

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

## Vorwort

Der *Wille* und das *Wollen*, der „*freie Wille*“ spielen für die Praxis psychotherapeutischer Arbeit eine eminente Rolle, und das auf vielfältigen Ebenen: Die Entscheidung des Patienten/der Patientin, eine Psychotherapie zu beginnen – ein Entschluss, der oft nach längeren Vorüberlegungen gefasst wurde – ist die Voraussetzung für eine gelingende Therapie. Der Patient solle möglichst aus eigener Motivation kommen, gemäß dem „Freiwilligkeitsprinzip“, dass die Mehrzahl der Therapieschulen vertritt. Ob diese Entscheidung wirklich „frei“ ist, wird in der Regel nicht thematisiert. Vielmehr wird etwa in der Psychoanalyse und der tiefenpsychologischen Psychotherapie ein „Leidensdruck“<sup>1</sup> gefordert, die Gestalttherapie verlangt, dass der Patient bereit sein solle, „zu wachsen“ (*Perls* 1980) und dafür Risiken auf sich zu nehmen (*risk taking*), was in der Regel durch Veränderungsnotwendigkeiten – etwa Probleme in Beruf und Paarbeziehung – bestimmt ist. Hier liegen deterministische Momente vor, die die Willensfreiheit einschränken. Aber vielleicht ist es auch „eine Neugier auf sich selbst“, die motiviert. Explorative Neugier, ein genetisches Programm der Sapiens-Hominiden, ist das Determiniertheit? – Die Freiheit des Willens stößt offenbar immer wieder an Grenzen.

Die Patientin soll einen „Willen zur Kooperation“ haben, die zumeist nur „psychologisch“ aufgefasst wird, aber das reicht nicht aus, denn der „freie Wille“ (im juristischen Sinn) des Patienten/der Patientin, ein Vertragsverhältnis über eine Behandlung einzugehen, bildet die zivilrechtliche Grundlage für ein Behandlungsverhältnis. Der PatientInnenwille zählt für den Behandlungsauftrag und die Gesamtbehandlung sowie für die einzelnen Maßnahmen, über die der Therapeut den Patienten umfassend aufzuklären hat, denn sie bedürfen der „informierten Zustimmung“ (*informed consent*) der jeweiligen PatientInnen. Dabei ist auch über Grundannahmen des Behandlungsverfahrens – z.B. dem Anspruch, „tiefgehende Veränderungen der Person herbeizuführen“ (*Freud*), einer „Persönlichkeitsveränderung“, wie sie etwa in der klassischen Psychoanalyse vertre-

<sup>1</sup> Der „Motor der Therapie ist das Leiden des Patienten und sein daraus entspringender Heilungswunsch ... die Triebkraft selbst muss bis zum Ende der Behandlung erhalten bleiben; jede Besserung ruft eine Verringerung derselben hervor“ – so *Freud* (Zur Einleitung der Behandlung, 1913, Fischer-Studienausgabe, S. 202). Das ist eine sehr schwerwiegende Aussage! Sie ist durch keinerlei Forschung belegt.

ten wird – aufzuklären und über mögliche „Risiken und Nebenwirkungen“ von Psychotherapie (z.B. Entwicklung maligner Übertragungen, Suizidalität, Symptomverschärfung, Retraumatisierung, vgl. *Märtens, Petzold* 2002: „Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“) zu informieren. Damit weiß der Patient, worauf er sich einlässt, wenn er seinen **Willensentscheid** trifft: „Ich will diese Behandlung antreten!“ – Auf der anderen Seite ist der Wille des Behandlers/der Behandlerin erforderlich, die Behandlung nach Maßgabe und im Rahmen der gesetzlichen Regelungen, wie sie etwa durch Psychotherapiegesetz vorgegeben sind, durchzuführen, und dazu gehört eben auch die erwähnte PatientInneninformation. Die ist keineswegs immer einfach, wenn etwa über ein Retraumatisierungs- oder Suizidrisiko informiert werden muss. Hierzu gibt es bislang noch kaum Modelle und Forschung, und es ist zu fragen, inwieweit die einzelnen PsychotherapeutInnen und die „communities of psychotherapists“ insgesamt schon ausgerüstet und „willens“ sind, diesen gesetzlichen Erfordernissen auch nachkommen zu *wollen*.

