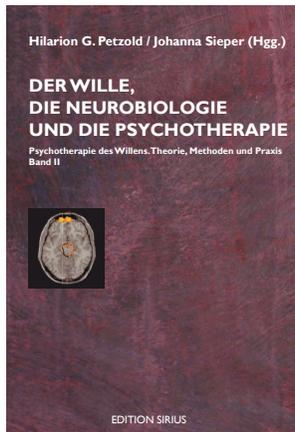


Leseprobe

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

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© **EDITION SIRIUS** Bielefeld und Locarno 2008

im **AISTHESIS VERLAG**

Postfach 10 04 27, D-33504 Bielefeld

Casella Postale 362, CH-6600 Locarno

Umschlaggestaltung: Hans Haessig, Locarno

Satz: Germano Wallmann, www.geisterwort.de

Druck: docupoint GmbH, Magdeburg

Alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-89528-643-8

www.edition-sirius.de

www.aisthesis.de

Inhaltsverzeichnis

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

Hilarion G. Petzold (Düsseldorf), Johanna Sieper (Düsseldorf)

Einführung: Psychotherapeutische Arbeit mit dem Willen

Mit dem erste Band dieses Werkes haben wir versucht, wesentliche Positionen des Willens- und Freiheitsproblems, die in den gegenwärtigen Diskursen zwischen Neurobiologie, Evolutionstheorie, Psychologie und Philosophie diskutiert werden, für das Feld der Psychotherapie zu erschließen. Dabei wurden weitreichende theoretische Perspektiven deutlich, die unmittelbar auch auf praktische Konsequenzen verweisen. Der abschließende Beitrag der Herausgeber wollte zum Bereich der Praxis überleiten, einer Praxis, die nicht nur auf Behandlungsmethodik und -technik zentriert, sondern die die epistemologischen und anthropologischen Wissensstände zu einer konsistenten *Praxeologie*, einer Theorie-Praxis-Verschränkung (Orth, Petzold 2004) zusammenführt. Eine solche Position leitet in fließender Weise zum **Praxisteil** dieses Werkes, d.h. zum vorliegenden 2. Band über, in dem in verschiedenen Beiträgen das Willensthema mit Blick auf die konkrete therapeutische Arbeit behandelt wird. Dabei stellen wir absichtsvoll den Beitrag von *Jann Schlimme* „**Der Wille in der psychiatrischen Therapie**“ an den Anfang. „Psychiatrische Therapie bzw. Psychotherapie“ wird von der Mehrzahl der PsychotherapeutInnen nicht zur Kenntnis genommen. Sie denken in „Schulen“, sieht man von den Entwicklungen im „neuen Integrationsparadigma“ einmal ab (Petzold 1982, 1992g; Grawe 1998; Norcross, Goldfried 1992; Sponsel 1995) oder von dem Faktum, dass seit ihren Anfängen in der Psychiatrie Psychotherapie betrieben wurde, wie die Werke bedeutender Psychiater ausweisen: von *Johann Christian Reil* (*20.2.1759 in Rhaude, Ostfriesland, † 22.11.1813 in Halle), Begründer einer allgemein-integrativen und interdisziplinären Psychopathologie, Psychiatrie und Psychotherapie, über *Jean-Martin Charcot* (1825-1893; Petzold 2007b), *Pierre Janet* (1859-1947; Micalé 2001), Protagonisten einer integrativen Psychologie und Traumatherapie, bis in die Gegenwart. Hier seien nur exemplarisch *C. Scharfetter* (1982, 1989) oder *J. Ratey* (2001) erwähnt. Psychiatrische Therapie ist seit ihren Anfängen dadurch gekennzeichnet, eine Vielfalt psychologischer und psychophysiologischer „Heilmittel“ (Janet 1919; Sponsel 1995, 1997) und Behandlungsmethoden – oft in der Kombination mit Medikationen und sozialpsychiatrischen Maßnahmen – zu verbinden sowie neurologische Perspektiven zu berücksichtigen. Dabei

kann sie auf den reichen Fundus anthropologischer und phänomenologischer Vorarbeiten zurückgreifen. Deshalb ist es höchst bedauerlich, dass diese traditions- und facettenreiche Behandlungsform in den Systematiken therapeutischer „Grundorientierungen“ (Križ 1985) nicht auftaucht.

