine solche Konzeption, Erklärungsgrundlage für psychotherapiespezifische Lernprozesse, muss mit Forschungsergebnissen zur Neurophysiologie des Lernens verbunden sein und die erforderliche „Anschlussfähigkeit“ an die Grundlagenwissenschaften gewährleisten. Grundlagenwissenschaftliche Forschungsergebnisse haben, das demonstrieren die erwähnten Spiegelneuronenuntersuchungen, für therapeutische Praxis immer wieder eine hohe Relevanz. Die Arbeiten von *Rizzolatti* (et al. 1996, 2001) konnten zeigen, dass das Gehirn in seiner neuronalen Organisation über Schemata verfügt, die als *Handlungen* betrachtet werden können. Im Integrativen Ansatz affirmieren wir, dass die Mehrzahl der Vorstellungen demnach auch als Handlungen zu verstehen sind. Wenn die Neurone im Bereich F5 immer dann feuerten, wenn das Versuchstier, ein Rhesusmakake, eine bestimmte Geste/Bewegung machte (z.B. eine Rosine ergreifen), aber auch feuerten, wenn der Tierpfleger die gleiche Geste/Bewegung ausführte, so zeigt dies: Vorstellungen können als Handlungen aufgefasst werden und sind damit auch zum Training von Willenshandlungen zu verwenden. Weil mit diesen Vorstellungen auch Neurotransmitteraktivität, endokrines Geschehen, motorische Innervationen verbunden sind (bei Menschen z.B. subvokale Aktivierung der Larynx bei intensivem Denken) sind also immer auch performativische Prozesse aktiv. Die „Spiegelneuronen-Phänomene“ werden in der Integrativen Modellbildung und Praxeologie in der Verbindung von „perception ↔ processing ↔ action“ (*Bertenthal, Cliford* 1997; *Petzold* et al. 1994) eingesetzt, um die Performanz von Willenshandlungen zu unterstützen. Wille kann auch imitativ gelernt werden! *Rizzolattis* Ergebnisse haben die psychologisch gut untersuchten Prozesse des „Imitationslernens“ nach *Bandura* (1969b) neurowissenschaftlich fundiert, Modelllernen, das in unserem *Behaviourdrama* (*Petzold* 1972d, 1977f) und in der gesamten *Kompetenz-Performanz-verschränkten Praxis* der Integrativen Therapie, ihren **Metaperformanzen**, so nachhaltig zum Tragen kommt. Nur wenige, anregende Außenreize oder auch imaginierte Innenreize führen zur Aktivierung von *Wahrnehmungs-Handlungs-Mustern*, die durch neue Angebote, neue Formen des Willenshandelns modifiziert, bereichert, erweitert werden können, *sich selbst* zu modifizieren und zu bereichern vermögen: **selbstorganisationales Lernen**, in dem funktionelle, dynamische Regulationssysteme, die dysreguliert wurden, sich wieder einregu-

lieren können. *Alain Berthoz* (2000) hat auf dieser Grundlage seine faszinierende Theorie des „*projective brain*“ entwickelt, das Konzept der „perzeptuellen Handlung“, der entwerfenden Hirnaktivität, die komplexe Lernerfahrungen als Gestaltungserfahrungen erklärbar macht und für den sich erprobenden Willen auch Gestaltungsmöglichkeiten erschließt, denn er ist – wie alle höheren Funktionen – nicht nur *reaktiv* sondern auch *proaktiv* und *kreativ/kokreativ*.

In den Gesprächen über willentherapeutische Laufarbeit werden deshalb nicht nur die „Mühen und Freuden des Trainings“, die Überwindung von „Tiefs“, das „Besiegen des inneren Schweinehunds“ zur Stärkung der **Willenskraft** der PatientInnen zum Thema, sondern auch kreative Ideen, für die Gestaltung des „running-events“. („Wie kann man das Lauftraining/Willenstraining noch effektiver machen? Was können wir dazu beitragen?“) Damit werden die individuelle und die kollektive Kreativität bzw. Ko-Kreativität angeregt und kollektive Willensprojekte, die über das *gemeinsame Wollen* und seine Realisierung auch die individuelle Willensperformanz stärken. Das Erleben der „eigenen Wirksamkeit“ (*Flammer* 1990) als Wirksamkeit des Willens wird Fokus in der Lauf/Walking-Therapie. Die eigene „erlebte Ausdauer“ als *eigenleiblich gespürte* Qualität wird dabei so stark, dass sie depressives Erleben und Fühlen **hemmen** und damit die Inszenierung alternativer Erlebensmuster gefestigt werden kann (was durch „social reinforcement“ noch bekräftigt wird). Es werden damit erwünschte **Performanzen** als vollzogene Erlebens- und Verhaltensmuster verankert gemäß dem Grundprinzip, dass „beim Nervensystem selektive Stärkung bedeutet, dass diejenigen Synapsen und Schaltkreise von Neuronengruppen gefestigt werden, die den von den Bewertungssystemen vorgegebenen Kriterien entsprechen“ (*Edelman* 2004, 52).

Lernprozesse sind häufig sehr spezifisch, d.h., dass dem *Transfer* von Lernerfahrungen (*Petzold* 1995a, b) – hier von der Laufsituation zu anderen Willensaufgaben – Beachtung geschenkt werden muss. Mit dem depressiven Patienten werden deshalb Arbeitsaufträge wie Behördengänge, Besorgungen für den Haushalt etc. geplant, ggf. im Rollenspiel vorbereitet und mental mit der Lauferfahrung gekoppelt. („Sie gehen jetzt zum Bürgerbüro wie auf Ihre Laufstrecke. Wir spielen das mal in der Phantasie durch. Also, Sie steigen in die Linie Nummer 6 zum Bahnhof, dann...“). Willens*performanzen* erlebbar zu machen in konkreten Handlungsvollzügen, ist eine Kernstrategie integrativer Willentherapie. **Performanzenzentrierung** auf dem Hintergrund von Einsichts- und Verstehensprozessen

ist ohnehin ein Charakteristikum des Integrativen Ansatzes (Sieper, Petzold 2002; Petzold, Engemann, Zacher 2003).

In der Behandlung von Depressionen brauchen wir, wie aufgezeigt wurde, den Willen an vielen Stellen: beim Umüben negativer, selbstentwertender Kognitionen, die – wenn sie auftauchen – unterbrochen und durch andere Gedanken ersetzt werden müssen, damit „man auf andere Gedanken kommt“, weiterhin bei der Veränderung von resignativen Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Bedrücktheit durch mimisch-gestisches „Reframing“. Der Patient wird angehalten, eine „Neugierdemimik“, eine „Freundlichkeitsmimik“ a u f z u s e t z e n – auch wenn ihm nicht danach zu Mute ist –, weil durch die „*movement produced information*“ des mimischen Feedbacks (Döring-Seipel 1996) Umstimmungen möglich sind, die, werden sie oft genug in die Performanz gebracht, auch zu Um- und Neubahnungen führen können. Die Strategie „Give yourself a smile for a while“ erfordert die Willensentscheidung, sie auch auszuprobieren (dezisionales Moment) und umzusetzen und verlangt natürlich einige Willenspersistenz, das nämlich 20 bis 40 Mal am Tag zu praktizieren. Therapietagebuch, Übungsnotizbuch und ähnliche Hilfen unterstützen die persönliche Willensarbeit, die in der Therapie immer wieder besprochen und ggf. biographisch kontextualisiert wird, d.h., es wird thematisiert, wie es in der eigenen Biographie mit den Möglichkeiten bestellt war, „etwas für sich zu wollen“, sich etwas „zu Gute zu tun“, für sich „Sorge zu tragen“. Es kommt dann auch die Frage auf, wer das in der Familie gefördert, wer es verhindert hat, wer durch eigene Depression ggf. ein negatives Imitationsmodell war usw. Damit werden auch psychodynamische, biographische Konstellationen ins Spiel gebracht und in der therapeutischen Arbeit berücksichtigt. Insbesondere wird durchgespielt und thematisiert, wie die Reaktion des Patienten auf die Aufgaben ist, die der Therapeut vorschlägt, um zu verhindern, dass sich hier „Folgsamkeiten“ reinszenieren, die biographische Unterwerfungsmuster reproduzieren, was durchaus negative Auswirkungen auf die Therapie haben kann. Die „Affiliation“ zum Therapeuten sowie Auslöser möglicher „Reaktanz“ werden thematisiert (Petzold, Müller 2005), die Qualität der therapeutische Relationalität in ihren Dimensionen „Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit“ werden ebenso besprochen wie auch „Übertragungs/Gegenübertragungsphänomene“ (deren Bedeutung im Integrativen Ansatz gegenüber dem generalisierenden psychoanalytischen Usus sehr spezifisch auf klinische Phänomene begrenzt und deutlich weniger allumfassend gesehen wird, vgl. *ibid.* und Petzold 1991b). Willens-

therapeutische Maßnahmen, das wird hier deutlich, stehen also auch immer in einer beziehungstherapeutischen Gesamtkonzeption (idem 1996k; Orth, Petzold 1993b), so dass hier nicht der Eindruck entstehen sollte, das integrative Therapiegeschehen hätte eine einseitig behaviorale Ausrichtung, obwohl diese eine wesentliche Komponente darstellt (Sieper, Petzold 2002). Aber Beziehungsdynamiken sind in einem Bereich, der von Wille und Gegenwille, Wollen und Anders-Wollen, *Aushandeln von Zielen und Grenzen* bestimmt ist, nicht auszublenden.

Der beziehungstherapeutische Aspekt in der Willensarbeit wird in ganz besonderer Weise berücksichtigt und gefördert, wenn es gelingt, einen Patienten/eine Patientin zu motivieren, einen „Weg“ (*do*) sporttherapeutischer Persönlichkeitsbildung zu beginnen (Aikido, Kendo, Karate etc. also japanisches *Budo*¹⁵⁶, chinesischer *Wushu*, slawischer *Kolo*) ergänzend zu der psychotherapeutischen Behandlung oder im Rahmen eines komplexen Interventionsprogrammes (siehe oben 4.1). „Budo“ hat die Qualität einer hervorragenden Lebensschule – nicht zuletzt durch Schulung des Willens. Das hat der Genius des ostasiatischen Lebenswissens über die Jahrtausende erarbeitet:

„Die fernöstlichen Kampfkünste haben in sich Wirkungen, die der von Psychotherapien vielfach an die Seite gestellt werden können, und sie sind eine hervorragende Ergänzung von Psychotherapien oder mit diesen kombinierbar. Sie schaffen Leibbewusstsein, fördern persönliches Wachstum und Souveränität, stärken das Selbstbewusstsein und das Gemeinschaftsgefühl, die Fähigkeit, seine Emotionen zu regulieren, Spannung und Entspannung optimal und intentional zu kontrollieren, kurz: seinen Leib zu beherrschen. Und sie eröffnen Dimensionen des Sinnes

¹⁵⁶ **Budo** [japanisch bu »ritterlich«, do »Weg«] *das*, Sammelbegriff für die japanischen Kampfkünste Aikido, Judo, Jujutsu, Karate, Kendo, Kyudo und Sumo. Daneben wird auch das eigentlich koreanische Taekwondo zum Budo gezählt. Alle zu den Budokünsten gehörenden Kampfformen haben ihren gemeinsamen ethisch-philosophischen Grund im Do-Begriff der Zen-Philosophie als dem Weg zur Beherrschung von Körper und Geist. **Brockhaus**, Bibliographisches Institut 2001 [CD-Rom] – „*Budo* ist die Praxis eines Dreiklangs von asiatischer Kampfkunst, Gesundheitsförderung und Bewegungsmeditation, eines ‚ganzheitlichen‘ *Weges*, achtsamer, gesundheitsbewusster und heilsamer Lebensführung und Lebenskunst. In seiner Tiefendimension kann *Budo* ein Pfad persönlicher Entwicklung, schöpferischer Integration, Sinnfindung und engagierter Arbeit für Brüderlichkeit, Mitmenschlichkeit und Frieden werden, ein *Weisheitsweg zu Wesentlichem*“ (Petzold 1993).

