FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

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. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb
Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund
Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. 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
(Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen)

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.
Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 18/2025

„Zwischen Theorie und Praxis - Willensprozesse in der Arbeit mit einem schizophrenen Patienten“

Das Bauen eines Kartonhauses als theragnostische, ko-kreative, sowie erlebniszentrierte Arbeit als Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, sowie zur Förderung der Willenskraft

Naura Rüegg, Schweiz *

---

* Aus der „**Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie**“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dr. phil. Katharina Rast-Pupato, lic. phil. Lotti Müller, MSc.* mail-to: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung ‚*Integrative Psychotherapie*‘. Betreuerin/Gutachter: *Ulrike Mathias, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.*

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG .....

2.WILLENSTHEORIEN UND PERSPEKTIVEN .....

2.1 Soziologische Perspektive .....

2.2 Evolutionsbiologische Perspektive .....

2.3 Neurobiologische Perspektive .....

3 SCHIZOPHRENIE UND VOLITIONSSTÖRUNGEN .....

3.1 Pathogenese (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) .....

3.2 Verlauf der Schizophrenie und Residuum .....

3.3.1. Strukturelle Momente des Wollens .....

3.3.2. Zeitliche Phasen des Wollens: Rubikonmoldell der Handlungsphasen .....

3.3.3. Das Motivationsmodell der Integrativen Therapie .....

4 BIO - PSYCHO – SOZIAL – ÖKOLOGISCHES - MODELL DER WILLENSFREIHEIT .....

5 RELEVANZ FÜR SUPERVISION UND PRAXIS - EIN PROZESSBEISPIEL .....

5.1 Wille als Grundlegende Funktion der Persönlichkeit (Ich-Funktion) .....

5.2 Willensdiagnostik .....

5.3 Willensarbeit und komplexes Lernen .....

5.4 Prozessbeispiel .....

6 ZUSAMMENFASSUNG/SUMMARY .....

7. LITERATURVERZEICHNIS .....

8 ANHANG .....

8.1 Abbildung 1: Rubikonmodell .....

8.2 Abbildung 2: Motivationsmodell der Integrativen Therapie .....

8.3 Abbildung 3: Bio-Psycho-Sozial-Ökologisches- Modell, eigene Darstellung .....

8.4 Bilder des Prozessbeispiels .....

Einleitung

Der Wille ist für eine erfolgreiche Therapie unverzichtbar. Das Thema des Willens findet sich in allen Bereichen des menschlichen Lebens. Fragen nach 'Wille und Wollen' stehen dabei immer im Zusammenhang mit Macht, Ohnmacht, Dominanz, Zwang, Determinierung und Freiheit. In der psychotherapeutischen Arbeit geht nichts ohne den Willen des Patienten bzw. der Patientin – etwa die rechtsrelevante Zustimmung im Rahmen des „informed consent" zur Behandlung. Ebenso geht nichts ohne den gemeinsamen Willen von Therapeut*in und Patient*in zu einer guten und kooperativen Zusammenarbeit (*Petzold H.G. & Sieper, J.* (2008): Bd I, S. 10)[1]. Für den Therapieerfolg gilt die therapeutische Beziehung als wichtigster Wirkfaktor. Sie basiert wesentlich auf einer guten Passung. Aus Sicht der Volitionspsychologie braucht es dafür die Koordination eines gemeinsamen Wollens. Es geht also um die Synchronisierung des Wollens in der Beziehung – entscheidend ist der Wille zur Zusammenarbeit. Aus tiefenpsychologischer Sicht ist die Offenlegung belastender biografischer Elemente zentral. Der Therapeut muss den Willen mitbringen, diese Geschichte zu verstehen. Das humanistische Paradigma besagt, dass es einen Willen braucht, sich auf eine intensive Beziehungserfahrung einzulassen. Aus der Perspektive des Behaviorismus erfordert Therapie den Willen, sich mit Problemen auseinanderzusetzen und sich auf Übungen, Expositionen etc. einzulassen. Das neue Integrationsparadigma, das auch die Integrative Therapie vertritt, macht das Thema Wille zum zentralen Gegenstand der therapeutischen Arbeit. Der/die Patient*in soll in freier und souveräner Weise Entscheidungen im Zusammenhang mit der Therapie treffen können. Dabei werden die zentralen Willensqualitäten Entscheidungsfähigkeit (Dezisionalität), Umsetzungskraft (Konversität) und Durchhaltevermögen (Persistenz) gefördert (*Petzold & Sieper* 2008: Bd. I). Diese Arbeit befasst sich mit Aspekten des Willens und der Willenstherapie am Beispiel eines Prozesses unter willenseinschränkenden Grundbedingungen wie Volitionsstörungen – zudem im Rahmen chronifizierter Schizophrenie und einer angeordneten Therapie im Massnahmevollzug. Im Folgenden werden relevante theoretische Hintergründe erläutert, die

[1] Petzold, H. G., & Sieper, J. (2008): *Der Wille, Die Neuropsychologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination (Bd. I).* Paderborn: Junfermann.

zum Verständnis und zur Einordnung des Prozessbeispiels beitragen (*Petzold & Sieper* (2008): Bd. I & II)[2].

2.Willenstheorien und Perspektiven

2.1 Soziologische Perspektive

In diesem Kapitel wird die „Selbsterfahrung“ des Willens zusammengefasst. Wille und Wollen entstehen aus Erfahrungen im Zusammenhang mit Erfolgserlebnissen und mit dem Scheitern in Bezug auf Willensäusserungen oder Strebungen. Kinder lernen, dass es belohnt wird, zu wollen, was die Erwachsenen wollen, und dass es häufig auf Ablehnung stösst, etwas anderes zu wollen. Der eigene Wille sollte einigermassen mit dem der anderen übereinstimmen, damit Kinder ihren eigenen Willen leben können. Intuitiv erfassen Kinder das elterliche Wollen, das sie prägt und ihr Verhalten steuert. *Petzold* bezeichnet diesen Vorgang als Erziehung. In der familialen Sozialisation koordinieren Eltern ihr Wollen mit dem der Kinder durch ein „Handeln um Grenzen, ein Aushandeln von Positionen“. Ein „multiples Wollen“, wenn diese Prozesse nicht in die gleiche Richtung verlaufen und es zu keiner Abstimmung kommt. Im optimalen Fall erlangt die Familie durch geschickte Strategien der Konfliktlösung ein gemeinsames Wollen. Dies geschieht jedoch häufig auch durch Druck, Unterdrückung oder Gewalt. Diese Prozesse werden als Willenssozialisation bezeichnet (*Petzold & Sieper* 2008: Bd. I & II).

2.2 Evolutionsbiologische Perspektive

Evolutionsbiologisch gesehen ist der Wille eine Funktion, die sich in der Entwicklung des Menschen über viele Millionen Jahre herausgebildet hat. Auch der Wille diente der verbesserten Anpassung des Menschen an seine Lebenswelt. Eine gute Anpassungsfähigkeit bedeutet, zielgerichtete Handlungen auszuführen, diese flexibel den Umständen anzupassen und entsprechend darauf zu reagieren. Der Mensch ist anderen

---

[2] *Petzold, H. G., & Sieper, J.* (2008): *Der Wille, Die Neuropsychologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens (Bd. II).* Paderborn: Junfermann.

* Patientenbezogene Inhalte des Referats wurden anonymisiert behandelt.