Jann Schlimmes Arbeit gib eine Orientierung für klinisch-therapeutisches Handeln in der Praxis mit dem Thema Wille und Wollen, indem er herausstellt, dass es in der therapeutischen Situation – mehrperspektivisch betrachtet – *mehrfaches Wollen* gibt: das des Patienten und das des Psychiaters/Psychotherapeuten. Dahinter muss man als strukturellen Kontext, das möchten wir hervorheben, ein Wollen der Profession (der Psychiater), der Institution (der Psychiatrie) und der Gesellschaft (Gesundheitspolitik, öffentliche Meinung) sehen, die das individuelle Wollen des Patienten und seines Behandlers beeinflussen. Der Autor geht von der wohl unstrittigen anthropologischen Prämisse aus, dass Menschen als denkende Wesen ein „Verhältnis zu sich selbst“ einnehmen, sich ihrer selbst, ihrer *Selbstheit* vergewissern, was Wollen als selbstvergewissernde Realisierung von Absichten und Zielen innerhalb der vorgegebenen Strukturen zwischen Innerem (Leib) und Äusserem (Natur, Kultur) ermöglicht. „Das Wollen kann folglich als diejenige Kraft verstanden werden, die das jeweilige Leben des Menschen verwandeln und verändern hilft“ (Schlimme). Dabei muss allerdings gesehen werden, dass Menschen ihrem „Leben als Leben“, ihrer *Selbigkeit*, nicht ausweichen können, sie damit in einem „Grundwollen“ stehen, das durch den Selbsterweis des Lebens selbst gegeben ist. Damit wird das Wollen in der Doppelstruktur von *Selbstheit* und *Selbigkeit* zu betrachten sein, was *Schlimme* in einer subtilen Analyse der menschlichen Suizidalität und des Umgangs mit ihr in der psychiatrischen Therapie verdeutlicht, an der Situation, die eintritt, wenn ein Mensch sein Leben nicht mehr leben *will*. Das Willens-thema war in der älteren psychiatrischen Literatur sehr bedeutsam, ist dann aber an den Rand geraten. Es bekommt heute wieder eine neue Aktualität – u.a. durch die neurowissenschaftlichen Kontroversen um den „freien Willen“ – und hier bietet ein Besinnen auf die psychiatrische Tradition zu diesem Thema einen reichen Fundus an Erkenntnissen, denn die Psychiatrie stand immer im Dialog mit der Philosophie (Schramme 2003; Schramme, Thome 2004) – anders als die Mainstreampsychotherapie, wo nur wenige diesen Dialog gepflegt haben (Kühn, Petzold 1991). Aber eine „klinische Philosophie“ (Petzold 1971, 1991a, 2005t) ist unbedingt erforderlich, will man Grundlagenprobleme klären. In Auseinandersetzung mit anthropologischen Positionen von *Kierkegaard* bis *Rombach*, von

Heidegger, Jaspers bis Henry und Schmitz verdeutlicht *Schlimme*, mit Michel Henry, „dass das Leben sich im Erleben selbst erweist und dass dieses Erleben nicht verweigert werden kann“. Damit muss das „Lebenwollen“ – auch in seinen Formen und Stilen – explizites Thema von Therapie werden, die sich mit dem Willen zur eigenen Lebensgestaltung – und darum geht es in therapeutischen Prozessen, ganz gleich, welcher Ausrichtung – auseinandersetzt. Im erlebenden Vollzug des Lebens (etwa in Sozialisationsprozessen) kommt es zu Erkenntnissen eines Menschen über sich selbst, durch die eine Verfremdung (*Rombach*) erfolgt, in der sich der Mensch selbst zu verstehen, zu interpretieren und damit in seiner Selbstverwirklichung zu gestalten vermag. In solchen Prozessen einer „interpretativen Überformung“ als Prozessen eines Wollens liegen „Möglichkeiten der Freiheit“. Dieser Möglichkeitscharakter wird von *Schlimme* in der Auseinandersetzung mit zwei Positionen in der psychiatrischen Therapie verdeutlicht: der naturwissenschaftlich-funktionalistischen und der anthropologisch-wertefundierten. Beide Positionen, als „Perspektiven“ aufgefasst, bieten die Chance eines differenziellen Verständnisses der menschlichen Wirklichkeit. Als Perspektiven müssen diese Positionen auch nicht als „absolut“ gesetzt werden, und damit wird der durchaus vorhandenen Gefahr einer dysfunktionalen Vereinseitigung begegnet. *Schlimme* versäumt es nicht, darauf hinzuweisen, dass psychiatrische/psychotherapeutische Diskurse sich nicht in einem gesellschaftsenthobenen Raum bewegen, sondern dass der „Rechtsraum“ (den man durch Grundrechte und Strafrecht bestimmt sehen kann) in den „Raum des Therapeutischen“ hineinragt und ihn fördert und begrenzt. Der Wille des Patienten ist unter grundrechtlicher Perspektive „ernst zu nehmen“, auch wenn er durch Phänomene (krankheitsbedingter) Selbsttäuschung beeinträchtigt werden kann. Der demokratisch-rechtliche Rahmen bietet sozusagen eine Garantie für den Möglichkeitsraum hinlänglich freier Willensentscheidungen gegen die Medizinal-, Psychiatrie- und PsychotherapeutInnenmacht. Das ist eine wichtige Perspektive im Kontext „totaler Institutionen“ wie Krankenhaus und Psychiatrie, aber auch des hermetischen Raumes der gesetzlich eingerichteten „Institution freie Praxis“ im Richtlinienverfahren. Der offen geäußerte PatientInnenwille zählt, nicht die interpretativ erschlossene „latente Absicht“. Und genau hier liegt ja eine Prekarität des psychiatrischen Diskurses, insbesondere des forensischen, dem auch im Rechtsraum eine besondere Stellung eingeräumt wird (z.B. die mögliche ärztliche Untersuchung und Behandlung *gegen den Willen* des Betroffenen unter Anwendung unmittelbaren Zwangs, vgl. u.a. § 101