und des Wertebezugs für das persönliche Leben, die vielen Menschen eine neue Orientierung geben können, wenn sie diesen Weg des Budo konsequent verfolgen und sich all diese Möglichkeiten erschließen, die sich in dem Begriff der ‚fundamentalen Budoerfahrung‘ fassen lassen“ (Petzold 1993). Im Budo und der hinter ihm stehenden Lebensphilosophie des Daoismus, des Shinto und Zenbuddhismus wird der „Alltag als Übung“ (Dürckeheim 1964) aufgefasst und der „Weg der Übung“ als tägliche Bewegungspraxis, als ganzheitliche Übung der Fähigkeiten und Kräfte der Person genutzt: ihrer Achtsamkeit, ihrer Steuerungsfähigkeit in der Bewegung wie in den Affekten, ihrer mentalen Kontrolle, um „umfassende körperliche, seelische und geistige Gesundheit und Ausgeglichenheit zu erlangen. Es geht um Wege permanenter, persönlicher Entwicklung, um die fundamentale Erfahrung der ‚Arbeit an sich selbst‘ und der konstruktiven ‚Auseinandersetzung mit dem Anderen‘ im Kontext unserer Lebenswelt und unserer mitmenschlichen Beziehungen, Wege, die zu einer Kultur inneren und äußeren Friedens und herzlicher Verbundenheit zwischen Menschen führen sollen“ (Petzold 1969c), wie das die großen Meister des chinesischen Wushu, des japanischen Budo, des russischen Kolo gelehrt haben und lehren (idem 2004; Petzold, Bloem, Moget 2004). Der Wille hat in diesen Wegen eine eminente Bedeutung bis hin zu der Praxis des „Nicht-Wollens“, die man „wollen“ muss, aber in der man dieses Wollen auch aufgeben kann und damit eine neue Qualität der Freiheit gewinnt: das *wuwei*, die „mühevollen Mühe“, das „Nicht-Handeln“, das nicht die Aufgabe jeglicher Aktivität, sondern höchste Aktivität einer anderen Art bedeutet, die aus anderen Quellen gespeist wird als aus denen des „Müssens“, der sozialen Zwänge, des „achievements“. Man muss für diese Praxis der bewegungsaktiven Lebensführung, Achtsamkeit und Zentriertheit nicht Daoist (Oldstone-Moore 2002) oder Zen-Buddhist (Suzuki 1987) werden, um diese „Wege der Übung“¹⁵⁷ zu praktizieren. Sie stehen für sich selbst, wie wir in mehr als 50 Jahren Praxis von Budo, Wushu und Kolo erfahren haben und bis heute erfahren. Diese Thematik kann hier nur gestreift werden, und wir müssen auf die reiche Literatur zu diesem Bereich verweisen (Petzold et al. 2004; Bloem, Petzold, Moget 2004).

In der willenstherapeutischen Arbeit – ob im Kontext sport- oder bu-
dotherapeutischer Vorgehensweisen oder in der Verwendung anderer

¹⁵⁷ Vgl. Deshimaru (1987), Hyams (1998), Ueshiba (1998), Robinet (2002), Tawm (2003).

Methodiken ist dabei zweitrangig – wird es wichtig, „intrinsische Motivationen“ als **Kausalmotivationen** aufzufinden bzw. als **Aktualmotivationen** und **Teleomotivationen** aufzubauen, um erfolgreiche Behandlungen zu erzielen mit dem Willen, aus der Depression herauszukommen und deshalb auch bei einer Sporttherapie mitzumachen, die Medikamente einzunehmen, die mentalen Übungsprogramme durchzuführen, die Pflege des sozialen Netzwerks in Angriff zu nehmen (Hass, Petzold 1999; Brühlmann-Jecklin, Petzold 2004). Der Verstehensrahmen, der dem Patienten geboten wird, sein Einbeziehen in den Prozess der Therapieplanung, der Zielfestlegung und der Zielüberprüfung stärkt die *Selbstwirksamkeit*. Der Wille, sich zu belohnen, Leistung und Zielverwirklichung anzuerkennen, die „erfahrene Wertschätzung des Therapeuten“ (fremdattributiv erlebt) auch nutzen zu können, um „Wertschätzung sich selbst gegenüber“ (selbstattributiv) zu entwickeln, wird thematisiert und systematisch aufgebaut. Selbstliebe (*philantie*, wie es in der Antike hieß) muss man *wollen*, oftmals gegen internalisierte Muster der „Selbstentwertung“, die gehemmt werden müssen (Grave 2004), dadurch dass man sie unterbricht, durch Distraktoraktivitäten von ihnen ablenkt und sie durch andere *positive*, „selbstreferentielle Kognitionen, Emotionen und Aktionen“ (Petzold 2003a, 633f.) in situ ersetzt. Solche inneren Bilder und Szenarios, aber auch konkrete Aktivitäten werden mit dem Patienten erarbeitet, damit er sie zur Verfügung hat, wenn sie gebraucht werden und von ihm in die Performanz gebracht werden können.

4.4.2 Mentales Training und Imaginationsarbeit

„Der Mensch ist ein **multiperzeptives** und **multiexpressives** Wesen, das beständig exterozeptiv wahrgenommene Reize und durch sein Expressionsverhalten permanent selbsterzeugte Reize als ‚movement produced information‘, als propriozeptive Stimulierungen, aufnimmt. Diese komplexen Informationen aus komplexen Lernerfahrungen ermöglichen in ihrer zerebralen Weiterverarbeitung ‚multisensorische Phantasien‘ für kokreative Entwicklungen und Zukunftsentwürfe und für den Willen, sie zu realisieren“

(Petzold 2000h).

Im voranstehenden Abschnitt wurde immer wieder deutlich, wie *motorische* und *mentale Performanz* zur Unterstützung von Willensarbeit miteinander kombiniert werden können. Im Willensgeschehen sind spezifische mentale Prozesse am Werk, ja unabdingbar, nämlich die *mentalen Vorweg-*

nahmen des im willentlichen Streben zu Erreichenden (Teleomotivation), um den *Impetus des Wollens* zu stärken. Die „antizipatorische Handlungssteuerung“ (Goschke 2006, 126) erfordert systematische Antizipationsarbeit. Die Zielkartierungen, die wir in der diagnostischen Arbeit mit vielen PatientInnen erstellen (Petzold, Leuenberger, Steffan 1998), geben die Möglichkeit, Ziele imaginativ zu konkretisieren, zu visualisieren. Dafür bietet sich das reiche Methodenrepertoire der Imaginationsverfahren an, die im Integrativen Ansatz eine lange Tradition haben. Ihre Wurzeln liegen in der französischen Schule der „L’imagerie mentale“ (Frétigny, Virell 1968), die von Janet begründet und von Desoille, Virell u.a. weitergeführt wurde – wir konnten noch bei Virell lernen – und die wir in besonderer Weise zur Arbeit mit „komplexen katathymen Imaginationen“ weiterentwickelt haben (Petzold 1972f., 1990w). Dabei wird von der Erfahrung ausgegangen, dass exterozeptive und propriozeptive Wahrnehmungen in komplexer, vernetzter (holographischer) und modalspezifischer Weise aufgenommen, abgespeichert und repräsentiert werden und dass komplexes Wahrnehmungserleben deshalb auch in dieser ganzheitlichen und differenziellen Weise memoriert und mnestisch durch spezifische „Trigger“ als mentales Geschehen aktualisiert wird. Das kann in einer sehr großen Erlebnisdichte geschehen. („Mir ist, als ob ich den Fliederduft jetzt wirklich rieche!“, „Ich spüre den Wind auf meiner Haut, die ganze Szene ist da“). Wir setzen solche „Proust-Phänomene“, Schlüsselerlebnisse des unwillentlichen Erinnerns („mémoire involontaire“) gezielt ein (Proust 1913/1984). Verbal benannte oder durch mediale Angebote aufgerufene „cues“ (Schlüsselreize) lösen Prozesse aus, die die Vergangenheit in ihrer Fülle und Totalität wieder erwecken. Diese Fähigkeit zu „komplexen Vorstellungen“ machen wir uns für die Willensarbeit zu nutze und gehen dabei über das alltagspragmatische Verständnis von „Vorstellungen“ als diejenigen anschaulichen, seelischen Inhalte, die Erinnerungsbilder von Wahrnehmungen sind, weit hinaus, denn der Alltagsverstand lässt oft z.B. kinästhetische Vorstellungen oder olfaktorische aus und bleibt im bildlich-imaginalen oder im sprachlich-memorativen Bereich. Aber gerade bei Willenshandlung müssen wir auch „Repräsentationen“ von Volitionserfahrungen aufrufen, um mit ihnen arbeiten zu können („Ich spüre das noch ganz genau, welche Willensanstrengung mich das damals gekostet hat, um die Prüfung zu schaffen!“). Auch „Vorstellungen von Vorstellungsprozessen“, d.h. Metarepräsentationen, werden wichtig („Ich hatte damals Mühe, mir diese Idee vorzustellen, aber dann gelang es mir.“). Weil Wille sich auf vorgestellte Aufgaben (konkretistische Willensintention) und/oder auf Zielvorstel-

lungen richtet, die sehr konkret „begreifbar“ sind – z.B. bis zum Gipfelkreuz aufsteigen – die aber auch als abstrakte Themen Grundlage von Willensintentionen sein können – die Prüfung mindestens mit „gut“ bestehen –, wird die Vorstellungsarbeit, die für die „antizipatorische Handlungssteuerung“, die „proaktive Handlungsvorbereitung“ notwendig ist, auch unterschiedlich mit unterschiedlichen Repräsentationen (z.B. hochkomplexen und einfacheren) von Zielvorstellungen umgehen müssen. Auch dafür sind „Repräsentationen“ erforderlich, die Teile einer Gesamtrepräsentation unseres „sozial und sprachlich definierten Selbstes“ sind, das „narrativ strukturierte Vorstellungen von der Vergangenheit ... und Szenarios für die Zukunft ersinnen“ kann (Edelman 2004, 101). Sie sind Ergebnis hochkomplexer *reentranter* Verschaltungswege, wie sie höhere Funktionen kennzeichnen. Dabei ist, darin ist Edelman zuzustimmen, „das neuronale Substrat des Bewusstseins aber nicht repräsentational“ (ibid. 106). Gedächtnis, Begriffe, Repräsentationen, Bewertungssysteme – *Qualia* also – sind „notwendige Voraussetzungen für Bedeutung und semantischen Gehalt, aber nicht identisch mit ihnen“ (ibid.). Hier sind wir wieder mitten im Problem der Körper-Seele-Verhältnisse! Repräsentationen sind mit ihren neurophysiologischen Grundlagen, aus denen sie *emergieren*, aufs Engste verschränkt, aber nicht mit ihnen gleichzusetzen. Die enge Konnektivierung des Emergierten mit dem Milieu des Emergierens ermöglicht indes Wirkungen, die durchaus feststellbar, wenn auch noch nicht kausal stringent *erklärbar* sind. Wir haben in der Integrativen Therapie zu individuellen und kollektiven mentalen bzw. mnestischen Repräsentationen¹⁵⁸ Positionen entwickelt¹⁵⁹, die für unsere Praxis der Willensarbeit fundierend sind.

„Mnestische Repräsentationen“ sind Aufzeichnungen von verarbeiteten **Wahrnehmungen** – seien sie nun von bildlicher oder akustischer **Gestalt**, kinästhetischer oder olfaktorischer Art oder ein komplexer szenischer **Rahmen** oder von atmosphärischer **Qualität**, wobei die Reaktionen auf das Wahrgenommene und das Verarbeiten der Wahrneh-

¹⁵⁸ **Repräsentationen** sind neurophysiologisch abgespeicherte „*Informationen*, die als bewusste und nichtbewusste, bildhafte und sprachliche, private und kollektive Vorstellungen, Imaginiertes sowie extero- und propriozeptive Wahrnehmungseinhalte (wie übrigens schon bei *Wundt* 1903) verstanden werden. Der Repräsentationsbegriff schließt auch genetisch disponierte bzw. durch Lernprozesse erworbene kognitive, emotionale, sensumotorische und kommunikative Schemata/Stile ein“ (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 538).

¹⁵⁹ Petzold 2003a, 1052ff., 2006v, Petzold, van Beek, van der Hoek 1994, 531-554.

mungsinformation (Ordnen, Kategorisieren der Erfahrung, bewertende Prozesse, sprachliche Kodierung) in einer solchen Repräsentation mit-enthalten sind. Es handelt sich bei Repräsentationen also um den Niederschlag im Gedächtnis von vielfältiger, „differenzieller Wahrnehmungs- und Prozessinformation, d.h. von organisierter bzw. strukturierter Information auf Niveaus von unterschiedlicher Komplexität“ (Petzold et al. 1994, 539). Und genau diese Komplexität „vielfältig kumulierter Qualia“ in Repräsentationen bewirkt, dass man für „einzelne repräsentationale Zustände ebenso wie für Qualia niemals *die eine und einzige* ihnen zugeordnete Kartierung finden“ kann (Edelman 2004, 112). Wir sprechen deshalb von „hinlänglichen Näherungen“, die allerdings vollauf ausreichen, etwa mit imaginalen Methoden über Repräsentationen Willensarbeit zu machen.