Lebewesen voraus, da er sein Verhalten kritisch reflektieren kann (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. II, S. 57–60). Aus evolutionsbiologischer Sicht kann jedoch auch argumentiert werden, dass der Wille nicht frei ist. Grundbedingungen unseres Lebens hängen von unserem genetischen Programm (der DNA) ab, das wir von unseren Eltern erben. Dies beeinflusst unser Leben im Alltag, unsere sozialen Beziehungen und auch unsere Moral. Auf biologischer Ebene unterscheiden wir uns daher nicht von anderen Lebewesen. Unsere Biologie ist darauf ausgerichtet, uns fortzupflanzen und unser Erbe weiterzugeben. Aus der DNA ergibt sich ein sogenannter Aktionsradius, aus dem wir nicht ausbrechen können. Diese Grenzen sind nicht unveränderbar, jedoch auch nicht beliebig veränderbar. Unser Wollen ist somit durch unsere Grundbedürfnisse mitbestimmt. Vieles von dem, was wir heute tun bzw. welches Verhalten wir zeigen, geht auf unsere affenartigen Vorfahren zurück (z. B. das Anlegen von Vorräten oder übermässiges Einkaufen von Lebensmitteln). Deshalb wird auch die Hypothese verworfen, der Mensch komme als „Tabula Rasa“ zur Welt (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. II, S. 57–60). Bereits in den ersten Lebensjahren kommen zu den genetischen Vorbedingungen Eindrücke, Erlebnisse und Erfahrungen hinzu. Im Laufe des Lebens entsteht eine einmalige Sammlung von Erfahrungen, die ein Individuum mit sich trägt. Diese können sich auch in psychischen Störungen manifestieren. Ein Individuum kann jedoch nur so viel lernen, wie es das stammesgeschichtliche Programm seiner Spezies ermöglicht (z. B. kann ein Hund keine Algebra lernen). Auch soziales Lernen, zu dem die Imitation zählt, beeinflusst den Willen. Was jedoch imitiert wird, ist nicht durch die Evolution festgelegt (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. II, S. 61–63).

„Der Stärkegrad verschiedener menschlicher Antriebe ergibt sich aus dem körperlichen Versorgungsstand, dem Spiegel bestimmter Hormone, dem Entwicklungsstand, den vorangegangenen Wahrnehmungen und dem vorangegangenen eigenen Verhalten. Kennzeichnend für den Menschen ist zusätzlich, dass bewusste Vorstellungen und Fantasien die Rolle von Anreizen übernehmen und Antriebe erwecken und steigern können“ (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. II, S. 63).

2.3 Neurobiologische Perspektive

Ist der „Locus of Control“ – das Wahrnehmen und Erleben von Kontrolle – extern bestimmt, wird funktionales Wollen behindert. Auf neurologischer Ebene bedeutet dies, dass bedürfnisbefriedigende Verhaltensweisen nicht mehr ausgeführt werden können. Es

entstehen Fehlbahnungen im Sinne dysfunktionaler Muster, die langfristig kreatives Problemlösen verhindern und die Bewältigung zukünftiger Entwicklungsaufgaben beeinträchtigen können. Dies kann zu Leiden und Störungen führen. Eine stark ausgeprägte Fehlbahnung lässt sich durch bewusste Willensanstrengung nicht mehr beeinflussen. Neue Willenskräfte müssen daher durch die Hemmung alter dysfunktionaler Bahnungen unterdrückt und durch die Schaffung neuer funktionaler Bahnungen ersetzt werden (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. I, Vorwort). Aus neurobiologischer Perspektive kann der Wille als komplexes Zusammenspiel verschiedener neurologischer Prozesse, Funktionen und Hirnregionen verstanden werden. Diese umfassen insbesondere die exekutiven Funktionen, wie die Steuerung von Handlungen, Entscheidungen und Verhaltensweisen. Der Wille ist ein dynamisches, vernetztes System dieser Funktionen, das sowohl durch bewusste als auch unbewusste Prozesse beeinflusst wird. Gleichzeitig wirkt er auf Lernen, Erfahrungen und soziale Interaktionen zurück. Eine zentrale Rolle spielt der präfrontale Kortex, in dem Prozesse wie Planung, Entscheidungsfindung, Aufmerksamkeitslenkung und Impulskontrolle ablaufen. Das limbische System, insbesondere Amygdala und Hippocampus, beeinflusst die Willensbildung über emotionale Bewertungen. Die Basalganglien unterstützen die Umsetzung von Handlungen, vor allem bei der Regulation von Routinen und Gewohnheiten. Das dopaminerge System trägt zur Aufrechterhaltung von Motivation und Antrieb bei und ist Teil des Belohnungssystems. Der Willensprozess ist somit ein Zusammenspiel von Verstand und Emotionen und umfasst auch hemmende Anteile. Abschliessend ist das Konzept der Plastizität und des Lernens hervorzuheben (vgl. Kapitel „Komplexes Lernen“). Der Wille kann durch Erfahrungen, Lernen und gezieltes Training beeinflusst werden. Negative Lernerfahrungen oder Hemmungen können die Willensstärke schwächen, während positive Erfahrungen Selbstkontrolle und Handlungsfähigkeit fördern – und damit die Willenskraft stärken (*Petzold & Sieper* 2008 Bd. I, S. 253–329).

3 Schizophrenie und Volitionsstörungen

3.1 Pathogenese (Vulnerabilitäts-Stress-Modell)

Laut dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell stellt das überdauernde Merkmal schizophrener Erkrankungen nicht die Störung selbst dar, sondern die *Vulnerabilität* zur Ausbildung einer solchen Erkrankung. In diesem Modell wird Schizophrenie als biomedizinische,

stressabhängige Erkrankung verstanden, deren Ausbruch durch persönliche Ressourcen und/oder soziale Schutzfaktoren abgeschwächt werden kann. Die Interaktion des Individuums mit seinem Umfeld und die Qualität dieser Interaktionen bestimmen dabei Verlauf und Ausgang der Erkrankung. *Bernd Behrendt* fasst in seinem Manual *Meine persönlichen Warnsignale* verschiedene Faktoren zusammen, die als Risikofaktoren gelten und somit Vulnerabilität und Stress erhöhen, ebenso wie Potenziale und Coping-Strategien, die Schutz bieten (*Behrendt, B.* 2009)[3]. Laut *Petzold & Sieper* (2008). führt auch die Unterdrückung von Gefühlen, Bedürfnissen (und den durch Bedürfnisse motivierten Willensäusserungen) zu Stress – Distress – und begünstigt damit die Entwicklung zahlreicher „stressbedingter Erkrankungen". Damit grenzt diese Sichtweise an das Vulnerabilitäts-Stress-Modell an.

3.2 Verlauf der Schizophrenie und Residuum

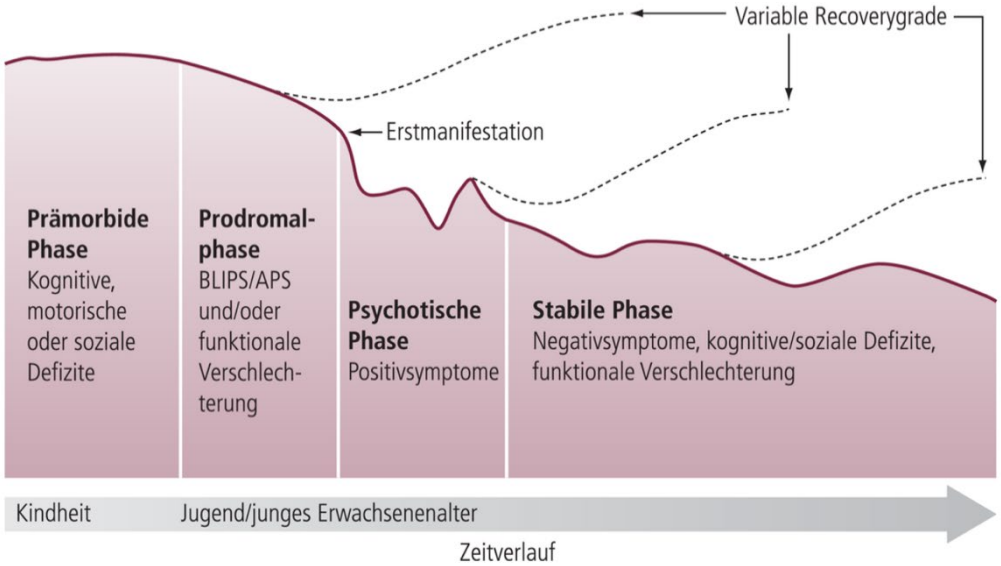
Der typische Verlauf einer Schizophrenie lässt sich in verschiedene Phasen unterteilen: die Prodromalphase (meist mehrere Jahre), die Phase der akuten Symptome (mehrere Wochen bis Monate), die postpsychotische Depression (mehrere Wochen) sowie die Residualphase (individuell unterschiedlich lang). Dieses Phasenmodell wird unter anderem in dem psychoedukativen Manual *Meine persönlichen Warnsignale* von *Behrendt* (2009). beschrieben. Das Störungsbild setzt sich demnach aus einem Gesamtbild verschiedener Phasen zusammen und erfordert je nach Stadium der Erkrankung unterschiedliche Behandlungsansätze.