Strafvollzugsgesetz). Die wahnhaft Selbsttäuschung soll in der psychiatrischen Diagnose ent-täuscht werden: Ein aus einer psychotischen Dynamik kommender, selbstdestruktiver Wille soll in der psychiatrischen Therapie „behandelt“, verändert werden. Der unausweichliche psychische Schmerz, die unkontrollierbaren psychischen Verwirrungen, die psychotische Suiziddynamik, die nicht auflösbare Verzweiflung, Zwänge, Sucht, pathologische Passionen... Es gibt eine Vielzahl von Phänomenen des psychischen Geschehens, die die Freiheit des Wollens einschränken. Das kann von den Betroffenen leidvoll erfahren werden oder es wird nur für den Außenbetrachter einer solchen Erkrankung sichtbar, der Patient hingegen wird sich dieser Einschränkung nicht bewusst, was dann auch mit fehlender Kooperation verbunden sein kann. Das stellt die Psychiater und Psychotherapeuten ggf. vor Dilemmata, die schwer wiegen können: Was zählt, der PatientInnenwille oder die fachliche Einschätzung der Experten? Am Beispiel des äußeren Zwanges einer „psychiatrischen Therapie gegen den Willen des suizidalen Menschen“ (*Schlimme*) zeigt sich in aller Schärfe das Willensproblem als ein zentrales Problem der Psychiatrie, weil der psychiatrischen Entscheidung die *grundrechtliche* Zentralstellung der souveränen Entscheidungsfähigkeit des Menschen entgegensteht. Subtiler kommt dieses Problem auch für die Psychotherapie – ganz gleich welcher Orientierung – zum Tragen beim sogenannten „Widerstand“, diesem „strittigen Konzept der Psychotherapie“ (*Petzold* 1981b), weiterhin bei fehlender „*compliance*“ (englisch = Willfährigkeit, Befolgung, Unterwürfigkeit), etwa bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, legalen Suchten (Zigaretten, Alkohol) und Drogenabhängigkeit, bei Essstörungen, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität. Diese Themen sind unter volitionstheoretischen Perspektiven, vor allem unter gleichzeitiger Berücksichtigung des rechtlichen/grundrechtlichen Raumes, noch unzureichend reflektiert. Der Rechtsrahmen, Ausdruck kollektiven gesellschaftlichen Wollens, wird ohnehin in der Psychotherapie kaum explizit in den Blick genommen, obgleich er den strukturellen Rahmen jeglichen legitimierten, psychotherapeutischen Handelns darstellt. „Psychiatrische Therapie will an psychischen Störungen leidenden Menschen helfen, ihr Leben wieder selbst zu wollen – im optimalen Fall ohne psychiatrische Therapie“, und so kann „psychiatrische Therapie auch gegen den Willen des Betroffenen sinnvoll sein, wenn dessen Wollen als Selbsttäuschung infolge seiner Selbigkeit interpretiert werden kann“. Diese Konklusion *Schlimmes* zeigt die ganze *Prekarität* des psychiatrischen Raumes und auch psychotherapeutischen, wenngleich die Probleme hier verdeckter liegen.

Der Autor unterstreicht deshalb auch die Notwendigkeit der beständigen „Selbstvergewisserung“ dieser professionellen Felder. Wir möchten hinzufügen: Es werden auch kritische Betrachtungen durch andere wissenschaftliche Diskurse erforderlich, deren Überlegungen, Hinweise und Zweifel im Sinne „weiterführender Kritik“¹ verstanden werden sollten, ohne dass sie sofort defensiv-apologetisch abgewiesen werden.² Der von *Schlimme* entfaltete Rahmen für die Reflexion des Wollens und Willens bietet nicht nur für die psychiatrische Therapie Grundlagen, sondern kann von Psychotherapeuten aller Richtungen verwandt werden, ihren Umgang mit dem Willens- und Freiheitsthema zu überdenken.