Imaginationsmethoden waren uns vertraut und wurden von uns praktiziert, als sie noch nicht ins Standardrepertoire behavioraler Therapie Eingang gefunden hatten (Beck 1970, Klinger 1971, 1977) und durch die bahnbrechenden Sammelbände von Shorr et al. (1980) und Singer und Pope (1978)¹⁶⁰ eine gewisse Popularität gewannen. Als „*mental training*“ oder „*mental practice*“ (Richardson 1967) wurden Imaginationsmethoden in einen behavioralen Rahmen gestellt (Singer 1974) und leisteten für die „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie einen wichtigen Beitrag zu einer Neuorientierung, die von uns schon sehr früh mitvollzogen wurde.¹⁶¹

Die imaginalen und mentalen Beeinflussungs- und Trainingsmöglichkeiten für Verhalten auf der kognitiven, emotionalen und volitiven Ebene blieben ein Schwerpunkt des Interesses im Integrativen Ansatz¹⁶² zumal in Bewegungstherapie, Sporttherapie und Sport das „mentale Training“ – neuerlich auch unter dem Stichwort „*mental practice*“ (Annett 1995) bekannt geworden – für uns zu einem unverzichtbaren Instrument geworden ist. An Petzolds Abteilung durchgeführte Untersuchungen zur willentlich mental imaginierten Bewegung zeigten deutliche Trainingseffekte für die motorische Performanz (Boschker et al. 2000; Boschker 2001). „Mentale Ereignisse“ sind bedeutende Ansatzpunkte und Einflussmög-

¹⁶⁰ Petzold gab die deutsche Ausgabe dieses Readers von Singer und Pope, an dem u.a. Protagonisten der Psychotherapie wie Cantela, Horowitz, Kazdin, Leuner, Meichenbaum, Shorr mitgearbeitet haben, heraus.

¹⁶¹ Vgl. unsere Arbeit Petzold, Osterbues (1972: „Zur verhaltenstherapeutischen Verwendung von gelenkter katathymen Imagination und Behaviourdrama in einem Lebenshilfezentrum“).

¹⁶² Petzold/Geibel 1972; Petzold/Orth 1990a; Sieper 1971; Petzold 1990w, 2006v.

lichkeiten in Therapien und agogischen Lernprozessen, die „Vorstellung“, d.h. das Hervorholen und sich „vor Augen führen“ oder „in den Sinn bringen“ von einstmalig aufgenommenem und Eingprägtem nutzen. Dafür haben wir zahlreiche kreative Methoden und Techniken imaginaler, gustatorischer, kinästhetischer „Evokation“ entwickelt, die damit breiter ansetzen als die bildorientierten Methoden von *Sborr* (1972, 1974) oder *Leuner* (1985). Deshalb haben wir von „*komplexem katathymem Erleben*“ (*Petzold* 1972f, 1990w) gesprochen als *komplexen Imaginationsmethoden*, die handlungsbasiertes „Vorstellen“ (*action-based imagery*, *Boschker* 2001) praktizieren. Wir haben das in die bewegungstherapeutische Praxeologie (*Petzold* 2001c) und in der Transferarbeit von der Therapiesituation in Alltagskontexte – da liegen immer erhebliche Schwellen – in der Kinder- und Erwachsenentherapie eingesetzt (idem 1995a,b).

Imaginationsmethoden setzen wir als „mentales Trainig“ bei Entscheidungsschwierigkeiten ein, bei denen sachliche und interpersonale Probleme, die einem Entscheiden entgegenstehen, im Vorfeld abgeklärt worden sind und sich als keine „wirklichen“, realen Hindernisse erwiesen haben, sondern wo die fehlenden Entscheidungen in den Problemen der Person liegen, die eine solche Deziision treffen müsste. („Ich weiß, ich müsste das entscheiden, die Zeit läuft davon, aber ich kann nicht. Ich habe jede mögliche Entscheidung schon x-mal umgeworfen!“). In der Regel ist ein solches Verhalten nicht ereignisgebunden, sondern stellt eine generalisierte Entscheidungsschwäche bzw. -unfähigkeit dar. Es ist durchaus sinnvoll, hier biographisch nach Hintergründen, dysfunktionalen „**Kausal**motivationen“ zu suchen, weil komplexe Willensentscheidungen als „höhere Funktionen“ immer auch *sinngeleitet* sind – das unterscheidet sie von „*Libet*-Willenshandlungen“. Eine Geschichte von Strafen und Negativkonsequenzen, von überprotektiver Verhinderung eigener Willensperformanz vermag durchaus „ursächlich“ sein, und das in einer Therapie zu erkennen, kann zweifelsohne zu einer starken „**Aktual**motivation“ werden. Sind die zur Entscheidung anstehenden Probleme von großer Bedeutung (eine Kapitalerhöhung im Unternehmen, die Heimunterbringung des dementen Vaters, der zu Hause nicht mehr zu halten ist, etc.) können diese Probleme auch eine gute „**Tele**motivation“ darstellen: allein, es fehlt der Wille. Der Konsens, an diesem Problem, das als solches erkannt wurde, etwas zu tun, ist die Basis für die Therapie. Die psychoedukative Information über das Willenstraining wird gegeben und aufgenommen: Sie muss dann angenommen werden, und damit haben wir einen ersten, wichtigen Entscheidungsschritt.

Eine Kernstrategie mental-imaginaler Willensarbeit ist – wie im mentalen Training für Sportperformanzen –, die zu erreichenden Ziele minutiös in der Phantasie durchzuspielen. Dabei regen wir den Patienten/die Patientin an, den mikroökologischen Raum – mit seinen Gegenständen, Ausmaßen, Farben, Geräuschen, Gerüchen, Temperatur etc. – so genau wie möglich zu imaginieren. Damit wird etwaiger positiver, aber auch negativer Aufforderungscharakter zugänglich (eventuell eine „Übertragung“ auf die Örtlichkeit als eine Reaktualisierung unangenehmer, hinderlicher Erfahrungen, die modifiziert, durch neue Phantasiearbeit „umgeframed“ werden müssen). Genauso werden etwaig anwesende Personen mit ihrer Mimik, Gestik, Haltung visualisiert, um ermöglichende Unterstützung oder verhindernde Impulse zu erfassen und ggf. zu modifizieren. In der Imaginationarbeit wollen wir einen optimalen „Aufforderungscharakter“ (*Levin*) und die besten „Handlungsmöglichkeiten“ (*affordances*, *Gibson*) herstellen. Dann wird die anvisierte Willenshandlung im Bereich „Entscheidung“ in die Vorstellung geholt und das dabei aufkommende „eigenleibliche Spüren“ bewusst gemacht. Ist dieses mit unangenehmen Regungen verbunden, werden diese „umgestimmt“. „Gute Gefühle“ werden aufgerufen und „verankert“, wobei suggestive bzw. autosuggestive Hilfen gegeben und vermittelt werden, so dass der Klient die zuvor „verankerten“ Empfindungen auch „herbeigerufen“ kann: „Zuversicht komm her!“ – „Sicherheit, her zu mir, schnell!“ – „Willenskraft, an meine Seite!“ Dieses Aufrufen wird als „Hausaufgabe“ in den Alltag zum Üben gegeben – und zwar in vielfältigen Situationen und nicht nur in Problemkontexten, damit eine gute Habitualisierung und Generalisierung erreicht wird. Auch werden im Vorfeld die Entscheidungsaufgaben nicht zu hoch angesetzt, aber in „sukzessiver Approximation“ (einem alten behavioralen Verfahren) angesteuert. Unsere Devise: „Man muss Entscheidungsaufgaben wie Kreuzworträtsel lösen!“ kommt bei den Patienten gut an. Sie werden ermutigt, neben den in der Therapie erarbeiteten „Hausaufgaben“ auch sich selbständig Entscheidungsaufgaben ausdenken und „mental zu lösen“, um die Selbstwirksamkeit anzuregen. Immer sollen mentale und reale Handlungen durch *Selbstverbalisationen* begleitet werden: „Ich löse jetzt ...!“ – und bei Erfolg: „Ich habe ... gelöst“. Auch *Eigenzuspruch* wird ermutigt – „Peter, Mensch Peter, jetzt komm auf'n Punkt. Los, entscheid' Dich!“ – und dabei durch affirmative Mimik und Gestik unterstrichen! Das ist zur Evokation von „assertiveness“ durch „movement produced information“ wichtig. Durch das „Gespräch mit sich selbst“, wird die „innere Gefährtschaft“ bestärkt, die

sich mit dem dritten, vierten Lebensjahr durch die „Verinnerlichung von Anderen“ und die Ausbildung des „generalisierten Anderen“ (Mead 1934) als eigenes Selbst zunehmend aufbaut. Für ein stabiles Selbst und eine pugnante und dennoch flexible Identität sind diese Prozesse wesentlich (Petzold 2001p). Mit *Vygotskij* und *Lurija* halten wir derartige „Selbstverbalisationen“ für die Ausbildung der höheren Funktionen für wichtig. Die „mentale Entscheidungsarbeit“ wird auf der Ebene des Alltagshandelns konkretisiert: einmal dadurch, dass Entscheidungssituationen als solche von den PatientInnen auch wahrgenommen werden (sie entscheiden nämlich regelhaft mehr, als sie sich selbst bewusst sind), zum anderen dadurch, dass „Entscheidungsherausforderungen“ geplant und im realen Leben angegangen werden. Solche „*challenges*“ werden dann in der Schwierigkeit gesteigert, bis schließlich die „neuralgischen Entscheidungsbereiche“ in Angriff genommen werden können und in kleinen Schritten im Detail durchphantasiert werden als Vorbereitung für die Umsetzungen in der Realität des Lebens. Durch den Patienten selbst erfolgt dabei immer ein „monitoring“ des mikroökologischen Kontextes, der mikrosozialen Situation und der eigenleiblichen Befindlichkeit, und es werden, wo notwendig, „Umstimmungen“ vorgenommen, wenn negative Empfindungen und Gefühle aufkommen.

Eine wichtige Hilfe wird das Beiziehen eines „inneren Beistandes“, einer Technik der Krisenintervention, die Petzold Ende der sechziger Jahre in der Arbeit mit jugendlichen Abhängigen entwickelt hat. Eine positive Bezugsperson, die als „protektiver Faktor“ im Leben des Menschen fungiert hat oder noch fungiert (z.B. ein Großvater, eine Patentante, ein Nachbar, eine Lehrerin), wird als „**innerer Beistand**“ (Petzold 1969c, 1985) so „verankert“ und evozierbar gemacht, dass sie schnell „aufgerufen“ werden kann: „Großvater, komm!“ Das innere Bild des Großvaters taucht dann auf, ja mehr noch und konkreter: Seine „erlebte Präsenz“ wird „leibhaftig gespürt“. Die Verankerung wird dann „erprobt“, indem Problemsituationen aus der Erinnerung aufgerufen werden, um zu sehen, ob sich die mentale Evokation „bewährt“ und die Gefühle der Sicherheit, Wertschätzung, Unterstützung, die durch den imaginierten Beistand als „aktivierte Gedächtnisinhalte“ erlebbar wurden, Bestand behalten. Das ist in der Regel der Fall. Es handelt sich um eine sehr wirksame Imaginationstechnik.