In der Anfangsphase berichten Betroffene häufig von verstärktem Stress, paranoiden Gedanken, vermehrtem Grübeln, Schlafstörungen oder Schwierigkeiten im sozialen Austausch. In der Akutphase treten die Positivsymptome in den Vordergrund, darunter Ich-Störungen, Wahnvorstellungen, Stimmenhören, Halluzinationen und formale Denkstörungen. Nach dem Abklingen dieser Symptome stehen häufig depressionsähnliche Beschwerden im Vordergrund, wie Interesselosigkeit, Antriebsmangel, Suizidalität und Störungen der Volition (vgl. Abschnitt *Volition und Wille*). Bei einem Teil der Betroffenen verbleibt schliesslich ein

---

[3] *Behrendt, B.* (2009): *Meine persönlichen Warnsignale: Ein Manual für Menschen mit Psychosen*. Köln: Psychiatrie Verlag.

chronifiziertes Residuum, das durch Negativsymptome wie Antriebsverlust, Affektverflachung oder sozialen Rückzug geprägt ist.



Quelle[4]: *Klaus, R.* (2018): *Phasengerechte Behandlung der Schizophrenie – Stellenwert der ambulanten Versorgung beim niedergelassenen Psychiater, in: Psychiatrie & Psychotherapie*.

3.3 Volition und Wille

Willensstörungen treten vor allem bei schweren depressiven Störungen sowie im Rahmen schizophrener Erkrankungen auf (vgl. Abschnitt *Verlauf der Schizophrenie und Residuum*). Dabei können Willenshemmungen bis hin zur Abulie (vollständige Willenslosigkeit) beobachtet werden. Darüber hinaus beschreibt *Broschmann, D*. (2017).[5] vielfältige Störungen im Antrieb, Wollen, Entscheiden und Handeln.

---

[4] *Klaus, R.* (2018): *Phasengerechte Behandlung der Schizophrenie – Stellenwert der ambulanten Versorgung beim niedergelassenen Psychiater, in: Psychiatrie & Psychotherapie* (PPT online), Heft 4. Online verfügbar unter: https://www.ppt-online.de/heftarchiv/2018/04/phasengerechte-behandlung-der-schizophrenie-stellenwert-der-ambulanten-versorgung-beim-niedergelassenen-psychiater.html (letzter Zugriff: 13.03.2025).

[5] Broschmann, Daniel (2017). *Die Unfähigkeit zu wollen. Versuch einer Phänomenologie und Psychopathologie von Willensstörungen.* Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Psychische Funktionen, die für Willenshandlungen eine zentrale Rolle spielen – wie Planen, Handeln, Aufmerksamkeit, Selbststeuerung und Durchsetzungsvermögen – werden in der Neuropsychologie unter dem Begriff der exekutiven Funktionen zusammengefasst.

Der menschliche Wille lässt sich sowohl als subjektiv erfahrbares Phänomen als auch in zwischenmenschlichen Handlungen beobachten. Er wird den Ich-Funktionen zugeordnet, wie auch in der Integrativen Persönlichkeitstheorie erläutert. Der Willensbegriff umfasst eine komplexe Zusammensetzung psychischer Prozesse: von unspezifischem vitalem Antrieb über gerichtete Bedürfnisse bis hin zu spezifischen Mechanismen der Willensbildung, Entscheidungsfindung und Handlungsausführung.

In der Willensforschung wird häufig eine Differenzierung vorgenommen zwischen strukturellen Momenten des Wollens und den zeitlichen Phasen des Wollens, wie sie im Rubikonmodell nach *Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M.* (1987).[6] beschrieben sind.

3.3.1. Strukturelle Momente des Wollens

Fuchs, T., & Broschmann, D. (2017).[7] subsumieren unter dem Begriff *Konation* jene Energien, Potenziale und Strebungen, die den Menschen vorantreiben. Dazu zählen der vitale Antrieb als energetische Basis des Wollens, spezifisch gerichtete Triebe und Impulse sowie biographisch geprägte Bedürfnisse, Interessen, Wünsche und Neigungen. Konative Prozesse lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen verorten: auf der leiblich-physischen Ebene (z. B. Hunger, Sexualtrieb), auf der emotional-psychischen Ebene (z. B. Anerkennungs- oder Bindungsstreben) sowie auf der kulturell-geistigen Ebene (z. B. spirituelles oder Freiheitsstreben).

Störungen der Konation können sich sowohl in einem Übermass (z. B. manische Episoden, Sucht/Abhängigkeit durch Überhöhung einzelner Triebe) als auch in einem Mangel äussern (bis hin zur Abulie, d. h. Antriebs-, Interessen- und Lustlosigkeit). Dadurch kommt es zu einer Unfähigkeit, Willensbildung und Willensumsetzung zu realisieren. Betroffene erleben dabei häufig das Fehlen eines „selbstverständlichen leiblichen Könnens“. Auch wenn eine kognitive Notwendigkeit erkannt wird, gelingt es ihnen nicht, zu wollen. Abulie kann im Rahmen

---

[6] Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987): *Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind.* Motivation and Emotion*, 11*, 101–120.

[7] Fuchs, T., & Broschmann, D. (2017): *Willensstörungen – Konation, Motivation, Inhibition, Volition*

schwerer Schizophrenien, aber auch bei Hirnschädigungen (Frontalhirn, Basalganglien, Thalamus) auftreten.

Unter *Motivation* verstehen *Fuchs und Broschmann* (2017). die Gesamtheit der in einer Situation wirksamen Bedürfnisse, Triebe, Motive, Präferenzen und Emotionen, die mit bestimmten Zielvorstellungen verbunden sind und die Wahl sowie Umsetzung von Verhalten beeinflussen.

Die *Inhibition* bezeichnet die Fähigkeit, Bedürfnissen und Motivationen nicht deterministisch ausgeliefert zu sein, sondern in einem Distanzverhältnis zu ihnen zu stehen. Dadurch wird es möglich, Bedürfnisse aufzuschieben oder Handlungen zu hemmen. Im Handlungsverlauf wirkt die Inhibition insbesondere als Desaktualisierung ablenkender Impulse, die der Umsetzung eines Entschlusses entgegenstehen können.

Störungen der Inhibition können sich in übermässiger Hemmung (z. B. schizophrene Bannungsmomente bis zur Katatonie) oder in Enthemmung äussern (z. B. bei Impulskontrollstörungen, Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, Essstörungen, ADHS, abnormen Gewohnheiten wie Trichotillomanie oder Kleptomanie, sowie bei schweren Persönlichkeitsstörungen).

- Bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen treten fremdaggressive Impulsdurchbrüche auf.
- Beim Borderline-Syndrom finden sich selbstschädigende Impulshandlungen.
  Die fehlende Selbstkontrolle erschwert es, übergreifende Willensorientierungen in Beziehungen und Tätigkeiten zu realisieren, was zu Fragmentierung der Lebensführung, Identität und Persönlichkeit führen kann.
- Bei Zwangsstörungen werden Inhibitionsstörungen im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen als „ich-dyston“ und unsinnig erlebt. Bei Schizophrenien kann der Wille hingegen als fremdbeeinflusst erlebt werden, was den Verlust der eigenen „Agency“ (Urheberschaft) bedeutet.

Die *Volition* bezeichnet den Übergang von der Konation in die Handlung (oder deren Unterlassung – Inhibition). Sie ist ein aktiver Prozess, der Wahl und Entscheidung erfordert. In der Volition bildet die Person ihren Willen – vom Abwägen der Ziele über das Entscheiden

und Umsetzen bis hin zum Bewerten der Handlung. Exekutive Funktionen wie Planen, Abwägen, Perspektivwechsel, Vorstellungsvermögen und Introspektionsfähigkeit sind hierfür zentral.

Störungen der Volition können unterschiedliche Ursachen haben:

- Kognitive Störungen: Einschränkungen in Reflexionsfähigkeit, Selbstkritik, Handlungsplanung und Situationsübersicht (z. B. bei Alzheimer).
- Intentionalitätsstörungen: z. B. bei Läsionen des dorsolateralen Kortex. In der *Integrativen Therapie* (Petzold) wird dies im *Intentionalitätsaxiom* beschrieben: „Der Mensch ist immer in Beziehung und bezogen."
- Ambivalenz: Gegensätzliche Willenshandlungen stehen unverbunden nebeneinander.
- Willensschwäche: z. B. Prokrastination, d. h. das Aufschieben von Willenshandlungen.

3.3.2. Zeitliche Phasen des Wollens: Rubikonmoldell der Handlungsphasen

Das *Rubikonmodell* (Anhang, Abbildung 01) von *Heckhausen & Gollwitzer* (1987). beschreibt den zeitlichen Ablauf von der Entstehung von Wünschen über die Zielsetzung bis hin zur Bewertung nach der Zielerreichung. Es unterscheidet vier Phasen, die die Übergänge von Motivation zu Volition und schliesslich zu Handlung und Bewertung abbilden.

1. Prädezisionale Phase (Abwägen und Wünschen)

In dieser Phase werden Wünsche durch Motive generiert. Dabei lassen sich implizite Motive (affektive Bedürfnisbefriedigung) und explizite Motive (kognitiv geprägte Bedürfnisse) unterscheiden (vgl. Heckhausen, *Motivation und Handeln*). Die Realisierbarkeit eines Wunsches spielt eine zentrale Rolle für die Auswahl. Ebenso wichtig ist die Wünschbarkeit, also der subjektive Wert, den man einem Wunsch im Falle seiner Realisierung zuschreibt. Dieses Abwägen erfolgt stets in Abhängigkeit von konkurrierenden Wünschen.

2. Zielentscheidung und präaktionale Phase

Wird ein Wunsch als ausreichend wünschenswert und realisierbar eingeschätzt, wird er in eine Intention transformiert. Phänomenologisch äussert sich dies als Gefühl von Entschlossenheit und Selbstverpflichtung. In diesem Moment ist der Rubikon überschritten –

eine innere Grenze, nach deren Überschreiten ein Zurücktreten vom Ziel kaum noch möglich ist.

3. *Aktionale Phase (Handlungsinitiierung und Zielverfolgung)*

Die Intention führt zur Handlung, sofern die Volitionsstärke (das Ausmass der Selbstverpflichtung gegenüber dem Ziel) hoch genug ist. Diese Stärke ist abhängig von bisherigen Erfahrungen (Erfolg oder Frustration bei früheren Versuchen). Charakteristisch für diese Phase ist zielgerichtetes Handeln, das stark von der Intensität der Volition beeinflusst wird.

4. Postaktionale Phase (Bewertung der Zielerreichung)

Nach der Handlung wird überprüft, ob das Ziel erreicht wurde und ob der antizipierte Wert mit dem tatsächlichen Nutzen übereinstimmt. Bei klar abgegrenzten Handlungen (z. B. „einen Apfel essen“) ist die Bewertung einfach. Schwieriger gestaltet sich die Evaluation bei langfristigen oder offenen Zielen (z. B. „auf eine Prüfung vorbereiten“), da hier auch längerfristige Folgen berücksichtigt werden müssen

3.3.3. Das Motivationsmodell der Integrativen Therapie

Im Buch ‘Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie’ stellen *Petzold & Sieper* (2008). ein Modell vor, das in Anlehnung an die Arbeiten von Heckhausen entwickelt wurde. Dieses Modell lässt sich in drei Phasen unterteilen. Die ersten beiden Phasen dienen der Informationsaufnahme und beinhalten eine Einschätzung der Situation. Dabei spielen sowohl persönliche Fähigkeiten als auch Lernerfahrungen eine zentrale Rolle. Wahrnehmungen, Bewertungen und Einschätzungen erfolgen bewusst und unbewusst anhand gespeicherter Muster aus dem sogenannten Leibarchiv, das neurobiologisch insbesondere im limbischen System, im Hippokampus sowie im präfrontalen Kortex verortet wird.

Das Motivationsmodell der *Integrativen Therapie* unterscheidet sich vom Rubikonmodell vor allem durch seine grössere Komplexität sowie durch den dynamischen und nichtlinearen Ablauf. Während das Rubikonmodell das Überschreiten des „Rubikons“ – eines Point of no Return – als notwendige Bedingung für den Übergang von Motivation zu Volition annimmt, betrachtet die *Integrative Therapie* diesen Prozess flexibler. Willensbildungsprozesse können sich hier vorwärts, rückwärts oder auch seitwärts entwickeln, d. h. in eine völlig neue

Richtung. Entscheidungen werden dabei nicht als endgültig fixiert verstanden, sondern als zeitgebundene Positionierungen, die sich im Verlauf der Entwicklung verändern können. Ein Bild des Modelles ist im Anhang, Abbildung 02 zu finden.

4 Bio - Psycho – Sozial – Ökologisches - Modell der Willensfreiheit

Das integrative Menschenbild versteht den Menschen als ein Körper-Seele-Geist-Wesen, das stets in einem Kontext (soziale, kulturelle und ökologische Bezüge) sowie

> Der wahrnehmungs-, handlungs-, speicherfähige menschliche **Körper/Organismus** (σῶμα), der eingebettet ist in die Lebenswelt, wird durch seine Fähigkeiten zur „**Verkörperung“**, zur **„Einleibung**“, zur **„schöpferischen Gestaltung“** in Enkulturations- und Sozialisationsprozessen zum „**subjektiven Leib**“, zum „**bewegten Leibsubjekt**“, das sich mit seinen Mitsubjekten *kokreativ* interagierend in seinem Kontext/Kontinuum bewegt (*interacting subject embodied and embedded*). Dieses anthropologische Konstrukt des „**Leibsubjektes**“ wird definiert als die in der somatischen Basis und ihrer evolutionär-phylogenetischen Geschichte sowie in der autobiographisch-ontogenetischen Lebensgeschichte gegründete „Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, volitiven, kognitiven und sozial-kommunikativen *Schemata* bzw. *Stile*“ in ihrer aktualen Performanz. Darunter ist das fungierende und intentionale Zusammenspiel mit dem Umfeld zu verstehen, die bewusst und unbewusst erlebten Inszenierungen (enactments/reenactments) und die in ihnen ablaufenden **dynamischen Regulationsprozesse des Leibsubjekts**. Sie werden als Prozesse „komplexen Lernens“ mit ihren Lernergebnissen mnestisch im „Leibgedächtnis“ archiviert. Der verleiblichte Niederschlag *differentieller Information* über das Zusammenwirken von somatischem Binnenraumerleben und Kontexterleben in der „Selbsterfahrung“ (d. i. im „Leibgedächtnis“ festgehaltene Erfahrung multipler Stimulierung) ist Grundlage des „**i n f o r m i e r t e n L e i b e s “,** aus dem als *Synergem* ein „**personales Leib-Selbst“** *emergiert*, das ein reflexives/metareflexives **Ich** und dadurch eine hinlänglich konsistente, gedächtnisgesicherte **Identität** entwickelt kann. Das anthropologische Konstrukt des **Leibsubjekts** wird damit zu einem persönlichkeitstheoretischen Konzept erweitert. Die „**leibhaftige Person“** als **Selbst-Ich-Identität** konstituiert sich durch die jeweils erinnerten und in ihrer aktualen Performanz im *Kontext-Kontinuumbezug* erlebten und mit Anderen inszenierten Schemata/Stile. Sie kann sich fungierend-regulationsfähig und reflektierend-handlungsfähig in ihren Interaktionen mit Anderen in der Welt in präintentionalen und intentionalen Willensakten steuern und entwickeln“ (*Petzold* 2000h, Präzisierung von 1996a, 283; zu wichtigen neurobiologischen Prozessen).