Solche Fragen müssen reflektiert sein, und es müssten zu ihnen „Positionen“ entwickelt werden, die vertretbar sind, damit ein guter struktureller Boden gegeben ist, auf dem sich PatientInnen entscheiden können (*dezisionales* Moment), ein „Arbeitsbündnis“ (*Greenson* 1962) einzugehen und sich zu verändern – was Symptomatik, Probleme, einen „dysfunktionalen Lebensstil“, Entwicklungsaufgaben angeht – in Richtung angestrebter *Therapieziele*. Dieses *dezisionale* Moment muss umgesetzt werden (*konversives* Moment) und durchtragen über die gesamte Zeit der therapeutischen Arbeit, denn ein solches *persistives Moment* der Zusammenarbeit, der Arbeit an sich selbst, an der Symptomatik, an der Realisierung von Behandlungszielen usw. soll für den Therapieerfolg bedeutsam sein. Die Realisierung von Therapiezielen ist eine durchaus wichtige Dimension in der Psychotherapieforschung, um Wirksamkeit von Therapieverfahren zu erfassen.

Nun sind es ja gerade Unentschlossenheit, Entschlusslosigkeit, Entscheidungsschwierigkeiten, sind es Willensschwäche und fehlendes Umsetzungs- und Durchhaltevermögen, die therapeutische Zusammenarbeit und Therapieerfolge gefährden und beeinträchtigen. Deshalb ist es unerlässlich, diese Phänomene in den Blick zu nehmen, sich über den Umgang mit dem Willen in der Therapie Gedanken zu machen, willentherapeutische Strategien zu entwickeln. Wenn „Autonomie“ (Psychoanalyse), „Selbstwirksamkeit“ (Verhaltenstherapie), „Selbstaktualisierung“ (wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie), „Selbstverantwortung und Selbst-

verwirklichung“ (Gestalttherapie), „Selbstregulation und persönliche Souveränität“ (Integrative Therapie) zentrale, übergeordnete Therapieziele sind (vgl. die Positionen der Therapieschulen, *Petzold, Sieper* 2004), dann implizieren sie alle ein Moment „hinlänglicher Willensfreiheit“, wenn diese Zielsetzungen nicht nur auf die automatisierte Performanz „organismischer Selbstregulationsprozesse“ (*Perls* 1969) hinauslaufen soll – und das ist bei keiner der genannten Schulen der Fall. Die **Freiheits-Determinismus-Frage** muss beantwortet werden (und damit auch die Frage nach den Körper-Seele-Verhältnissen und grundsätzlichen Menschenbildannahmen, was die Rolle des Willens anbelangt). Die **Autonomie-Dependenz-Frage** ist zu klären (*muss* sich die Patientin, wie es *Perls* verlangte, der „Hier-und-Jetzt-Regel“ unterwerfen, oder *Freuds* psychoanalytischer „Grundregel“, oder der regelhaften „Exposition“ in der EMDR-Traumatherapie etc. etc.? Vgl. *Petzold* 2006n). *Muss* der Patient dem Arzt alles offenbaren, sich an ihn attachieren<sup>2</sup>, an die Therapeutin binden? Impliziert die „therapeutische **Beziehung**“ wirklich notwendiger Weise ein so starkes Moment von **Bindung**, wie es traditionelle Psychoanalyse forderte. Andere Verfahren sind ihr hier gefolgt. Und wo wird solche Bindung vielleicht *iatrogen* oder ist Ausdruck eines Dominanz- oder Machtmotivs („Wille zur Macht“) von Therapeutinnen? Oder wo behindert er Emanzipation, Autonomie, Souveränität? Zur Kooperation und Zielverwirklichung in der Psychotherapie sind unabdingbar Willensentscheidungen, synchronisiertes Wollen, Kovolutionen notwendig. Diese dürfen aber nicht die Qualität der Entscheidungen zu einer „Folgsamkeit“ (*compliance*) gewinnen, wie es die „*psychoanalytische Grundregel*“ fordert, nach der „*man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt*“<sup>3</sup> und deren Annahme ohne Begründung verlangt wird.<sup>4</sup> Es

<sup>2</sup> „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, a.a.O., 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). Deutlicher kann man Unterwerfung eines „freien“ Willens und das Herstellen psychischer Abhängigkeit nicht darlegen.