„Inneren Beiständen“ kommt besondere Bedeutung für das Thema „Durchhaltevermögen“ zu, das für die Willenstherapie die schwierigsten Hürden bereitstellt. Sind Ziele gut gewählt, dezisional klar bejaht und ge-

wollt, sind die Umsetzungsschritte erfolgt, dann bleiben bei komplexeren oder schwerwiegenden Zielsetzungen die Mühen der Umsetzung in der Dauer und das Erreichen einer Nachhaltigkeit als Aufgabe für den Willen, der immer wieder die Entscheidung für die Veränderung neu bekräftigen und durchtragen muss, ja, sie gegen „Versuchungen“, „Rückfallgefährdungen“, „Aufgeben“ und „Resignieren“ verteidigen muss. Die Imaginationsarbeit geht deshalb über die Thematik der **Dezisionalität** hinaus und muss die Probleme der **Persistenz** aufgreifen. Die Zielrealisierung, die zu erwartenden Schwierigkeiten werden antizipatorisch durchgegangen und *mental bewältigt*. Es wird damit, was die Schwierigkeiten anbetrifft, systematisch „*preparedness*“ aufgebaut, mentales Vorbereitetsein gefördert, ja mehr noch, es werden Überwindungsleistungen, Gelingen *prospektiv imaginiert* und die Ziele **proaktiv** vorbereitet, indem sie mental-imaginal schon erfolgreich realisiert werden. Das stärkt Motivation und Zuversicht und schafft ein „Vorbahnen“ der in der Realisierung tatsächlich zu erbringenden Willensleistung, als „antizipatorisch erlebtes Wollen“, als vorwegnehmend durchspürte Willensanstrengung, die gelingen muss. Die erforderlichen Schritte, die erwarteten Anstrengungen und Belastungen werden so detailliert wie möglich in „präparatorischen Imaginationssitzungen“ durchlebt. Die PatientInnen sind in ihrem komplexen mentalen Empfinden oft höchst involviert und befinden sich in Formen einer „imaginalen Trance“, in der Bilder, Empfindungen, Gefühle sehr konkret erlebt werden. Immer wieder – und nicht nur bei auftauchenden Schwierigkeiten – wird dann der „innere Beistand“ aufgerufen und um Hilfe und Unterstützung gebeten.

Dies sind einige Beispiele für unsere Verwendung von „komplexen Imaginationen“, und unsere Methodik des „mentalen Trainings“, die wir seit Ende der 60er Jahre in der Integrativen Therapie entwickelt haben und durch die willenstherapeutische Arbeit unterstützt wird, nicht nur um einzelne Ziele zu erreichen, sondern um die Willensfähigkeiten selbst, die Kompetenz und Performanz des Wollens als solche zu stärken, so dass im Lebensalltag ein ausgereifter, erstarkter Wille den Patienten bei seiner Bewältigungs- (*coping*) und Gestaltungsarbeit (*creating*) unterstützt, die er im Leben zu leisten hat.

Die „Macht der inneren Bilder“ (Hütber 2004) ist beträchtlich. Ihre motivierende und handlungssteuernde Kraft kann und sollte in therapeutischen Prozessen, insbesondere in der willenstherapeutischen Praxis, vermehrt eingesetzt und genutzt werden. (Beispiele *Petzold, Orth*, dieses Werk, Bd. II).

5. Philosophische Therapeutik, Persönliche Souveränität und der Wille zur Freiheit

„Freiheit bekommt man nirgendwo geschenkt. Man muss sie *wollen*, für sie Einsatz bringen – immer!“
(Petzold 1969c).

Im Vorausgegangenen wurde versucht, einen weiten Bogen zu spannen und damit auch Perspektiven zu „konnektivieren“, die wir in den früheren Buchprojekten zum Willenthema aus *interdisziplinärer* Sicht (Petzold 2001i) und über die *intradisziplinären* Auffassungen in den verschiedenen Psychotherapieschulen (Petzold, Sieper 2003a Bd. 1 und 2) zusammengetragen haben und die auch in diesem Band in der ganzen Breite möglicher Positionen in den Blick kommen. Das Konnektivieren als ein Vernetzen von Perspektiven und Wissensständen hat nicht den Anspruch einer „starken Integration“ (Sieper 2006), und ein Thema wie das dieses Buches eignet sich auch gar nicht für eine „große Synthese“, weil gerade die Vielfalt der Perspektiven, eine „*synthèse panoramique*“ (Ricoeur 2000), das Wesentliche an einem „komplexen“ Erkenntnisgegenstand ist, der die Sicht der Psychologie, der Biologie, Philosophie u.a.m. braucht, um in seinen Bedeutungsgehalten hinlänglich erfassbar zu werden. Der Philosophie als „*Integrationswissenschaft*“, als „*Disziplin der Konnektivierung*“, als Weg des „Umgangs mit uns selbst“, mit unserer „Begrenztheit“ kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie erhält damit nicht mehr die Position der Leitdisziplin, die beansprucht, die großen Integrationen vorzulegen, sondern wird zur Disziplin, die *Diskurse zu vernetzen sucht*. In der Psychotherapie als klinischer Disziplin, in der es um das Leben konkreter Menschen geht, kommt Philosophie überdies die Aufgabe zu, bei den unvermeidbaren normativen Fragen, mit denen TherapeutInnen und KlientInnen bzw. PatientInnen zu tun haben, Orientierungshilfen zu geben.

Die Philosophie reiht sich damit ein in das Spektrum der Disziplinen, die im Dienste der klinischen Aufgaben stehen, Menschen beim Wiedergewinn oder Erhalt ihrer Gesundheit und in der Erleichterung ihrer Krankheit und ihres Leiden zu unterstützen, der Disziplinen, die wir als „**klinische Wissenschaften**“ bezeichnet haben (siehe oben 2.3). Die Zielsetzungen sind damit auch deutlich:

„**Klinische Philosophie** will Materialien aus unterschiedlichen Disziplinen und Feldern für die Theorienbildung und Praxeologie in der Psychotherapie und der

klinischen Arbeit, aber auch Materialien aus diesem Bereich unter metareflexiver Perspektive untersuchen, etwa auf erkenntnistheoretische oder ethische Implikationen oder Konsistenzprobleme hin. Sie zielt schließlich darauf ab, TherapeutInnen und KlinikerInnen eine *Exzentrizität* zu ihrem Denken und Tun zu vermitteln, einen selbstkritischen Blick, der Dogmatismen entgegenwirkt, was PatientInnen wie TherapeutInnen und klinischen Institutionen gleichermaßen zugute kommen soll“ (vgl. *Petzold* 2005t).

Klinische Philosophie verbindet Therapie mit der Vielfalt wissenschaftlicher Perspektiven und Erkenntnisse, mit der Plurizität des Denkens, der Mannigfaltigkeit des „überdachten Lebens“, und diese breite Überschau erweitert wiederum unsere Freiräume des Verstehens, Entscheidens und Handelns. Einer solchen Sicht war und ist unsere Herangehensweise an Themen verpflichtet, die wir für eine fundierte klinische Arbeit als wesentlich ansehen: z.B. das Thema „Wille“, das Thema „Sinn“ (*Petzold, Orth* 2005).¹⁶³ Es gibt viele essenzielle Themen, die von den traditionellen Psychotherapieschulen ausgeblendet wurden: die „sanften Gefühle“ (*Petzold* 2005s), das „rechte Maß“ und die „Tugenden“ (*Seneca, Marc Aurel, Petzold, Sieper* 2003a, b), und das „Verzeihen“ (*McCullough* et al. 2000), aber auch die Missgunst, die Hartherzigkeit, die Grausamkeit und der **böse Wille**. Diesem dunklen Thema hätten wir in unserer Arbeit viel mehr Raum einräumen müssen – wir haben das an anderer Stelle in der Auseinandersetzung mit der Geschichte der „Identitätsvernichtung“ im Dritten Reich (*Petzold* 1996j) getan und in der konkreten Arbeit mit Trauma- und Folteropfern.¹⁶⁴ **Wir wollten das.** Aus der Position einer „desillusionierten, aber hoffnungsvollen Anthropologie“¹⁶⁵, haben wir mit Blick in die Menschheitsgeschichte immer wieder gesehen, dass neben sehr viel an **bösem Willen**, auch immer wieder **guter Wille** zu finden war. *Kant* hat wohl Recht: „Aus so krummen Holze, als woraus der Mensch gemacht ist, kann nichts ganz Gerades gezimmert werden“, doch er stellt auch die Möglichkeit in Rechnung, dass „durch viel Weltläufe geübte Erfahrungheit ... und vorhandener guter Wille“ (*Kant* 1874, A 397f.) so manches ausgerichtet werden kann. Deshalb gilt es, den „Willen zu üben“, „guten Willen“ einzufordern und zu fördern *und mit*

¹⁶³ Weiterhin die Themen „Alter, Altern, Sterben“ (idem 2004a, 2005a; *Spiegel-Rösing, Petzold* 1984), das Thema „Kreativität“ (*Petzold, Orth* 1990a/2007a), das Thema „Leiblichkeit“ (idem 1985g) usw.

¹⁶⁴ *Petzold* 1986a, b; *Petzold, Wolf* et al. 2000, 2002; *Petzold, Regner* 2006.

¹⁶⁵ idem 1996j, 407; 2003e, *Petzold, Orth* 2004b.

dem Reden über die Banalität, dass unser Willen keine absolute Freiheit hat, nicht zu viel Zeit zu verlieren! Wenn man um das Potenzial von Menschen zu barbarischer Destruktivität weiß und das Ausmaß von bösem Willen tagtäglich in der Mediengesellschaft vor Augen geführt bekommt, dann ist die Entscheidung zu einem „dennoch“, zu unserer „desillusionierten, aber hoffnungsvollen Anthropologie“ (Petzold 2003e; vgl. Marcel 1949, 1964; Bloch 1959) keine illusionistische Traumtänzeri, aber man muss sie *wollen*, denn man hat ja die Freiheit sich gegen den Kulturpessimismus und die negativistische Anthropologie Freuds und des Freudismus zu entscheiden. Man kann einen anderen Standort einnehmen, wenn man das will, ohne menschliche Destruktivität zu verleugnen. Man *will* stattdessen etwas ändern, fängt bei sich an und sucht Verbündete. Im Sinne von Konrad Lorenz sind wir unterwegs zu den Möglichkeiten unseres Menschseins, zu unserer „**Hominität**“¹⁶⁶, wie wir das in der Anthropologie des Integrativen Ansatzes zu fassen versuchen (Petzold 2003e), denn **Hominität** ist keine transhistorische, invariante Konstante, sondern „Hominität in Entwicklungsprozessen“, die allerdings an das Milieu von „**Humanität**“ gebunden sind, in dem Menschen Dignität, Freiheit, Frieden, die Möglichkeiten eines „guten Lebens“ und „kultureller Entfaltung“ als *Humanessentials* in einer Praxis *gelebter Ethik* zu gewährleisten suchen (idem 2002h; Petzold, Orth 2004b). Das wird ein persönliches und ein kollektives Programm: „Mensch, werde der Du bist! Erkenne Dich selbst!“ (idem 1988d, n). Diese alten Imperative laufen in einen weiteren: „Wolle Dich selbst – wolle deine Hominität und Humanität“. Das aber heißt: „Gestalte Deine Natur in der Sorge um Dich und die Anderen, im Miteinander!“, denn die *epimeleia beoutou*, die „Sorge um sich“, nach Körper (*sôma*), Seele (*psychē*), Geist (*noûs*) – bei *Sokrates* ist es die „Sorge um das Selbst“ (vgl. Schmid 1995, 99) –, ist auch immer mit der „Sorge um das Gemeinwohl“ verbunden (*Platon*, *Alkibiades I*, 129a). Eine solche Sorge („*epimeleia*“) ist im platonischen Diskurs ein zentrales Thema, denn durch sie wird die Seele entwickelt, indem *Kenntnisse erworben werden und Wissen ge-*

¹⁶⁶ „**Hominität** bezeichnet die Menschennatur auf der individuellen und kollektiven Ebene in ihrer biopsychosozialen Verfasstheit und ihrer ökologischen, aber auch kulturellen Eingebundenheit mit ihrer Potenzialität zur Destruktivität/Inhumanität und zur Dignität/Humanität. Das Hominitätskonzept sieht den Menschen als Natur- und Kulturwesen in *permanenter Entwicklung durch Selbstüberschreitung*, so daß Hominität eine Aufgabe ist und bleibt, eine permanente Realisierung mit offenem Ende – ein *WEG*, der nur über die Kultivierung und Durchsetzung von **Humanität** führen kann“ (Petzold 2003e).