Dirk Wedekind und *Gerald Hütter* stellen in ihrem Beitrag „**Zwanghaftes Verhalten und die Neurobiologie des Willens**“ eine Störung dar, die in eklatanter Weise an die Grenzen des Wollens führt. Zwangsstörungen gehören heute „mit einer Prävalenz von 2-3% durchaus zu den häufigeren Störungsbildern“. Die Autoren stellen zunächst in soziokulturellen Überlegungen einen Kontext für die Bewertung zwanghaften oder zwangsähnlichen Verhaltens her und tragen damit dem Faktum Rechnung, dass Störungen kulturell bewertetes Verhalten sind. Bei einem Buchhalter „muss es auf den Pfennig stimmen“, die „deutsche Pünktlichkeit“ wurde/wird als Tugend gesehen, vornehme Zurückgenommenheit wird geschätzt etc. Solche Verhaltensweisen können aber auch als die Ausbildung risikovermeidender, innovationsverhindernder Routinen aufgrund von Ängstlichkeit oder Bequemlichkeit gesehen werden. Wir sprechen von „verhaltenen Stilen des Wollens“. *Wedekind* und *Hütter* betonen die adaptive Funktion neuronaler Netzwerke, „die eine permanente Anpassung an Umweltbedingungen ermöglichen“, damit aber

¹ „Weiterführende Kritik ist der Vorgang eines reflexiven Beobachtens und Analysierens, des problematisierenden Vergleichens und Wertens von konkreten Realitäten (z.B. Handlungen) oder virtuellen (z.B. Ideen) aus der *Exzentrizität* aufgrund von legitimierbaren Bewertungsmaßstäben (hier die der Humanität, Menschenwürde und Gerechtigkeit) und des *Kommunizierens* der dabei gewonnenen Ergebnisse in einer Weise, das die kritisierten Realitäten im Sinne der Wertsetzungen optimiert und entwickelt werden können. Weiterführende Kritik ist Ausdruck einer prinzipiellen, schöpferischen *Transversalität*.“ (*Petzold* 2000a, 2006h)

² Wie das etwa bei Kritik an der Psychoanalyse durch die „Community“ der Psychoanalytiker leider sehr häufig geschieht – etwa bei *Foucaults* kritischen Analysen, die natürlich mit Argumentationen *ad hominem* und nicht in der Sache abgetan wurden (*Dank* 1989).

auch „unflexible Routinebahnen“ entwickeln“, die oft „sehr solide und löschungsresistent sind“.

Natürlich sind solche Menschen dann auch gefährdet, bei „wirklich bedrohlichem, unkontrollierbarem Stress“ keine geeigneten Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben. Eine solche Betrachtung ruft einerseits Konzepte wie das der „Erlernen Hilfflosigkeit“ (*Seligman* 1978) oder der „defensiven bzw. evasiven Copingstile“ (*Thomae* 1988) ins Gedächtnis, aber auch *Richard Sennetts* (1998) Beschreibung der extremen Flexibilitätsanforderungen, der sich Menschen der „radikalisierten Moderne“ ausgesetzt sehen. Spontaneität oder Kontrolliertheit sind unter solchen Perspektiven als eminent kulturbestimmte Verhaltensweisen zu betrachten. Und da kulturelle Kontexte, mikroökologische Gegebenheiten bei der hohen Neuroplastizität unser Gehirne – besonders in „sensiblen Phasen“ – unsere Stile des Denkens, Fühlens, Wollens bestimmen können, ist die Frage zu stellen: Welche „Kulturen des Verhaltens“ ermöglichen oder beschränken unsere Gesellschaftsverhältnisse, *wie* und für *wen*, für Männer, Frauen, Menschen benachteiligter oder begünstigter Schichten, ethnischer oder religiöser Gruppen? Hier kommen Überlegungen bildungs- und gesellschaftspolitischer Art auf, denen hier nicht nachgegangen werden kann, die aber nicht unerwähnt bleiben sollen.