in einem Kontinuum (biographische Entwicklung, lebensgeschichtliche Prozesse) verortet ist (*Petzold, H.G.* (2009).[8]

---

[8] *Hilarion G. Petzold* (2009): *Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis*, in: Psychologische Medizin (Graz), Jg. 20, S. 20–33.

Für die Präsentation habe ich die in psychosomatischen Einrichtungen bekannte Darstellungsart des Bio-Psycho-Sozialen-Modells nach *George L. Engel* (1977)[9] der integrativen Formel angepasst und nach *Petzold & Sieper* (2009). um die ökologische Dimension erweitert. Im Anhang (Anhang 03) ist ein Foto des Bildes zu finden.

Inhalte des Modells anhand von übersichtlichen Beispielen

Biologisch: Zum biologischen Anteil des Willens zählen Faktoren wie Intelligenz, exekutive Funktionen, Geschlecht, Körpergrösse, Hautfarbe, organmedizinische Aspekte (z. B. Hirnschäden) sowie die Rolle von Neurotransmittern. → *„Was ist möglich?“*

Psychologisch: Hierzu gehören Gefühle, Wahrnehmung, Motive, Selbstwirksamkeitserwartungen und Lernerfahrungen. → *„Kann ich es erreichen?“*

Sozial: Wichtige Einflüsse sind Erziehung, soziales Netzwerk, Lernen am Modell, Arbeitsumfeld und kulturelle Rahmenbedingungen. → *„Welche Unterstützung habe ich?“*

Ökologisch: Dazu zählen Umweltfaktoren wie Wohnumfeld, geographischer Raum und die physische Umgebung. → *„Wo befinde ich mich?“*

<u>Prozessbeispiel</u>

Zur Verdeutlichung soll ein Patient aus dem Massnahmevollzug vorgestellt werden (Details wurden zum Schutz der Anonymität verändert und ausgelassen).

Ein südamerikanischer Patient litt seit rund 20 Jahren an einer chronifizierten paranoiden Schizophrenie und konsumierte in dieser Zeit regelmässig Marihuana und Alkohol. Er wuchs in einer grossen Familie mit acht Geschwistern auf; der Vater war Missionar, die Familie reiste viel. Bereits in der Jugend begann der Patient als Strassenartist zu arbeiten und besuchte später eine Zirkusschule, die er jedoch vermutlich aufgrund psychotischer Episoden nicht abschliessen konnte.

Im Erwachsenenalter verliebte er sich in eine Schweizerin, mit der er ein Kind bekam. Nach der Emigration in die Schweiz hatte er jedoch erhebliche Integrationsschwierigkeiten.

---

[9] George L. Engel (1977): *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science, Vol. 196, Nr. 4286, S. 129–136

Schliesslich kam es zu verschiedenen Sexual- und Gewaltdelikten, sodass er zu einer stationären Massnahme verurteilt wurde. Im Rahmen des Ausländerrechts wurde ihm das Aufenthaltsrecht entzogen, sodass er die Schweiz nach der Massnahme verlassen muss. Aufgrund der geringen therapeutischen Fortschritte stand zudem eine Verwahrung im Raum.

Anwendung des Modells anhand des Prozessbeispiels

Beim Patienten zeigen sich auf der **biologischen Ebene** eine chronische schizophrene Erkrankung mit ausgeprägten Volitionsstörungen, mangelnder Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie ein dementieller Abbau des Gehirns. Hinzu kommen geringe körperliche Aktivität sowie ein langjähriger Drogen- und Alkoholkonsum, die vermutlich zu zusätzlichen Langzeitschäden geführt haben. Die Intelligenz erscheint nach klinischem Eindruck im Normbereich.

Auf der **psychologischen Ebene** stehen starke Ängste, Paranoia sowie möglicherweise weiterhin vorhandene Sinnestäuschungen und Wahnerleben im Vordergrund. Darüber hinaus zeigen sich Schamgefühle, eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung, Hoffnungslosigkeit und ein Gefühl der Überforderung.

Die **soziale Ebene** ist geprägt von einem sehr eingeschränkten Netzwerk. Der Patient erfährt Stigmatisierung durch die Gesellschaft, hatte viele wechselnde Therapeut*innen und pflegt Kontakte vor allem zu Straftäter*innen mit teilweise antisozialen Einstellungen. Dennoch besteht weiterhin der Kontakt zu seiner Familie in der Schweiz sowie zu seiner Herkunftsfamilie in Peru, die ihn beide unterstützen möchten.

Auf der **ökologischen Ebene** ist der Patient in einer geschlossenen Massnahmenstation mit insgesamt zwölf Mitpatient*innen untergebracht. Er hat keinen unbegleiteten Ausgang. Die Einrichtung befindet sich in ländlicher Umgebung und verfügt über einen Garten. Der Patient bewohnt ein eigenes Zimmer mit Bett, muss jedoch eine gemeinschaftliche Küche und Toilette nutzen.

5 Relevanz für Supervision und Praxis - ein Prozessbeispiel

5.1 Wille als Grundlegende Funktion der Persönlichkeit (Ich-Funktion)

Der Wille zählt zu den grundlegenden Fähigkeiten der Persönlichkeit. In der Integrativen Persönlichkeitstheorie wird zwischen Selbst, Ich und Identität unterschieden.

Das Leib-Selbst bildet dabei die Grundlage. Unter „Leib“ wird mehr verstanden als der bloße Körper: Er ist ein lebendiges, entwicklungsfähiges System, das sich über die gesamte Lebensspanne hinweg entfaltet (*Life-Developmental-Ansatz*). Diese Entwicklung wird insbesondere durch die Prozesse von Wahrnehmung, Bewegung, Emotion, Kognition und Kommunikation vorangetrieben. Der Wille ist im Leib verankert, wird als Anspannung oder Entspannung, Bewegung oder Regung spürbar und entwickelt sich zusammen mit dem Leib-Selbst, das den Willen steuert (*Petzold, H.G.* 2004h).[10].

Das Ich ist im Leib-Selbst eingebettet und stellt das *Selbst in actu* dar. Es ist relational, das heißt, es existiert immer in Beziehung zu anderen. Zum Ich gehören die sogenannten Ich-Funktionen, die in drei Ebenen unterteilt werden können (Petzold H.G. (1984).[11]:

- **Primäre Ich-Funktionen:** grundlegende Fähigkeiten wie Denken, Fühlen, Handeln, Affekt- und Impulskontrolle, Realitätsprüfung, Selbstwahrnehmung, Planen sowie der Wille.
- **Sekundäre Ich-Funktionen:** höhere Fähigkeiten wie Selbstreflexion, Metakognition, Empathie und Perspektivenübernahme, Kreativität, Symbolisierungsfähigkeit, Identitätsregulation und soziale Kompetenzen.
- **Tertiäre Ich-Funktionen:** die komplexesten Fähigkeiten, die mit Sinnfindung, Selbstverwirklichung, Ethik und moralischem Bewusstsein verbunden sind.