schaffen wird und die *Arete*, d.h. die Tüchtigkeit, die Tugend zur *souveränen* Meisterung des Lebens erlangt werden kann.¹⁶⁷ Der sorgsame Umgang im „Blick auf sich selbst“¹⁶⁸ unter *problematisierender* Betrachtung und Selbstrechenschaft (*logon didonai*) und *parrhesiastischer*, d.h. mutiger Selbstkonfrontation, was die eigene vergangene und gegenwärtige Lebensführung anbelangt (Platon, Laches 187e ff.), aber auch die freimütige Rede (*parrhesia*) Anderen gegenüber (Philodemus, Peri Parrhesias; Foucault 1996), das ist als eine zentrale Therapeutik der Antike anzusehen. Sie war in erster Linie auf die Entwicklung einer gesunden, gelassenen, **souveränen**, selbstverantworteten und *selbstbestimmten* Persönlichkeit gerichtet, der zugleich das Wohl der Polis am Herzen lag – die Verhinderung von Krankheit wurde bei solcher „rechten Lebensführung“ (*diata*) unterstellt. Selbstsorge ist aber nicht als ein „Mangel zu sehen, sondern [als] eine Auszeichnung der Freiheit, die nicht nachlässig gehandhabt werden darf. Es kommt darauf an, aufmerksam zu sein auf sich ... So sind wir nun selbst der Gegenstand aller unserer Bemühungen. Das Instrument hierfür ist der Logos“ (Schmid 1995, 108), d.h. die reflexive, zur Interpretation und Problematisierung fähige Vernunft. Diese ist allerdings keine kalte *Rationalität*, sondern eine von feinen, kultivierten Emotionen der Zugewandtheit, Heiterkeit, Gelassenheit geprägte Geistes- bzw. Gemütsverfassung, durch die der Mensch fähig wird, ein liebevolles Verhältnis zu sich selbst (*philautia*) zu gewinnen, eine Achtsamkeit sich selbst und Anderen gegenüber (Epiktet, Encheiridion 51), ein erfahrenes Lebenswissen, ein Willen zur Freiheit, zu persönlichem Lebensinn und zur Lebensweisheit – im Therapeutenberuf zu „*clinical wisdom*“ (Petzold 1991o). In einer solchen „Therapeutik“ liegen bedeutende Unterschiede zur rationalitäts- und pathologiezentrierten Psychotherapie der Moderne, die sich auf den *homo defectus*, das Mängelwesen Mensch, orientiert, um ihn „richtlinienkonform“ wiederherzustellen („manualisiert“ zu „reparieren“), statt ihn für eine „Distanznahme“ auszurüsten und dazu, *sich selbst zu Hilfe eilen zu können*, wie Marc Aurel in den *Selbstbetrachtungen* (lib. III, 14; XII, 8) das Ziel der Selbstsorge kennzeichnet neben dem zentralsten: das eines „heiteren Herzens“ (XII, 36).

Wir hoffen, wir konnten deutlich machen: Das Willenthema führt mitten in die Kernbereiche menschlichen Lebens: in Lebenskampf, Lebensbewältigung und Lebensgestaltung durch die Verwirklichung von

¹⁶⁷ Platon, Protagoras 326, 327; Symposion 185b: „*epimeleia pros areten*“.

¹⁶⁸ „*pros auton blepein*“, Platon, Laches 200b

Zielen oder die Unfähigkeit, Ziele zu realisieren. Es ist ein existenzielles Thema und gehört deshalb auch zu den Kernaufgaben von Psychotherapie, die damit die Bereiche enggefaster Psychopathologie überschreitet und mit ihnen dennoch unmittelbar verbunden bleibt, denn depressive, angst- oder persönlichkeitsgestörte Menschen stehen immer wieder vor den Fragen: „Wie kann ich meine Lebensziele mit meiner Krankheit realisieren? Wie kann ich mich von der Krankheit befreien? Welche Freiheit habe ich noch mit meiner Erkrankung oder trotz dieser Belastung und über sie hinaus?“ Das sind Fragen, die Betroffene zu allen Zeiten sich selbst und ihren TherapeutInnen gestellt haben, und sie können leichter beantwortet werden, wenn sich Menschen mit diesen Themen und Fragestellungen über ihr Leben hin auseinandergesetzt haben, möglichst in Zeiten, als sie noch nicht in Krankheit und Belastung geraten waren, weil sie das proaktiv wollten (Petzold 2005o). „Krankheit gibt es, Gefangenschaft, Einsturz und Brand des Hauses, nichts von alledem ist unvorhersehbar“ (Seneca, De tranquillitate 11, 7), und deshalb ist eine Vorbereitung auf die Eventualitäten des Lebens sinnvoll, denn: „Jeden kann treffen, was irgendeinen treffen kann“ (Seneca, ibid. 11,8).

Eine solche Sicht führt auch an die Grenzen des Willens und seiner Freiheit, weil Wille eben nicht verhindern kann, dass Unglück und Schicksalsschläge eintreten und uns treffen. Aber der Wille bietet die Möglichkeit, Formen des Umgangs mit „kritischen Lebensereignissen“ zu gewinnen. „Denn, was ist Philosophie? Ist es nicht ein Sich-Vorbereiten auf alle Ereignisse?“ (Epiktet III, 10, 6). Aus einer solchen Haltung und der aus ihr erwachsenden Lebenspraxis haben die „Therapeuten“ der Stoa, die antiken „Seelenführer“, ihre Arbeit getan. Sie praktizierten eine „philosophische Therapeutik“, die durchaus für eine heutige therapeutische Praxis im Umgang mit Belastungen und Krankheit, beim Lösen von Problemen und beim Umgang mit *Entwicklungsaufgaben* nützlich sein kann und in der der *Wille* einen gewichtigen Platz gewinnen kann, den Platz, den er bei den Therapontes hatte und den er in der Therapie der Gegenwart noch nicht wieder gewonnen hat. Sie glaubten nämlich – im Unterschied zu manchen modernen Zweiflern an den Möglichkeiten des Willens von Freud bis Roth – an die prinzipielle (und durchaus nicht uneingeschränkte) **Souveränität** des Menschen, wie belastet oder bedroht er auch immer sein mochte, an seine Fähigkeit zur Selbststeuerung als Ausdruck seiner Integrität und Freiheit: „Einen Räuber der Willensfreiheit gibt es nicht“ überliefert Marc Aurel (XI, 36) ein Wort des Epiktet, weil man mit dem Willen und mit seiner Vernunft sowie vermittels der

Unterstützung lebenskluger Führung „an seinem Inneren arbeiten“ (ibid. 59) kann und sollte: mit mentalen Übungen „praktischer Weisheit“ (*prudentia*, Lebensklugheit, *Seneca*, ep. 113, 19), die den, der sie praktiziert, auf sein weiteres Tun vorbereitet. *Prudentia* „übt fürsorglichen Weitblick aus“ (ibid.) und präpariert den Willen, ermöglicht präparatorische Auseinandersetzung (*prebriefing*) mit kommenden bzw. möglichen Belastungen, was in der Integrativen Therapie als „*Antizipationsarbeit*“ (*Petzold* 1992a, 563) bezeichnet wird. Die Stoiker *wollten* damit „unerschütterliche Seelenstärke“ (*Seneca*, de vita beata 9, 26), „Vertrauen und Sicherheit“, ein „in sich Ruhen“ (*apatheia*) gewinnen (*Pohlenz* 1990). Eine solche Seelenlage und Lebenshaltung gelte es anzustreben (*Hadot* 1981, 1991). Man muss sie wollen! Denn: „Es ist niemals zu spät, sich mit der eigenen Seele zu beschäftigen“ (nach *Epikur*, *Diogenes Laërtius* X, 122). Die antiken „Seelenführer“ wollten eine geistige Haltung vermitteln, die in sich schon „sinn-voll“ ist, nicht *den* Sinn des Lebens verkünden, aber Erfahrungen des Sinnhaften ermöglichen. Sie wollten Freiheitsgrade erweitern, ohne der Illusion absoluter Freiheit nachzuhängen, sondern im Gegenteil, sie waren sich der Unwägbarkeiten der *Fortuna* bewusst. Aus diesem Wissen und dieser Haltung konnten sie sagen:

„Von dir selbst hängt es ab, ein neues Leben zu beginnen. Betrachte nur die Dinge von einer anderen Seite, als du sie bislang angesehen hast. Das nämlich heißt: ein neues Leben beginnen“ (*Marv Aurel* VII, 2), und das hat Konsequenzen, muss Konsequenzen haben. „Du mußt in dein ganzes Leben, wie in jede einzelne Handlung Ordnung bringen, wenn du dir nämlich bei allen Handlungen sagen kannst: Ich handelte nach besten Kräften, dann kannst du ruhig sein, denn dass du deine ganze Kraft einsetzt, daran kann dich niemand hindern“ (ibid. VIII, 32). Solche Unterweisungen waren aber keine bloßen moralischen Forderungen. Sie waren konkrete Anleitung zu einem „Willen zur Freiheit“, zum Gewinn von **Souveränität**. So wurde eine Praxis der „*praemeditatio*“ geübt, eines vorbereitenden In-den-Blick-Nehmens von Zielen¹⁶⁹ etwa zu Beginn des Tages als präparatorische Vorschau, genauso wie sie einen nachberei-

¹⁶⁹ Der Weise „beginnt jeden Tag mit dem Gedanken ... dass das Glück uns nichts gibt, was wir wirklich besitzen können. Keine Sache, sei sie öffentlich oder privat, ist sicher; die Schicksalsbestimmungen der Menschen, aber auch der Städte, sind unüberschaubar. ... Wir leben mitten in Dingen, die alle dazu bestimmt sind, zu verschwinden. Ihr seid sterblich geboren und gebt Sterblichen das Leben. Deshalb seht alles voraus und bereitet euch auf alles vor“ (*Seneca*, Ep. ad Marciam).

tenden Rückblick auf den Tag (*exercitium*, vgl. ep. *Marc Aurel* an seinen Lehrer *Fronton*), auf erreichte und verfehlt Ziele, gelungenes und gescheitertes Wollen unternahmen. Wir sprechen heute von der „*preparedness*“¹⁷⁰ und von der „gezielten Vorbereitung“ (*prebriefing*)¹⁷¹ zum Erreichen von Zielen durch willensgestützte Akte (Petzold 2004). Diese Praxen wurden nicht als „tools“ und „skills“, sondern als sinnstiftendes Lebenswissen angeboten und *begleitet*, wobei Ermutigung und Bestätigung gegeben wurde – *Senecas* Briefe an *Lucilius* sind voll davon. Von solcher Lebenshaltung und Lebensführung ist, das ist unsere Auffassung, auch heute noch zu lernen. Sie kann Grundlage einer „**philosophischen Therapeutik**“ bieten.

„**Philosophische Therapeutik** nutzt die theoretische und praktische Beschäftigung der **Philosophie** mit dem Menschen, mit der *conditio humana*, ihre Geistesarbeit und Reflexion von Lebensgeschehen. In ihr kulminiert das Bemühen von Menschen, ja der Menschheit, sich selbst und die Anderen im Lebens- und Weltzusammenhang auf der *individuellen* und *kollektiven* Ebene zu verstehen, um zu lernen, mit sich adäquat umzugehen, sich zu handhaben, das Leben zu bewältigen, zu meistern, zu gestalten aus erworbenem *Lebenswissen* und aus *Lebenspraxen*, aus *Lebensweisheit*, die zu einer *Lebenskunst* führt. Dieses philosophische Wissen wird in der klinischen Arbeit mit Patienten und Patientinnen genutzt und umgesetzt: um *menschengerechte*, nicht-reduktionistische Therapiekonzepte zu gewinnen, Ziele und Metaziele zu begründen, erprobte Praxen der ‚philosophischen Seelenführer‘ (z.B. *Lao-tse*, *Sokrates*, *Seneca*, *Ibn Sina/Avicenna*, *Spinoza*, *Kant*) aller Zeiten und Kulturen nutzen zu können und wissenschaftlich durch klinische Erfahrung und empirische Forschung erarbeitete Praxeologie epistemologisch, anthropologisch und wertetheoretisch bzw. ethisch und auf Sinn und Zieldimensionen hin zu fundieren. In einer solchen Perspektive werden **philosophische Therapeutik** und eine **klinische Philosophie** für jedes Therapieverfahren unverzicht-

¹⁷⁰ Vgl. *Başoglu et al.* (1997) dessen Forschungen zeigten, dass „*preparedness*“ dazu beitragen kann, dass schwerste Belastungen wie Folter von Menschen, die sich auf die Möglichkeit solcher Situationen vorbereiten konnten (z.B. Human rights activists), diese furchtbaren Erfahrungen besser durchstehen konnten.

¹⁷¹ *Briefing*, das Vermitteln einer Instruktion. *Debriefing* eine Technik der Katastrophenintervention und Militärpsychologie, durch die Verwendung spezifischer Techniken der psychologischen Unterstützung, Hilfen für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu geben (*Mitchell, Everly* 1995), wobei es für die PTSD-präventive Wirkung von Debriefings keine empirischen Belege gibt, wohl aber negative Nebeneffekte gefunden wurden, wie z.B. die Metaanalyse von *Rose, Bisson* (1998) zeigte.

bar. Ein Fehlen solider Überlegungen zu diesen Fragestellungen muss als ein erhebliches Defizit angesehen werden, das zu beheben mit erheblichen Anstrengungen in Angriff genommen werden sollte, damit Psychotherapie *Sinn macht*“ (Petzold 1971).