Die Autoren fokussieren den klinischen Kontext, die Kernsymptome der Störung: unterschiedliche Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, deren intrusive Qualität die Möglichkeiten der willentlichen Steuerung stark einschränken oder ausschließen. Sie stellen heraus, dass im Hintergrund von Zwangstendenzen oft Verunsicherungen, Ängste, drohender Kontroll- und Ressourcenverlust stehen, eine bedrohliche Komplexität der Lebenssituation, der mit Strategien der Komplexitätsreduktion, nämlich mit rigiden, Lebensvollzüge einschränkenden, zwanghaften Verhaltensweisen begegnet wird, die – wie dysfunktional sie auch immer sind – ein Erleben der Ressourcen- und Situationskontrolle vermitteln und damit entlastend wirken. Die Häufigkeit der Komorbidität von depressiven und Angststörungen bei den Zwangserkrankungen unterstützt eine solche Sicht. *Wedekind* und *Hüther* bauen ihre neurobiologische Argumentation für das Entstehen und letztlich auch für die Behandlung von Zwangsstörungen auf Erkenntnissen auf, die ursprünglich durch die Erforschung der Angst und Angststörungen gewonnen wurden: neuroendokrine Stressreaktionen, „die den strukturellen Aus- und Umbau von neuronalen synaptischen Verschaltungen selbst noch im erwachsenen Gehirn begünstigen“, wobei die wichtigsten Auslöser „psychosozialer

Natur“ sind, die teils als „kontrollierbar“ teils als „unkontrollierbar“ erlebt werden. „Ohne kontrollierbaren Stress können wir keine Erfahrungen im Gedächtnis verankern, und ohne unkontrollierbaren Stress hätten wir keine Chance, die alten, eingefahrenen Bahnen unseres Denkens zu verlassen und nach neuen Wegen und Lösungsmöglichkeiten für die Bewältigung von Angst und Stress zu suchen“. Zwangsgedanken und Handlungen werden als Strategien der Angstbewältigung gesehen durch Aufrechterhaltung von Kontrollmöglichkeiten, die, solange sie diesem Zweck dienen, als nützlich erlebt und in besonders stabiler Weise gebahnt werden – im herkömmlichen lernpsychologischen Modell hätte man von einer selbstverstärkenden Funktion gesprochen. Frühe Bahnungen erweisen sich als besonders stabil. Wo präfrontale Problemlösungsversuche nicht greifen, „werden solche zerebralen Zentren verstärkt aktiviert, die ontogenetisch älter und primitiver sind“. Sie sind auch phylogenetisch älter, so dass man von einer Tendenz zu archaischen Reaktionen sprechen könnte – im psychodynamischen Diskurs hätte man von Regressionsphänomenen gesprochen (Balint 1968, 1987). Eine ausführliche Darstellung neurobiologischer Korrelate von Zwangsstörungen zeigt, dass sie im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern als ein „sehr polymorphes und multifaktorielles Störungsbild“ zu sehen sind, woraus folgende Schlussfolgerung gezogen wird: Es handle sich um „übertriebene Formen von normalen Kontrollverhaltens- und Vorgehensweisen“, die „aktiviert werden, wenn dem Betroffenen subjektiv die Freiheit des Willens und Handelns eingeschränkt scheint“. Das schafft Unsicherheit, die z.B. durch Perfektion ausgeglichen werden soll. Für einen großen Teil von Zwangshandlungen leuchtet diese Erklärung ein, für einen anderen Teil, die Zwangsgedanken, vor allen die mit bizarren, aggressiven und obszönen Inhalten oder mit komplexen, symbolträchtigen Zwangsritualen von quasimagischem Charakter, befriedigt diese Erklärung als alleinige weniger. Einschränkungen des Freiraumes lösen oftmals „Reaktanz“ aus (Stroebe et al. 2003; Petzold 2005y; Petzold, Müller 2005), z.B. aggressives Verhalten oder aggressive Phantasien. Letztere finden sich als Inhalte von Zwangsgedanken ja häufig. Und auch bei sexuellen Zwangsgedanken geht es immer wieder um Überwältigung und Unterwerfung. Der oft geradezu zwanghafte Konsum von Hardcore-Sado-Pornos oder Snuff-Videos von „Normalbürgern“, die noch keine „Diagnose“ haben, sollte einmal in diesem Kontext überdacht werden.

Besonders aufgrund unserer Erfahrungen in der Kindertherapie fragen wir uns, ob nicht bei solchen Zwangsgedanken auch entwicklungs-

psychologisch frühe, aus dem Bereich magischer Weltinterpretation stammende Muster des Kleinkindes (3.-5. Lebensjahr) aktiviert werden, welche zuweilen ein erhebliches Grausamkeitspotenzial haben. Wenn sie sich inszenieren, bieten sie eine faktisch für die Erwachsenenwelt dysfunktionale, aber in einer archaischen Logik funktionale Lösung auf „der Erlebensebene“. Das würde auch die z.T. ablehnende, aus ihrem „Erwachsenensektor“ kommende, hochambivalente Haltung der Betroffenen ihren Zwangsritualen und -gedanken gegenüber erklären, die dennoch nicht aufgegeben werden können, weil „der Wille zu schwach ist“, weil man „mit dem Willen nicht dagegen an kann“, wie die PatientInnen sagen.