---

[10] *Petzold, H. G.* (2004h): *Der informierte Leib. Ein integratives Leibkonzept in der Psychotherapie*. FPI-Publikationen.de

[11] *Petzold, H.G.* (1984): *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Theorie*. Paderborn: Junfermann

5.2 Willensdiagnostik

Die Willensdiagnostik schließt sich an das Konzept der Theragnostik an und nutzt dieselben diagnostischen Techniken wie andere spezifische Themenbereiche. Sie umfasst die Erhebung der biographischen Willensentwicklung und ihrer sozialen Bedingungen sowie Fragen nach Stärken, Schwächen, Regulationsformen und Erscheinungsformen des Wollens (*Petzold & Sieper* 2008 Bd I, S. 273).

Für eine umfassende Erfassung ist ein integrativer und differenzieller diagnostisch-anamnestischer Zugang notwendig. Hierfür eignet sich insbesondere das *Narrative Willensdiagnostische Interview (NWI)*, ein halbstrukturiertes Interview, das sich an den Zieldimensionen des Willens, des Wollens und des Zielrealisierungsverhaltens orientiert.

Zu den erlebnisaktivierenden und kreativen Verfahren (*semiprojektive Verfahren*) zählen:

- die **Ich-Funktionsbilder (Ego Charts)** im Rahmen der Persönlichkeitstheorie (Wollen als primäre Ich-Funktion neben bewusstem Wahrnehmen, Fühlen, Memorieren, Denken, Werten und Handeln),
- die **Panoramatechnik**, welche entwicklungspsychologisch ausgerichtet ist,
- sowie das **dreizügige Karrierepanorama** (mit den Dimensionen *positive Einflüsse*, *negative Einflüsse* und *Defiziterfahrungen*), das als klinisches Standardinstrument gilt.

Gerade durch die Dreizügigkeit werden relevante Aspekte der Sozialisation erfasst:

- **Förderliche Faktoren:** Anregung, Freiraum, selbstständiges Handeln, positive Vorbilder, Ermutigung, Unterstützung bei Zielfindung und -realisierung, Lob und Wertschätzung.
- **Defizite:** Fehlende Anregung, fehlende Vorbilder, keine Hilfen oder Begleitung – der Mensch bleibt sich selbst überlassen.
- **Negativfaktoren:** Kritik, Entwertung, Strafe, negative Vorbilder, Verhinderung von Eigenaktivität, negative „selbsterfüllende Prophezeiungen“ und Double-Bind-Situationen.

5.3 Willensarbeit und komplexes Lernen

Die *Integrative Therapie* stützt sich nach aktuellem Wissensstand auf Konzepte der Lerntheorie, insbesondere auf differenzielles und komplexes Lernen. Die Theorie des komplexen Lernens geht davon aus, dass Lernen auf allen relevanten Ebenen erfolgen muss:

- **Kognitive Ebene:** Wissen erfassen und aufnehmen.
- **Emotionale Ebene:** Wertigkeit und Bedeutsamkeit erleben und erfassen.
- **Volitionale Ebene:** Entscheidungsprozesse spüren, kennenlernen und Durchhaltefähigkeiten entwickeln.
- **Sensumotorische Ebene:** Willensintentionen praktisch umsetzen.
- **Sozial-kommunikative Ebene:** Informationen austauschen, erhalten und vermitteln.

Damit wird Lernen als ein mehrdimensionaler, dynamischer Prozess verstanden, der Wissen, Emotion, Motivation, Handlungsfähigkeit und soziale Interaktion verbindet.

Zentral ist dabei das intentionale Lernen – es erfordert den Willen, um die Prozesse bewusst zu steuern und nachhaltig zu verankern.

Veränderungsprozesse in der *Integrativen Therapie* sollen auf mehreren Ebenen initiiert werden (*Petzold & Sieper* 2008 Bd II, S. 551):

1. **Neurobiologische Ebene:** Willensprozesse auf vorbeusstem, zerebralem Niveau. Hier geht es um Übung, damit neuronale Veränderungen stattfinden können.
2. **Psychologische Ebene:** Emotionale (limbische) Bewertungen und kognitive Einschätzungen (präfrontales Appraisal) der eigenen Willenskompetenz.
3. **Ebene des selbstbewussten Subjekts:** Die Dimension der *Qualia*, also die gesamte Bandbreite an Sinneseindrücken, Stimmungen, Wünschen, Phantasien, Vorstellungsbildern und Intentionen. Hier steht die phänomenale, subjektive Erfahrung im Vordergrund, ebenso wie die Auseinandersetzung mit dem eigenen Wollen.

4. **Persönlich-biographische Ebene:** Metareflexive Bearbeitung der Willensthematik. In dieser Phase erfolgt die Auseinandersetzung mit dem eigenen So-Sein sowie die Anpassung von Überzeugungen (*change of appraisal*) und Bewertungen (*change of valuation*). Zudem werden Handlungsroutinen performativ umgestaltet.

Die Willensarbeit der Integrativen Therapie orientiert sich einerseits an einer klinischen Ausrichtung, d. h. Störungen oder Pathologien des Willens werden gezielt behandelt. Andererseits verfolgt sie einen entwicklungsorientierten Ansatz, nach dem die Willensentwicklung als lebenslange Entwicklungsaufgabe verstanden wird. Sie folgt dem *life-span developmental Ansatz* und reicht über das 4. Lebensjahr (Phase des neuronalen *Pruning*) hinaus. In der Adoleszenz kann die Willensentwicklung besonders durch Krisen und Probleme beeinflusst werden (*Petzold & Sieper* 2008 Bd II, S. 543).

5.4 Prozessbeispiel

Der Patient zeigte zu Beginn erhebliche Widerstände gegenüber einem therapeutischen Beziehungsaufbau, bedingt durch häufige Wechsel der Bezugstherapeut*innen. Dies führte zu Misstrauen, Gesprächsverweigerung und Rückzug. Nur bei akuten somatischen Beschwerden suchte er die Therapie auf.

Durch eine Neustrukturierung der Sitzungen und die Betonung von Freiwilligkeit konnte ein Kor-respondenzprozess etabliert werden. In diesem Rahmen wurde die Idee eines Kartonhausprojekts entwickelt, das an biographische Ressourcen (Interesse an Architektur, frühere handwerkliche Erfahrungen) anknüpfte. Hierdurch konnte die Motivation aktiviert und in Richtung einer präaktionalen Phase der Willensbildung weitergeführt werden.

Der therapeutische Prozess verlief dynamisch im Sinne einer hermeneutischen Spirale, mit wiederholten Einbrüchen und Neuformierungen der Volition. Schwierigkeiten ergaben sich vor allem durch die Tendenz des Patienten zur Autonomie und durch fehlende Lernerfahrungen in fortgeschrittenen Projektphasen. Durch strukturierende Interventionen (z.B. Ausführungsintentionen, kooperative Aufgabenbewältigung) konnte Intersubjektivität hergestellt werden.

In einer kritischen Phase übernahm die Therapeutin vorübergehend aktiv die Umsetzung erster Arbeitsschritte. Dieses Handeln erwies sich als entscheidend, da es dem Patienten die

Machbarkeit vor Augen führte und Vertrauen in den gemeinsamen Prozess stärkte. Dadurch konnte eine Ko-Volition entstehen, die den erfolgreichen Abschluss des Projekts ermöglichte.