Im therapeutischen Kontext kann hier auf erprobtes Lebenswissen, kann auf Lebensweisheit zurückgegriffen werden, das Menschen auch in unserer Zeit substanzielle Unterstützung geben kann, wie wir und Andere in der Praxis „philosophischer Therapeutik“ mit Schwersttraumatisierten (Petzold 2001m, 2004l), depressiven Störungen, Trauerprozessen usw.¹⁷² erfahren haben. „Philosophie als Lebensform“, „philosophie comme manière de vivre“ (Hadot 2001) ist eine Programmatik, in der Wille und Vernunft, Herz und Verstand, Selbstgestaltung und Gemeinwohlorientierung – Ziel einer Praxis von *Tugenden* – einen zentralen Platz haben und Lebenswissen und Lebenskunst (Foucault 1984b, 2007; Petzold 1999q) Teil einer therapeutischen Gesamtstrategie sind, die Patienten angeboten werden kann. Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie (Sonntag 2005), die die „Achtsamkeitsforschung“ aufgreift, d.h. buddhistische Traditionen nutzt und sich Themen wie Lebensinn und Commitment öffnet, zeigt: die Achtsamkeits-orientierten TherapeutInnen legen in ihrer modernen, an empirischer Forschung orientierten psychotherapeutischen Praxis bei der Gestaltung des Behandlungsprozesses neben den basalen kognitiv-behavioralen Zugangsweisen neuerlich auch Augenmerk auf andere Wege (Smith 2004) und sind bereit, traditionelle Orientierungen zu überschreiten (Heidenreich, Michalak 2004). Wir haben mit diesen Wegen durch den Einbezug des Budo und Wushu (asiatische Kampfkünste¹⁷³), deren verhaltensbeeinflussende Wirkung ja auch empirisch vielfach untersucht ist (Bloem, Moget, Petzold 2004), in der psychotherapeutischen Arbeit sehr gute Erfahrungen gemacht, halten es aber auch für wesentlich, in unseren eigenen abendländischen Traditionen nach relevanten Quellen zu suchen, die wir in der antiken Philosophie in reichem Maße finden. Die klinische Praxis öffnete sich. „Diese Entwicklung dürfte das vorwegnehmen, was wir zukünftig in der Psychotherapie generell zu erwarten haben: Wenige, aber dafür gut fundierte Grundorientierungen sind korreliert mit vielen Ausformungen des praktischen Arbeitens. Aus diesen gut dokumentierten und überprüfbareren Herangehensweisen las-

¹⁷² Kühn, Petzold 1991; Marinoff 2001; de Botton 2000; Varevics, Petzold 2005.

¹⁷³ Petzold 1974b; 1993; Petzold, Bloem, Moget 2004.

sen sich wiederum jene Fortschritte erarbeiten, die die Psychotherapie insgesamt effizienter werden lässt“ (Egger 2007).

Um die Idee der „philosophischen Therapie“ zu deren frühen Verfechtern wir zählen (Petzold 1971; Kühn, Petzold 1991), nicht nur an die antiken Vorbilder zu binden, sondern auch eine Anschlussfähigkeit an moderne Diskurse in der Psychotherapie zu gewährleisten, haben wir das Konzept der „**persönlichen Souveränität**“ in der „Integrativen Therapie“ entwickelt, das eine besondere Bedeutung und Wichtigkeit für diesen Ansatz gewonnen hat. Es schließt Konzepte wie „Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstbewusstsein“¹⁷⁴ oder „locus of control, self efficacy“¹⁷⁵, „competence, mastery“¹⁷⁶, „**willensgestützte Selbstführung**“ ein und nimmt auf die dazugehörigen Selbstkonzepttheorien bzw. attributions- und kontrolltheoretischen Ansätze Bezug (Keller 2007), gründet aber noch in anderen Referenzrahmen, in dem der *Leibtheorie*, *Subjekttheorie*, der *Ästhetiktheorie*, der *Gesellschaftstheorie*.¹⁷⁷ **Souveränität** ist eine Qualität kreativen Tuns und künstlerischen Schaffens, Ausdruck persönlicher Freiheit und Streben nach weiterer Befreiung von Grenzen, die man auferlegt bekam und sich selbst auferlegt hat, Grenzen, die Entwicklungen und Erkenntnis behindern. Damit berührt man eine Qualität, die den Bereich des rein Psychologischen übersteigt und eine existenzielle Dimension gewinnt¹⁷⁸, wie sie voranstehend thematisiert wurde.

Solche Freiheit, die man sich erworben, erarbeitet hat, haben wir mit dem Begriff der **Souveränität** verbunden, der von uns (Petzold, Orth 1998a) bewusst gewählt wurde, um keine einseitige Bindung an eine psychologische Orientierung naheulegen, wie dies etwa mit dem sehr nützlichen Konzept der „Selbstwirksamkeit“ von *Albert Bandura* gegeben wäre, das wir natürlich aufgegriffen haben. Vielmehr wurde darauf Wert gelegt, die verschiedenen Möglichkeiten der angesprochenen psychologischen Referenztheorien nutzen zu können, weil sie gemäß dem „multitheoretischen Konzept“ der Integrativen Therapie unterschiedliche Erklärungsmöglichkeiten bieten und Interventionsstrategien eröffnen. Außerdem ist „Souveränität“ eine anthropologische Kategorie, die – wie gesagt – durch psychologische Theorien allein nicht abgedeckt wird, für

¹⁷⁴ Petzold 1992a; Filipp 1979.

¹⁷⁵ Schwarzer 1992.

¹⁷⁶ Flammer 1990; Petzold et al. 1993.

¹⁷⁷ idem 1988n; Merleau-Ponty 1966; Schmitz 1989; Coenen 1985; Berlin 1998.

¹⁷⁸ Sartre 1943; Berdjajew 1933, 1954; Florenskij 2004, 1995; Ricœur 2004; Foucault 1996, 1998.

therapeutische und pädagogische Kontexte aber von erheblicher Bedeutung ist. **Souverän** (von lateinisch darüberstehend, überlegen) schließt einerseits die so zentrale Qualität der „Exzentrizität“¹⁷⁹ ein, der Übersicht über einen Lebensraum und über Strecken der Lebenszeit, weiterhin die Qualität weitgreifender Freiheit (was nicht *unbedingte* Freiheit meint), die ein Mensch im Verlauf seiner persönlichen Entwicklung – gerade auch in der und durch die Exzentrizität zu seinen biographischen Determiniertheiten, Sozialisations- und Enkulturationsbedingungen – gewinnen kann als ihm möglich gewordene *Lebensleistung der Selbstbefreiung*. Und die hat natürlich immer Grenzen. Nach *Berdjajew* (1930, 1954) wird in Prozessen der Selbstsuche und Selbsterkenntnis der existenzielle Grund der Freiheit erschlossen. *Souveränität* ist Ausdruck von Freiheit, zugleich Frucht der Bemühungen um Freiheit und erneute Aufgabenstellung für den Menschen, eine *Aufgabe*, die er in seiner Lebenszeit und in seinem Lebenszusammenhang mehr oder weniger umfassend verwirklichen kann. **Dazu muss er den Willen haben**, sich mit seiner *Innenwelt*, seiner eigenen Tiefe auseinandersetzen („Souveränität nach innen“ in Analogie zum staatsrechtlichen Konzept der „*inneren Souveränität*“ als innere, von keiner anderen Gewalt abhängenden Entscheidungsmacht). Er muss sich kennen, steuern lernen, „Herr im eigenen Hause“ (*Freud*) werden. Die Evolution hat uns durch unsere Neuroplastizität die Möglichkeit solcher inneren Entwicklung geboten. Er hat sich aber auch ein Territorium zu schaffen, Freiräume, „*äußere Souveränität*“. Sie ist wesentliche Grundlage der *Freiheit des Geistes und des Handelns* und damit von *Hominität* und *Humanität*, von Kreativität, kokreativer Innovationsfähigkeit. Sie ist Basis von Entscheidungskraft und einer **Kraft des Wollens**, Entscheidungen durchzutragen, eines Wollens auch weitgehender innerer und äußerer Unabhängigkeit bei Entscheidungen in komplexen sozialen Situationen, was durchaus dazu führen kann, dass man sich entscheidet, auf Freiräume zu verzichten, weil man anderes für wichtiger hält, sich „in den Dienst“ einer „guten Sache“ stellen will.

Es ist hier ein Souveränitätskonzept anvisiert, das in wichtigen Dimensionen an Analysen *Michel Foucaults* (1998, besonders in seinem Spätwerk) anschließt.¹⁸⁰ Selbstanalyse erfordert selbstreflexive Auseinandersetzung, eine Hermeneutik des Subjekts (*Foucault* 1985b), aber auch die

¹⁷⁹ Plessner 1928, 1970.

¹⁸⁰ Petzold, Orth, Sieper 1999; Foucault 1986, 1998; Petzold, Ebert, Sieper 1999.

Erkundung der eigenen Leiblichkeit (Petzold 1985g) mit ihren Emotionen, Motivationen, verlangt Auseinandersetzung mit der Geschichte des eigenen Denken, der „intellektuellen Biographie“ (idem 2002h). Selbsterforschung verlangt die Reflexion des eigenen Reflektierens, seiner Motivationen, der Handhabung der Emotionen und Reflexion seines Übens des eigenen Willens, d.h. der **Entscheidungsfähigkeit** bzw. **Dezisionalität** und der **Durchtragekraft**, der **Persistenz**. Vieles von dem, was die antike Doktrin von der *enkrateia*, der Beherrschung seines inneren Wesens, der Selbstführung, entwickelt hatte, kommt hier zum Tragen. Souveränität darf aber nicht – und dahin kann sie pervertieren – zur asketischen oder moralistischen Selbstunterdrückung und obsessiven Selbstkontrolle¹⁸¹ geraten, so dass der Wille zum Zwingherrn des Subjekts wird. Foucaults „*mátrise de soi*“¹⁸², „Meisterschaft seiner selbst“, die durch die „Sorge um sich selbst“, „*souci de soi*“ und – hier setzt die Integrative Therapie einen starken Akzent – durch den **Willen** zu einer „*Sorge um den Anderen*“¹⁸³ und um die „*Dinge und die Welt*“ als Konstituenten unseres Lebens¹⁸⁴ ergänzt wird, trifft den Kern der **Souveränität**. Es wird damit **Souveränität** sehr grundsätzlich an eine *Ethik der Verantwortung*¹⁸⁵ gebunden. Verantwortung, die man übernehmen **will**: für sich selbst und – da das Selbst immer nur im Kontext/Kontinuum und im Bezug auf den Anderen und anderes gedacht werden kann – Verantwortung für die Lebenswelt und die Anderen.¹⁸⁶

Die „*enkrateia*“ erweist sich dann als „Mächtigkeit und Freiheit“¹⁸⁷, als eine **Souveränität**, die weder sich selbst noch Anderen gegenüber gewalttätig und destruktiv wird. Die reflexive „*mátrise de soi*“, ergänzt durch einen reflexiven „*souci de soi*“, begründet eine Freiheit und Souveränität, die „statt eines Sieges zwecks dauernder Herrschaft [über sich und Andere, sc.] ... eine Rettung aus unsicheren Verhältnissen“¹⁸⁸ will – und in

¹⁸¹ Guttandin, Kamper 1982.

¹⁸² Foucault 1986a, b.

¹⁸³ Mit Bezug auf die Konzeption des „Anderen“ von Lévinas (1983), der wir uns im Integrativen Ansatz anschließen (Petzold 1996j), behalten wir diese Schreibweise (Großschreibung) bei, wenn der Begriff in diesem Sinne gebraucht wird.

¹⁸⁴ Petzold 1988n, 385.

¹⁸⁵ idem 1969c, 1992a, 500ff.; Jonas 1985.

¹⁸⁶ Petzold 1991e, 1996k; Lévinas 1983.

¹⁸⁷ Foucault 1986a, b.

¹⁸⁸ Dank 1989, 222.

solchen prekären Verhältnissen leben wir immer wieder, wenn nicht gar prinzipiell. Die „*epiméleia beautif*“ (*Sokrates*), die sorgsame Arbeit an sich selbst zur Entwicklung der eigenen Souveränität, führt – hier konzeptualisieren wir anders als Foucault – immer auch durch die Ko-respondenz mit dem Anderen zum „Selbstbesitz“, weil der Andere immer „vor mir ist“ (so philosophisch mit Levinas [1983] oder entwicklungspsychologisch mit Petzold [1994a] begründet).