Wedekind und *Hütter* unterstreichen bei ihren Überlegungen zur Behandlung die Qualität von Zwangsmustern als „gut gebahnten, sicherheitsbietenden, leichtauslösenden Erregungsabläufen“. Die starken Bahnungen können einerseits mit dem Regress auf die älteren zerebralen Strukturen begründet werden, zum anderen mit der häufig sehr langsamen Entwicklung von vielen Zwangsstörungen und dem zumeist recht späten Beginn einer Behandlung, oft viele Jahre nach Auftreten erster, schon behandlungsbedürftiger Symptomatik. Wie insgesamt bei der Behandlung von Störungen ist auf eine möglichst frühe Behandlung zu dringen. Hinzu kommt nach unseren Erfahrungen immer wieder eine jahrelange Odyssee durch verschiedene Therapiemethoden, die wenig an brauchbaren Behandlungsansätzen anbieten. Die Autoren schlagen neben der Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern einen kombinierten Ansatz von Psychotherapie und Pharmakotherapie vor, wobei sie auf Reizexpositionen mit Reaktionsverhinderungen im Rahmen kognitiv-verhaltenstherapeutischer Maßnahmen setzen, durch die ein verstärktes Angsterleben und damit eine Labilisierung von Bahnungen erreicht werden kann, und auf diese Weise Umstrukturierungen möglich werden können. Hier ergeben sich natürlich therapieethische Fragen, die insgesamt für Expositionsmethoden eine Problematik darstellen (*Petzold* 2004). Außerdem wird, und das wird von den Autoren unterstrichen, eine kontinuierliche Bahnung durch Wiederholung von Erfolgserlebnissen und die Festigung von neuen Kompetenzen – wir sprechen von alternativen Verhaltensperformanzen (*Petzold, Orth, Sieper* 2006) – erforderlich, was auch von *Grave* (2004) in seinem Ansatz einer „Neuropsychotherapie“ unterstrichen wird. Wie *Rothenberger* und *Hütter* (1997) ausführten, erzeugen Angst, sozialer Stress und Belastungen im familialen Kontext ein potenziell pathogenes Milieu. In welcher Weise dieses *spezifisch* zur Ausbildung von Zwangsstörungen beiträgt, lässt sich allerdings derzeit

auf der Grundlage von Longitudinalstudien noch nicht sagen. Hier wird weitere Forschung erforderlich, denn nur die entwicklungspsychobiologische Längsschnittforschung wird verlässliche Antworten auf die vielen Fragen geben, die noch offen sind.

Der Beitrag von *Gerald Hüther* „Wo die Sucht beginnt, endet jeder freie Wille – Neurobiologische Aspekte von Suchtentstehung und Suchttherapie“ greift in einen Bereich, wo in ganz eklatanter Weise die Rede vom „freien Willen“ an eine Grenze kommt: den Bereich der Sucht. Die bedrückende Zahl süchtiger Menschen, die in den westlichen Wohlstandsgesellschaften – und nicht nur dort – beständig zunimmt, muss das Suchtthema zu einem Brennpunkt gesellschaftlichen Interesses machen. Ausgelöst wird süchtiges Verhalten einerseits durch die konsumptorischen Lebensstile, für die Menschen den Preis der Überlastung zahlen, weil diese Stile mit der Angst verbunden sind, nicht mehr mithalten zu können, nicht mehr zu den „*winnern*“ zu gehören – allen Willensanstrengungen zum Trotz – sondern sich irgendwann bei den „*loosern*“ wieder zu finden (*Petzold, Schay, Scheiblich* 2006). Andererseits greifen die wachsenden Armutspopulationen zu den Suchtmitteln, um Existenzängste und Verelendung zu betäuben, das Gefühl, so „abgestürzt“ zu sein, dass man den Willen nicht mehr aufbringt, sich wieder auf den „Weg aus der Sucht zu machen“. Das trifft Jugendliche und junge Erwachsene besonders hart, denn sie sollten eigentlich „das Leben noch vor sich haben“, statt von „No-future-Gefühlen“ niedergedrückt zu sein. *Gerald Hüther* zeigt in seinen Beitrag auf, was wesentliche, positive Rahmenbedingungen gelingender Entwicklungen sind und was schwerwiegende Verursachungsfaktoren für die Ausbildung von Suchterkrankungen sein können: „Als Grundregel für die Gestaltung dieser Rahmenbedingungen gilt: Alles, was die Beziehungsfähigkeit von Menschen (zu sich selbst, zu Anderen, zur Natur, zur Kultur etc.) stärkt, verbessert die Konnektivität neuronaler Strukturen im Gehirn und damit die Offenheit und die Gestaltungsmöglichkeiten der betreffenden Personen. Umgekehrt führt alles, was die Beziehungsfähigkeit von Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen behindert, zu einer unzureichenden Ausschöpfung der im Gehirn angelegten Verknüpfungsmöglichkeiten.“