Das Projekt erwies sich als eindrückliches Beispiel für komplexes Lernen, das sich auf mehreren Ebenen vollzog. Auf der kognitiven Ebene zeigte sich dies in der Planung und Bewertung einzelner Arbeitsschritte. Auf der emotionalen Ebene standen Motivation, Hoffnung und die Regulation von Affekten im Vordergrund. Die volitionale Ebene spiegelte sich in der Willensbildung und im Durchhaltevermögen des Patienten wider. Auf der sensumotorischen Ebene wurde das Lernen durch die praktische Umsetzung der Bauaufgaben deutlich, während die sozial-kommunikative Ebene in der kooperativen Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeutin zum Ausdruck kam.

6 Zusammenfassung/Summary

Zusammenfassung: Zwischen Theorie und Praxis - Willensprozesse in der Arbeit mit einem schizophrenen Patienten - Das Bauen eines Kartonhauses als theragnostische, ko-kreative, sowie erlebniszentrierte Arbeit als Basis einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, sowie zur Förderung der Willenskraft

Der Wille wird in der *Integrativen Therapie* als komplexer und dynamischer Prozess verstanden und gilt als Kernfunktion der Persönlichkeit. Im Rahmen des bio-psycho-sozial-ökologischen Modells wird er sowohl durch biologische Faktoren wie genetische Disposition, DNA und stammesgeschichtliche Grundlagen als auch durch psychologische Faktoren wie Selbstwirksamkeitserwartungen und Affekte, soziale Faktoren wie Lernerfahrungen, Erziehung und soziale Netzwerke sowie durch ökologische Bedingungen wie Umfeld, Infrastruktur und Freiheit mitbestimmt.
Die Willensentwicklung folgt dem Ansatz des life-span development, sie ist also eine lebenslange Entwicklungsaufgabe. Nach dem Prinzip des komplexen Lernens sollte sie intersubjektiv und in Ko-Respondenz erfolgen. Für eine gelingende Psychotherapie stehen die therapeutische Beziehung und der informed consent im Zentrum – der Wille der Klientin bzw. des Klienten ist dabei unabdingbar.
Die Durchführung einer angeordneten Psychotherapie im geschlossenen Maßnahmenvollzug bei einer Person mit chronifizierter Schizophrenie und ausgeprägten Volitionsstörungen stellt ein hoch komplexes Unterfangen dar. Gerade vor diesem Hintergrund bieten das Menschenbild, die Haltung und die theoretische Grundlage der *Integrativen Therapie* jedoch eine besonders geeignete Basis.

Schlüsselwörter: *Integrative Therapie*, Schizophrenie, Wille, Volition, Neuropsychologie

Summary: Between theory and practice - Volitional processes in the work with a schizophrenic patient – Building a cardboard house as a theragnostic, co-creative, and experience-centered approach serving as the basis for a sustainable therapeutic relationship and for the promotion of willpower

In *Integrative Therapy*, will is understood as a complex and dynamic process and is regarded as a core function of personality. Within the framework of the bio-psycho-social-ecological model, it is shaped by biological factors such as genetic disposition, DNA, and phylogenetic heritage; by psychological factors such as self-efficacy expectations and affect; by social factors such as learning experiences, upbringing, and social networks; as well as by ecological conditions such as environment, infrastructure, and freedom.
Will development follows the life-span developmental approach, meaning it is a lifelong developmental task. According to the principle of complex learning, it should take place intersubjectively and within a process of co-responsiveness. For psychotherapy to succeed, the therapeutic relationship and informed consent are central – the will of the client is indispensable. Implementing a court-ordered psychotherapy in a closed forensic setting with a person suffering from chronic schizophrenia and pronounced volitional impairments represents a highly complex undertaking. Against this backdrop, however, the humanistic orientation, attitude, and theoretical foundations of *Integrative Therapy* provide an especially suitable framework.

Keywords: *Integrative Therapy*, Schizophrenia, Will, Volition, Neuropsychology

7. Literaturverzeichnis

Behrendt, B. (2009). Meine persönlichen Warnsignale: Ein Manual für Menschen mit Psychosen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Broschmann, Daniel (2017). Die Unfähigkeit zu wollen. Versuch einer Phänomenologie und Psychopathologie von Willensstörungen. Dissertation, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg.

Engel, George L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.

Fuchs, T., & Broschmann, D. (2017). Willensstörungen – Konation, Motivation, Inhibition, Volition.

Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational versus volitional states of mind. Motivation and Emotion, 11, 101–120.

Klaus, R. (2018). Phasengerechte Behandlung der Schizophrenie – Stellenwert der ambulanten Versorgung beim niedergelassenen Psychiater. Psychiatrie & Psychotherapie (PPT online), 4. Online verfügbar unter: https://www.ppt-online.de/heftarchiv/2018/04/phasengerechte-behandlung-der-schizophrenie-stellenwert-der-ambulanten-versorgung-beim-niedergelassenen-psychiater.html (letzter Zugriff: 13.03.2025).

Petzold, H. G. (1984). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Theorie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G. (2004h). Der informierte Leib. Ein integratives Leibkonzept in der Psychotherapie. FPI-Publikationen.de.

Petzold, H. G. (2009). Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin (Graz), 20, 20–33.

Petzold, H. G., & Sieper, J. (2008). Der Wille, Die Neuropsychologie und die Psychotherapie. Zwischen Freiheit und Determination (Band I). Paderborn: Junfermann.

Petzold, H. G., & Sieper, J. (2008). Der Wille, Die Neuropsychologie und die Psychotherapie. Psychotherapie des Willens (Band II). Paderborn: Junfermann.

Stuss, D. T., & Alexander, M. P. (2000). Executive functions and the frontal lobes: A conceptual view. Psychological Research, 63(3–4), 289–298.

8 Anhang

8.1 Abbildung 1: Rubikonmodell

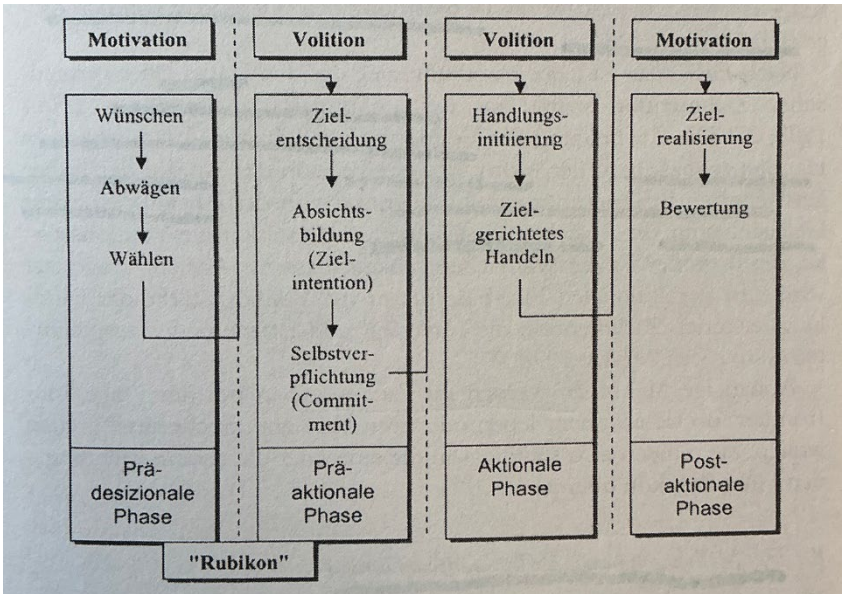


Abb. 1: Diagramm aus: *Jörg Schumacher* 2001; erweiterte Darstellung des Rubikonmodells der Handlungsphasen, S. 71.