Diese Arbeit, die das **Ich** mit seiner zentralen *Funktion des Willens* am Selbst und mit dem Selbst leistet, führt zu einer „Selbstfindung“ und in eine „Identitätsarbeit“¹⁸⁹, in der man sich selbst zu eigen wird, und im Sinne von Montaigne (1580/1998) das Leben ein „Meisterstück“ werden kann (Jung 2004, 2007), und Meisterschaft braucht *bewusste Auseinandersetzung*, die bewusste **Willensarbeit**.

„Und das Selbsterleben, das sich in diesem Selbstbesitz bildet, ist nicht einfach das einer beherrschenden Kraft oder einer Souveränität über eine aufrührerische Macht [z.B. Triebe, sc.], es ist die Erfahrung einer Freude, die man an sich selber hat. Wer es vermocht hat, endlich Zugang zu sich selbst zu finden, ist für sich ein Gegenstand der Freude“ (Foucault 1984a, 83).

Weil diese Willensarbeit auch aus der Dialektik „Selbst/Anderer“ erfolgt, die Ko-respondenz mit dem Anderen erfordert, oft auch ein Aushandeln mit ihm, weil da immer auch ein „anderes Wollen“ sein kann, führt es immer wieder auch in die „Nähe zum Anderen“, auch in konflikthafte, die man dann klären muss. Wir möchten deshalb ergänzen:

„Wer aus der Arbeit an sich selbst und in Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Anderen die Freiheit der Souveränität gewonnen hat, wer ‚Involviertheit‘ exzentrisch distanzieren und die ‚Machtausübung aus Angst‘ überwinden kann, vermag einen Zugang zum Anderen zu finden, in dem der Andere ihm zu einer Freude wird“ (Petzold, Orth 1994c).

Auf solchem Boden werden *Toleranz* – und diese übersteigend – „*Wertschätzung von Andersheit*“ und der Wille zu einem „Engagement für die Integrität Anderer“ möglich, die die Grundlage *partnerschaftlicher* therapeutischer, supervisorischer, beratender, im Kern „*mitmenschlicher*“ Beziehungen bilden (Petzold 2006n).

Souveränität wird vom Subjekt zugleich erlebt, **willentlich** erschaffen und engagiert gesichert. Sie verdichtet sich als Erleben gleichsam an einem „inneren

¹⁸⁹ Petzold 1992a, 527ff.; 1991o; 2001p; Müller, Petzold 1999.

Ort“ (*inner place*) persönlicher Sicherheit und Freiheit: als kollektive Erfahrung der Verbundenheit mit Menschen oder auch einer überpersönlichen Zugehörigkeit und schöpferischen Kraft¹⁹⁰, „Quelle und Wurzel der ewig fließenden Natur“¹⁹¹, des Seins oder wie auch immer man es nennen mag. Es ist ein Ort „innerer Freiheit“ – *Berdjajew* (1930, 1954) sprach von einem Urgrund schöpferischer Freiheit – ein Ort „persönlicher Integrität“, der die spezifische *Eigenheit des Eigenen* ausmacht, durch die man für *Anderer ein Anderer*¹⁹² ist, der nicht vereinnahmt, dominiert, unterworfen werden darf – **und das muss man wollen**. Nur dann nämlich kann ein Mensch sein gesamtes Potenzial in eine gemeinsame Sache, z.B. in die kämpferische Sicherung von Freiheit¹⁹³ und Menschenrechten¹⁹⁴, einbringen.

Den „inneren Ort persönlicher Souveränität“ gilt es zu entwickeln und zu fördern, da aus ihm außergewöhnliche Kreativität¹⁹⁵, Selbstsicherheit, Standfestigkeit und Flexibilität, Dialogfähigkeit und Besonnenheit, Willenskraft und verantwortliches Handeln, Wertschätzung und Integrität erwachsen, Qualitäten, die integrierte Persönlichkeiten kennzeichnen, denen es gelingt, eine „Ästhetik der Existenz“ (*Foucault* 2007) zu realisieren „ihr Leben als ein Kunstwerk“ (*Petzold* 1999q) zu gestalten. Das geht über das Statement von *Benys* (1990) hinaus, dass „jeder Mensch ein Künstler“ sei und zielt in eine andere Richtung: nämlich auf die Ausgestaltung der eigenen Subjektivität als einem Kunstwerk, ein Unterfangen, das wirkliches „Selbst-Bewusstsein“ und einen „**Willen zur Arbeit an sich selbst**“ erfordert, die immer in den „**Willen zu einer Arbeit für die Anderen**“ und für diese „**Welt des Lebendigen**“ einmünden muss, wenn das Leben Bestand haben soll.

¹⁹⁰ *Ijine* et al. 1990.

¹⁹¹ *Pythagoras*, Vita 162.

¹⁹² *Lévinas* 1983; *Petzold* 1996k.

¹⁹³ *Berlin* 1998, 146.

¹⁹⁴ *Petzold*, *Orth* 2004b; *Petzold*, *Regner* 2006.

¹⁹⁵ *Di Trocino* 1998.

6. Anhang

6.1 Modell des Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozesses

„Neben den Prozessen der Wahrnehmung und der verarbeitenden Einsicht, d.h. der kognitiven Kompetenz, dürfen overt behavior – die **Performanz** – und die in ihr zum Tragen kommenden Motivations- und Volitionsprozesse in der Psychotherapie niemals vernachlässigt werden!“
(Petzold 2000h)

Das Verständnis von Verarbeitungsprozessen in „funktionellen Systemen“, die Modellvorstellungen für Prozesse „dynamischer Regulation“, welche implizit allem therapeutischen Handeln in den verschiedenen Therapierichtungen zu Grunde liegen, sollten von jeder Richtung möglichst explizit gemacht werden, damit die Hintergründe ihrer Theorie-Praxis-Verschränkung transparent werden. Bei lebendigen Systemen ist damit immer eine Entwicklungsperspektive einbezogen. Modelle müssen natürlich, weil sie Abstraktionen sind, immer wieder rekonkretisiert werden. Das nachstehende Modell wurde im Kontext der „Perception-action-Diskussion“¹⁹⁶ entwickelt (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994), d.h. im Kontext einer „lifespan developmental neuromotorics“.

In früher Kindheit sind Wahrnehmungen und Handlungen direkt gekoppelt. Kognitive Verarbeitungsprozesse setzen aber schon in den ersten Lebensmonaten auf einem sehr archaischen Niveau ein. Mit dem Kleinkindalter werden kontextuelle Strukturwahrnehmungen zunehmend komplexer und kommen sprachliche Benennungen von Gegenständen, Situationen, Interaktionsgeschehen hinzu. Es entstehen in Prozessen zunehmender „Mentalisierung“ Sinn- und Symbolsysteme, die eine fortschreitende **Sinnerfassungskapazität**, **Sinnverarbeitungskapazität** und – in kreativer Überschreitung des Gegebenen – **Sinnschöpfungskapazität** zur Folge haben.

»Unter **Mentalisierung** verstehe ich aus der Sicht der Integrativen Therapie die *informationale Transformierung*¹⁹⁷ der konkreten, aus extero- und propriozeptiven Sinnen vermittelten Erlebnisinformationen von erfahrenen Welt-, Lebens- und

¹⁹⁶ *Bardy, Bootsma, Guiard (1995); Beek, Beek (1991); Beek, Meijer (1988); Bertenthal, Clijton (1997); Meijer (1988), Meijer, Roth (1988.); Turvey, Kugler (1984); Valenti, Pittenger (1993); Warren (1990).*

¹⁹⁷ *Petzold, van Beek, van der Hoek (1994).*

Leibverhältnissen, die Menschen aufgenommen haben, in *mentale Information*. Die Transformierung geschieht durch *kognitive, reflexive* und *ko-reflexive* Prozesse und die mit ihnen verbundenen Emotionen und Volitionen auf *komplexen symbolischen Ebenen*, die Versprachlichung, Analogisierungen, Narrativierungen, Mythenbildung, Erarbeitung vorwissenschaftlicher Erklärungsmodelle, Phantasieprodukte ermöglichen. Mit fortschreitender mentaler Leistungsfähigkeit durch Diskurse, Meta- und Hyperreflexivität finden sich als hochkulturelle Formen *elaborierter Mentalisierung, ja transversaler Metamentalisierung* künstlerisch-ästhetische Produktion, fiktionale Entwürfe, wissenschaftliche Modell- und Theorienbildung sowie aufgrund geistigen Durchdringens, Verarbeitens, Interpretierens, kognitiven und emotionalen *Bewertens* von all diesem die Ausbildung ethischer Normen, die Willensentscheidungen und Handlungen regulieren können. Prozesse der *Mentalisierung* wurzeln grundsätzlich in (mikro)gesellschaftlichen Korrespondenzprozessen zwischen Menschen, wodurch sich individuelle, *intramentale* und kollektive, *intermentale* „Repräsentationen“ unlösbar verschränken (*Vygotskij, Moscovici, Petzold*). Je komplexer die Gesellschaften sind, desto differenzierter werden auch die *Mentalisierungen* mit Blick auf die Ausbildung komplexer Persönlichkeiten und ihrer Theorien über sich selbst, ihrer „theories of mind“.¹⁹⁸ Und desto umfassender wird die Entwicklung komplexer Wissenschaftsgesellschaften selbst mit ihren Theorien- und Metatheorien neuro- und kulturwissenschaftlicher Art über sich selbst: *Hypermentalierungen*. Es entstehen auf diese Weise permanente Prozesse der *Überschreitung* des Selbst- und Weltverstehens auf der individuellen und kollektiven Ebene, eine *transversale Hermeneutik und Metahermeneutik* als unabschließbarer Prozess.« (*Petzold* 2000h)

¹⁹⁸ Dieser Term TOM bezeichnet die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, was im „*mind*“ eines Anderen vor sich geht (*Fletcher et al.* 1995): „Ich weiß, dass er weiß, ich weiß, was er meint, sich denkt, was er empfindet etc. ... und ich weiß, dass er es weiß“ – Grundbedingung für menschliche Kommunikation und Empathie. Das Konzept kam mit der Frage von Primatenforschern auf: „Does the chimpanzee have a theory of mind?“ (*Premack, Woodruff* 1978; *Woodruff, Premack* 1979). Die „Emergenz“ der TOM ist der große Quantensprung auf dem WEG der Hominiden durch die Evolution – darüber sind sich Evolutionsbiologen, -psychologen und -philosophen heute einig (*Buss* 1999; *Kenair* 2004; *Petzold, Orth* 2004b). Es geht also nicht nur um höchst differenzierte Vorstellungen – in komplexen sozialen Situationen, in Mehrpersonensettings, in *Polyaden* auch über die „minds“ von Anderen – zu entwickeln, sondern auch um die Fähigkeit, Vorstellungen über Vorstellungen, Metarepräsentationen, auch „*Metarepräsentationen meiner selbst*“ (theory of **my** mind), hervorzu bringen, die die bildgebenden Verfahren der Neurowissenschaften sogar aufzeigen können (*Fletcher et al.* 1995; *Voogely et al.* 2001).

Durch **Mentalisierung** entwickelte sich über die Jahrtausende der menschliche Geist, lt. *mens*, dieses hohe Vermögen der Vernunft und Geistigkeit, „mind“ and „the minding of mind“ **auf dem Weg** der Menschen durch die Evolution (*Petzold, Orth* 2004) bis zu den gegenwärtigen hyperexzentrischen Mentalisierungen, die erkennen können, dass auch in der extremsten Selbstüberschreitung der sich als Subjekt selbst zu ergründen suchende Menschengestalt es immer selber ist, der sich zu objektivieren sucht, das Subjekt sich aber niemals vollends zum Objekt machen kann, es bleibt durch ein *strukturelles punctum caecum* begrenzt – und es ist schon viel, um diese prinzipielle Begrenztheit zu wissen.