Suchterkrankungen, die Ausbildung süchtigen Verhaltens sind in wesentlichem Maße durch benachteiligende, „prekäre Lebenslagen“ (*Petzold* 2003b) bestimmt, durch einen schlechten sozioökonomischen Status. Das wussten die Praktiker in der Suchttherapie schon immer („broken home“ war das Stichwort der siebziger Jahre), und das wird durch die

sozialepidemiologische Forschung bestätigt, denn in dysfavorablen Kontexten, die ressourcenarm sind, wenig an anregenden und noch weniger an „protektiven Faktoren“ bereitstellen, dafür aber „adverse events“ über die Maßen, führen die „Erfahrungs- und nutzungsabhängige Plastizität“ des neurozerebralen Systems und die „transgenerationale Weitergabe von Erfahrungen“ zu Negativeffekten durch „*Negativnutzung*“. Wir wissen heute durch Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, „dass die mit spezifischen Nutzungsmustern einhergehende häufige Aktivierung bestimmter neuronaler Verschaltungen und regionaler Netzwerke zu entsprechenden neuroplastischen Anpassungen führen, die sich als veränderte Aktivierungsmuster in spezifischen Hirnarealen nachweisen lassen“ (Hüther) – zum Guten wie zum Bösen. Sucht begünstigende Sozialisationen sind von Angst, Bedrohung, Unsicherheit gekennzeichnet (Petzold, Schay, Ebert 2004) und bergen die „Gefahr der Bahnung sehr einseitiger, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender neuronaler Verschaltungsmuster“. Und die „ist um so größer, je häufiger ganz bestimmte Strategien der Angstbewältigung von einem Menschen im Lauf seiner Entwicklung immer wieder eingesetzt und subjektiv als besonders erfolgreich bewertet werden“ (Hüther). Die Suchtstoffe bieten in sehr effektiver Weise – wenn auch in höchst dysfunktionaler – Möglichkeiten „die übermäßige Erregung der emotionalen Zentren durch die Einnahme von Substanzen abzubauen, die die Arbeitsweise des Gehirns so verändern, dass das Gefühl der Verunsicherung und inneren Unruhe verschwindet“ (idem). Sie bieten Entlastung. Hüther beschreibt die Wirkung wichtiger Stoffgruppen, die dazu beitragen, dass der Mensch – hinzukommend zu den biographischen Belastungen und Schädigungen – seine Selbststeuerungsmöglichkeiten, seine Willenspotenziale zunehmend verliert und stattdessen sich Fehlsteuerungen einschleifen, die sich in einem so genannten „Suchtgedächtnis“ festsetzen. Er schließt mit Überlegungen zur „Therapie von Suchterkrankungen als Hilfen zur Rückgewinnung des freien Willens“, und der kann nur gewonnen werden, wenn die dysfunktionalen Muster „in einem meist langwierigen Reorganisationsprozess aufgelöst werden. Dieser Prozess gelingt um so besser, je stärker er mit einer Aktivierung emotionaler Zentren einhergeht, die von dem Patienten als bewältigbar (Bestätigung) und positiv (Freude) bewertet wird“ (ibid.) Das ist einer sehr schwierige Aufgabe, die sich Patienten und ihren Therapeuten stellt.