Quelle: *Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008). Band II*

8.2 Abbildung 2: Motivationsmodell der Integrativen Therapie

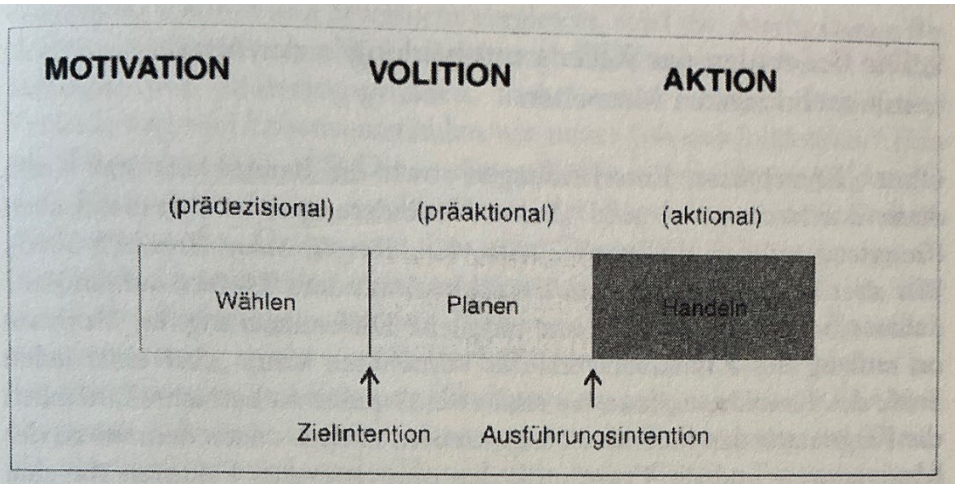
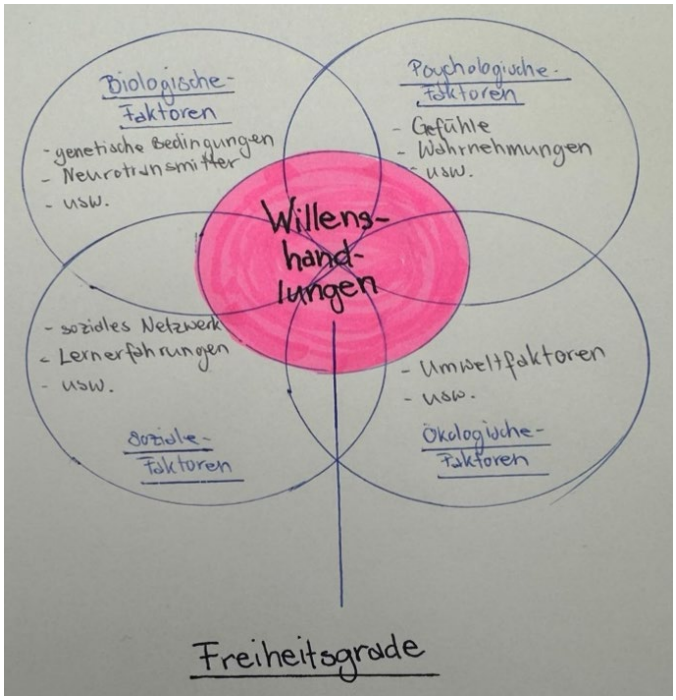


Abb. 2: Diagramm aus: *Petzold* 1998, S. 384. Ablaufschema von Motivation und Volition nach *Schwarzer* 1993, S. 223.

Quelle: *Petzold, H.G. & Sieper, J. (2008). Band II*

8.3 Abbildung 3: Bio-Psycho-Sozial-Ökologisches- Modell, eigene Darstellung

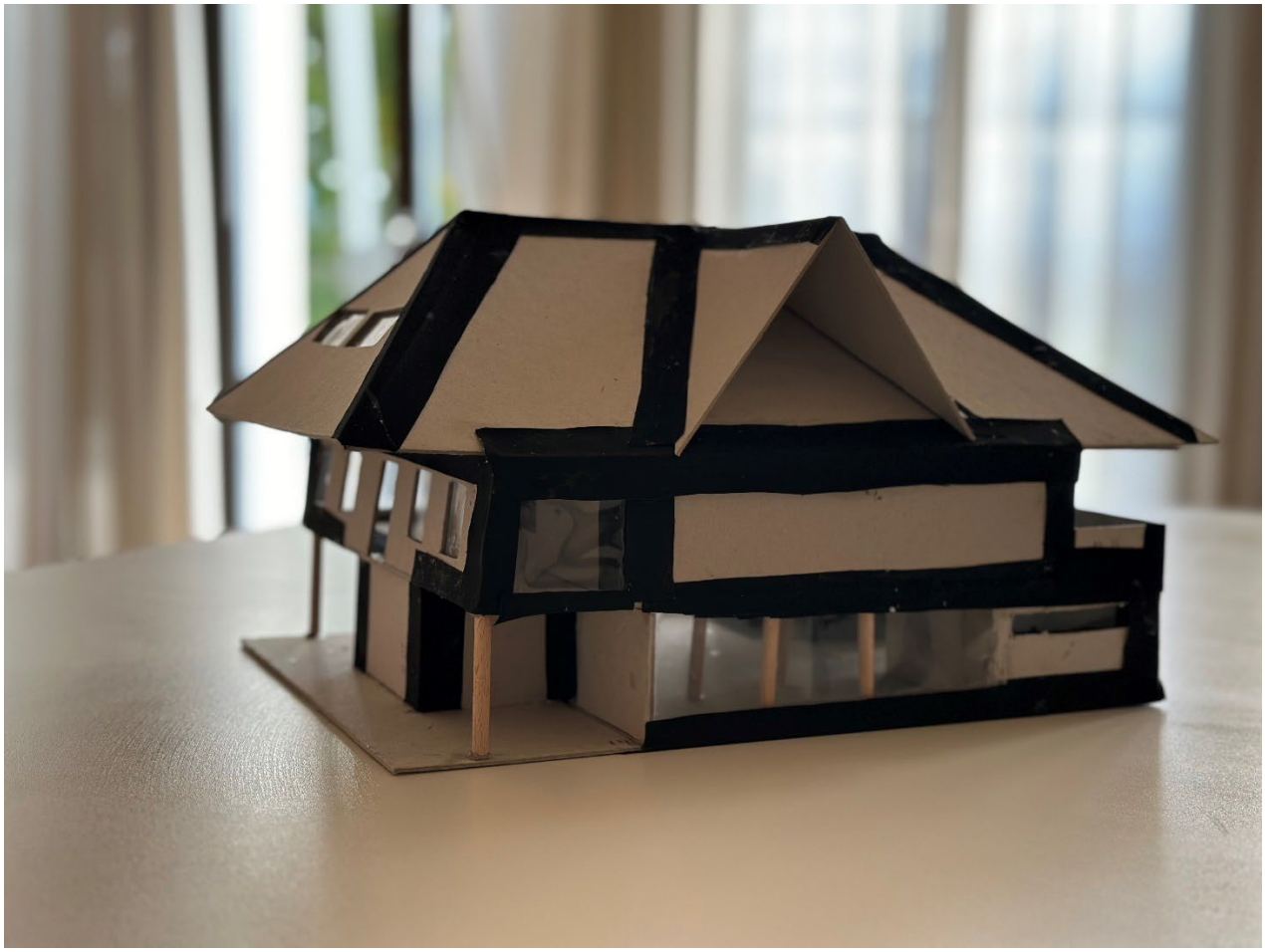


Quelle: *Eigene Darstellung für Präsentation am 03.12.2024*

8.4 Bilder des Prozessbeispiels

Kartonhaus mit Buchbinderleine zusammengebaut, Klarsichtsmappen als Fensterscheiben und Holzsticks als Säulen.

1. Seitenperspektive



2. Perspektive von vorne

Wande

3. Perspektive von oben