<sup>3</sup> *Freud, S.* Zur Dynamik der Übertragung, 1912, Fischer-Studienausgabe, S. 167.

<sup>4</sup> *Freud, S.* Zur Einleitung der Behandlung, 1913, Fischer-Studienausgabe, S. 194: „Sie werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hier-

scheint, als ob hier eine Kinderfolgsamkeit gefragt ist, Anforderungen unbezweifelt, ohne kritisches Nachdenken und unter Hintanstellung des eigenen Willens zu übernehmen: Der Patient „hat vielmehr vor allem zu lernen, was keinem leicht fällt anzunehmen, dass durch *geistige Tätigkeit* von der Art des Nachdenkens, dass durch *Willens-* und Aufmerksamkeitsanstrengungen keines der Rätsel der Neurose gelöst wird, sondern nur durch *geduldige Befolgung* der psychoanalytischen Regel, welche die Kritik gegen das Unbewusste und dessen Abkömmlinge auszuschalten gebietet“ (Freud, Ratschläge, 1912, StA S. 179, unsere Hervorhebungen).

Eine solche Konzeption – die in ihrer strukturellen Ausrichtung – keineswegs überholt ist, (vgl. die Beiträge in den drei Bänden von Buchholz und Gödde 2005) führt in unbedingt notwendige Grundsatzdiskussionen therapietheoretischer, ethischer, anthropologischer, behandlungspraktischer und vor allen Dingen **willentheoretischer** Art. Der **Wille** und die **Freiheit** werden hier zu einem Themenkomplex, der an die Grundlagen der Theorie und die Basisannahmen der Praxis – jedes Therapieverfahrens – rührt. Und das mag ein Grund für die bislang weitgehend fehlende Auseinandersetzung mit diesen Themen sein. Für die Behandlungspraxis werden unmittelbar **Ziel-Mittel-Fragen** aufgeworfen: Was ist notwendig, um ein solches Ziel wie „Autonomie“ zu erreichen? Wie wird „Selbstwirksamkeit“ gefördert? Abhängigkeiten installierende Regeln, Settings und Methoden (klassische Couch-Analysen) bei gleichzeitigen Autonomiesierungszielen führen zweifellos in *Ziel-Ziel-* und in *Ziel-Mittelkonflikte*, und die sind höchst problematisch (Petzold 2007e). Jede Schule müsste ihre Praxeologie, Methodik, Praxis auf solche Konflikte überprüfen, reproduzieren sie doch oft sozialisatorische Dependenz-Autonomie-Konflikte bzw. -Paradoxien der Primärfamilie: „Übernimm Verantwortung, aber tue, was ich Dir sage!“ (idem 2001j). Das Problem „des Willens und des anderen Wollens“ (ibid. 235ff.) und das damit verbundene Freiheitsproblem wurde bislang in den Willentheorien der Psychotherapieschulen zu wenig thematisiert, besonders nicht mit dem Blick auf settingsspezifische Wiederholungstendenzen im Therapieprozess. Natürlich müssen in solchen Überlegungen auch die Fragen aufgegriffen werden, die die Neurowissenschaften zum Willens- und Freiheitsthema aufgeworfen haben, und mit denen sich die Beiträge des ersten Bandes ausei-

---

her ... Geben sie dieser Kritik niemals nach und sagen sie es trotzdem ... Den Grund für diese Vorschrift – eigentlich die Einzige, die sie befolgen sollen – werden sie später erfahren ...“

inander setzen. Mit der Aufnahme dieser Diskurse und ihrer Berücksichtigung in der psychotherapeutischen Strategienbildung und für die Behandlungspraxis muss deshalb unbedingt begonnen werden. Der vorliegende Band soll hierzu einen Beitrag leisten.

*Hilarion Petzold*, Düsseldorf, Amsterdam, Paris  
*Johanna Sieper*, Düsseldorf, Paris

**Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit  
und Kreativitätsförderung  
Hückeswagen**  
<http://www.Integrative-Therapie.de>