Entwicklungs- und Sozialisationsprozesse sind wesentlich Mentalisierungsprozesse, wobei der Begriff „mental“ nicht kognitivistisch verkürzt werden darf, sondern auch Wahrnehmen, eigenleibliches Spüren/Empfinden, Emotion als erlebtes Fühlen und Volition als erlebtes Wollen neben und mit dem Denken, Phantasieren, Metareflectieren umfasst und zwar in der *repräsentationalen* Seite. Bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen müssen repräsentationale Prozesse, das Wirksamwerden repräsentierter Information in Erinnerungsvorgängen und in sinngeliteten Intentionen bzw. Willensakten für die Erklärung von Handlungen in sozial-kommunikativen Zusammenhängen beigezogen werden. Damit kommen das Subjekt und die Intersubjektivität ins Spiel und müssen wahrnehmungsorientierte Ansätze wie der klassische „Gibsonian approach“ direkter Wahrnehmung (*Gibson* 1979) hin zu einer sozioökologischen Theorie überschritten werden. Die Verarbeitung *kruder Wahrnehmungsinformation* führt zu komplexeren Organisationsformen des Wahrgenommenen, zu „*konfigurierter Information*“ auf höheren Niveaus bis hin zu komplexen Sinnsystemen als Ergebnis persönlicher und kollektiver Interpretationsprozesse, die in ihren Ergebnissen und als solche in ihrer Prozessualität repräsentiert werden. Das führt zur Idee hyperkomplexer Repräsentationen, und die überschreiten die simplifizierende, traditionelle psychoanalytische Auffassung „bildhafter Repräsentanzen“ (Imago-Konzept, Objektrepräsentanzen). Vielmehr werden multimodale „Hologrepräsentationen“ (*Petzold et al.* 1994a, 2003a, 445) angenommen, d.h. als Repräsentationen von „Person-in-Interaktion-in-Situationssequenzen“ (*ibid.*), d.h. komplexen Prozessen, „Narrationen“, „Dramen“, „Filmen“, „inszenierten Skripts“, „Schemata in action“ (*Mandler* 1984; *Petzold* 1990p). Die eingegangene Information wird verarbeitet und kommt in neuen Aktionen als „memorierte Information“, als aus ihr abstrahiertes

Regelwissen für das spontane und reflexive Handeln zum Tragen, das damit Handeln eines *Subjekts* wird. Einfache „**perception-action-cycle**“ (PAC) erweitern sich damit zu einer „**Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spirale**“ (WVH), in der wahrgenommene Information durch einen dreifachen Verarbeitungsprozess (*information processing, information appraisal/valuation, interpretation*) zu „sinnvollen“, begründeten und an memorierte Kontextbedingungen orientierten Handlungen führt, in denen ein spiralig fortschreitender Erkenntnisgewinn möglich ist (Petzold et al. 1994a). Dieses sozioökologische Modell verbindet ökologische (Gibson) und kognitivistische Konzepte und sieht Verarbeitungsprozesse in einem Spektrum, das sich von einfacher Informationsselektion über komplexe Bewertungsvorgänge des Wahrgenommenen bis hin zu hermeneutisch-interpretativen, ja metahermeneutischen Prozessen ausspannt (ibid.).

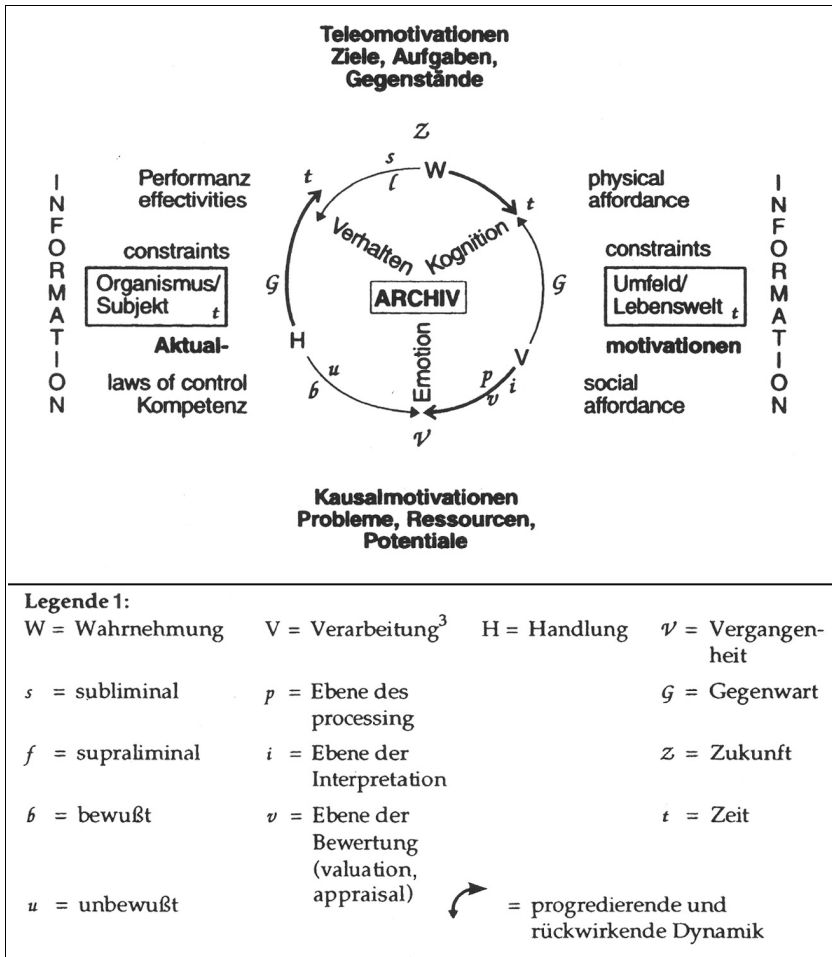


Abb. 1: Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsspirale (WVH-Modell)
(aus Petzold 1990g und Petzold, van Beek, van der Hoek 1994)

Legende 2:

Die Pfeilrichtungen zeigen, dass im „Prozess“, der permanent progrediert, jeweils auch Rückwirkungen gegeben sind: Wahrnehmen führt zum Verarbeiten und wirkt zurück ins Handeln, Verarbeiten führt ins Handeln und wirkt zurück ins Wahrnehmen, Handeln führt zum Wahrnehmen und wirkt zugleich zurück ins Verarbeiten usw. Handeln, Wahrnehmen und Verarbeiten sind zum einen multikausal durch Bedingungen der Vergangenheit (V) bestimmt – **Kausalmotivationen** – zum anderen durch ermöglichende und einschränkende Bedin-

gungen (constraints) des gegenwärtigen Feldes – von **Aktualmotivationen** – und schließlich durch antizipierbare Aufgaben oder durch Ziele – **Teleomotivationen**. Prozesse stehen immer in der Zeit (t, V, G, Z), verlaufen in Kontext/Kontinuum und werden als dieser Verlauf im Gedächtnis *holographisch*, d.h. bereichsübergreifend und *modalspezifisch*, d.h. in spezifischen Arealen „aufgezeichnet“. Zerebrale Verarbeitungsprozesse beziehen deshalb immer im *Archiv* des Gedächtnisses festgehaltene, durch vorgängige Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsprozesse gewonnene, d.h. durch Lernprozesse erworbene Erfahrungs- und Wissensbestände ein. Antizipationsleistungen (sie gründen immer auf Memorationen) wären sonst gar nicht möglich. Organismus und Feld haben Geschichte (t, V). In der Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungs-Spirale wirken Kognitionen, Emotionen, Volitionen und Verhalten auf der Grundlage von „Aktualinformation“ und „Archivmaterial“ synergetisch zusammen. Verarbeitungsprozesse (V) erfolgen auf verschiedenen Niveaus. In ihnen wird aus dem Umfeld eingehende *krude Information* oder auch komplexer Informationsinput durch „transformative Konfigurierungen“ zu *organisierter Information* mit unterschiedlichen Graden von Strukturiertheit und Komplexität (einfache Muster bzw. Schemata bis zu komplexen Repräsentationen und Holorepräsentationen) verarbeitet, wobei ein Spektrum von 3 Verarbeitungsmodalitäten (V^3) anzunehmen ist, das vom *information processing* (p) von Wahrnehmungsinput bis zur *Interpretation* (i) und *Bewertung* (v = limbisch-emotional: *valuation* und präfrontal-kognitiv: *appraisal*) vielschichtiger, in symbolische Formen gefasster Zusammenhänge in reflexiven hermeneutischen bzw. metahermeneutischen Prozessen reicht und spiralg fort schreitenden Erkenntnisgewinn möglich macht im Sinne der „hermeneutischen Spirale“ des Integrativen Ansatzes (Petzold 1988a, 1994a, 2003a).

Damit wird eine Sicht eröffnet, mit der sich komplexe Rückwirkungsprozesse annehmen lassen: Veränderung im neuronalen System können Veränderungen in (Bewegungs)handlungen bewirken ↔ (Bewegungs)handlungen können Veränderungen im neuronalen System bewirken – „spirale“ Prozesse, die bei komplexen, kognitive Aufgaben einbeziehenden Konstellationen zu „Wahrnehmungs ↔ Verarbeitungs ↔ Handlungs-Zyklen“ führen (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994). In diesen kommen immer **Vergangenheitserfahrungen** – etwa als Ursachen und Gründe, „**Kausalmotivationen**“ –, **Gegenwartsbedingungen** – wiederum als Ursachen und Gründe, „**Aktualmotivationen**“ – und, auf beidem aufbauend, **Zukunftsannahmen** – als Ursachen und Gründe „**Teleomotivationen**“ – zum Tragen (ibid. 526f.).

In diesem Modell liegen interessante Ansatzpunkte für neuromotorische und psychotherapeutische Arbeit, die Motivations- und Willenssysteme einbezieht.

Literatur in der Gesamtliste in diesem Band, S. 654-693.

Inhaltsverzeichnis

Band I: Zwischen Freiheit und Determination

Vorwort	7
Hilarion G. Petzold (Amsterdam/Düsseldorf/Paris), Johanna Sieper (Düsseldorf/Paris) Einführung: Wille, Willensfreiheit, Willenstherapie, Wollen im Kontext von Neurobiologie und Psychotherapie	17
NEUROBIOLOGISCHE PERSPEKTIVEN UND DISKUSSIONEN ZUM WILLENS- UND FREIHEITSTHEMA	
Franz-M. Wuketits (Wien) Evolution zum freien Willen? Der Wille in evolutionstheoretischer Sicht – Perspektiven für die Psychotherapie	57
Hans H. Kornhuber (Ulm), Lüder Deecke (Wien) Wille und Gehirn – Integrative Perspektiven	77
Benjamin Libet (San Francisco) Besitzen wir Willensfreiheit?	177
Wolf Singer (Frankfurt) Selbsterfahrung und neurobiologische Fremdbeschreibung. Zwei konfliktträchtige Erkenntnisquellen	197
Hermann Haken (Stuttgart) Der menschliche Wille, eine Perspektive der Synergetik	229
Hilarion G. Petzold (Düsseldorf/Amsterdam/Paris), Johanna Sieper (Düsseldorf/Paris) Wille, Wollen, Willensfreiheit aus Sicht der Integrativen Therapie. Teil I: Interdisziplinäre Überlegungen und theoretische Perspektiven für die Psychotherapie	253
Literatur- und Registerhinweis	329

Band II: Psychotherapie des Willens – Theorie, Methoden
und Praxis

Vorwort 335

Hilarion G. Petzold (Amsterdam/Düsseldorf/Paris),

Johanna Sieper (Düsseldorf/Paris)

Einführung: Psychotherapeutische Arbeit mit dem Willen 341

PRAXISPERSPEKTIVEN FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE

Jann Schlimme (Hannover)

Der Wille in der psychiatrischen Therapie 359

Dirk Wedekind (Göttingen), Gerald Hüther (Göttingen)

Zwanghaftes Verhalten und die Neurobiologie des Wollens –
Entstehungsursachen und Perspektiven der Behandlung 395

Manfred Velt (Papenburg)

Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsycho-
logischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken
aus der Sicht eines Praktikers der Integrativen Therapie 415

Gerald Hüther (Göttingen)

Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille.
Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung
und Suchttherapie 463

Hilarion G. Petzold (Amsterdam/Düsseldorf/Paris),

Johanna Sieper (Düsseldorf/Paris)

Integrative Willenstherapie.
Teil II: Perspektiven zur Praxis des diagnostischen und
therapeutischen Umgangs mit Wille und Wollen 473

Hilarion G. Petzold (Amsterdam/Düsseldorf/Paris), Ilse Orth (Düsseldorf) Der Schiefe Turm fällt nicht ... wenn ich das will! – Kunst, Wille, Freiheit. Kreativ-therapeutische Instrumente in der Integrativen Therapie mit dem Willen	593
Personenregister	694
Schlagwortregister	708
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	747