Von dieser Aufgabe berichtet der folgende Beitrag von *Manfred Velt*, integrativer Soziotherapeut, langjährig erfahren im Bereich Suchttherapie. Er schreibt über „Die Bedeutung der Willensentscheidung und willenspsychologischer Strategien in der Behandlung von Suchtkranken aus der Sicht eines integrativen Therapeuten“ als *Praktiker*. Darauf legt er Wert. Im Rahmen der Qualitätssicherungsmaßnahmen, die durch den „Verband der Rentenversicherungsträger“ (VDR) Anfang der neunziger Jahre auf den Weg gebracht worden waren und die von MitarbeiterInnen im Bereich der Suchttherapie eine sozialtherapeutische Zusatzausbildungen forderten, hat der Autor noch eine Ausbildung in „Integrativer Suchttherapie“ absolviert und sich in seiner Abschlussarbeit mit dem Willensthema für seinen Arbeitskontext befasst. Dieser Text ist höchst instruktiv, weil er zeigt, wie sich ein Praktiker in einen für seine Arbeit relevanten Bereich einarbeitet, sich über die wissenschaftliche Fachliteratur einen Überblick zu schaffen versucht, um die Behandlung von Willensfragen – im Suchtbereich unumgänglich – fachlich fundierter tun zu können. Es wird deutlich, wie vernachlässigt das Thema ist, wie mühevoll es für TherapeutInnen ist, „durchzusteigen“ durch die Vielfalt der Perspektiven, um sich für die Praxeologie das Willensthema verfügbar zu machen. Dabei geht es – anders als in den Debatten zwischen Philosophen und Neurowissenschaftlern – kaum um das Freiheitsthema (das indes bei Abhängigkeitserkrankungen immer im Hintergrund steht), sondern um die Fragen: wie kann ich mit Suchtkranken „Willensarbeit“ in die Therapie integrieren. *Velt* macht klar: Es geht nicht um neue Therapietechniken, sondern um die Einbettung des Phänomens „Wille“ in die *persönlichkeitstheoretischen* und *nosologischen* Rahmenkonzepte „seines“ Therapieverfahrens, der Integrativen Therapie, um auf dieser Basis therapeutische Strategien fundiert einsetzen zu können. Er zeigt, dass es auch für Psychotherapeuten und Sozialtherapeuten als Praktikern, die im Studium von dem „vernachlässigten“ Willensthema nichts gehört hatten, möglich ist, sich einen „hinlänglich soliden“ Kenntnisstand zu erarbeiten – „good enough“ (*Winnicott*), um bessere therapeutische Hilfen geben zu können. Der Beitrag macht auch deutlich, dass Forscher und Theoretiker von der „clinical wisdom“ der Menschen im Praxisfeld lernen könnten, wie mit Willensfragen im konkreten PatientInnenkontakt umgegangen werden kann. Er illustriert von praktischer Seite ein wenig von dem, was wir als Herausgeber für die Integrative Therapie über viele Jahre der Auseinandersetzung an theoretischem Fundus zu erarbeiten suchten.

Die Schlussbeiträge des zweiten Bandes (*Petzold, Sieper* u. *Petzold, Orth*) wurden wieder aus der Perspektive der „Integrativen Therapie“ (*Petzold* 1965, 2003a; *Sieper et al.* 2007) verfasst. Dieser Ansatz der „*Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie* und kokreativen *Kulturarbeit*“ (idem 1988n, *Sieper* 2006, *Sieper, Orth, Schuch* 2007) hat seit seinen Anfängen Mitte der sechziger Jahre versucht, diese Perspektiven zu verbinden. Seine breite Zugewandtheit zu klinischen und kulturellen Fragestellungen wurde einerseits durch biographisch-familiäre Hintergründe der Begründer – das Aufwachsen in mehreren Kulturen – bestimmt (*Petzold* 2002h, p; *Sieper* 2006; *Oeltze* 1992), zum anderen durch das intellektuelle Klima im Paris der sechziger Jahre, in dem die Integrative Therapie entstanden ist (*Schuch* 2007). Durch das in Frankreich noch lebendige Werk von *Pierre Janet*, *Georges Politzer* und *Henri Wallon* war das Willenssthema auch in Kreisen von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen noch in der Diskussion. Die philosophischen Arbeiten von *Nikolai Berdjajew*, *Maurice Merleau-Ponty*, *Jean Paul Sartre*, dann von *Gilles Deleuze* und *Michel Foucault* mit ihrer *Nietzsche*-Rezeption und natürlich zentrale Texte von *Paul Ricoeur* waren mit dem Willens- und dem Freiheitsthema befasst und bestimmten die Diskurse der Gruppen, in denen wir verkehrten. Schließlich waren die Werke von *Vygotskij*, *Lurija*, *Leont'ev*, *Anokhin* und *Bernštejn* Teil unseres Studienstoffes im Fach „Russische Psychologie und Psychophysiologie“ bei *Vladimir Iljine*, so dass wir von der akademischen Sozialisation her nicht von Ausblendungen oder abschätziger Skepsis dem Willenssthema gegenüber imprägniert waren.

Unser Beitrag stellt den „Willen und das Wollen“ in den breiten Rahmen einer Therapierichtung, die sich als differenzielles und integratives Verfahren versteht und sowohl die Position einer „*klinischen Philosophie*“ (*Petzold* 1971, 1991a) zur Klärung von Grundsatzthemen für unverzichtbar hält, als auch die Position vertritt, dass ohne naturwissenschaftliche Forschung – neurowissenschaftliche und empirisch psychologische –, keine sichere Erkenntnisbasis gewonnen werden könne. Beide Erkenntnisströme müssen zudem durch kulturtheoretische Überlegungen flankiert werden, denn ein Thema wie das des Willens reicht in alle Bereiche des persönlichen und gesellschaftlichen Lebens. Damit befindet man sich in einem Rahmen der Reflexion und Konzeptbildung, wie er in ähnlicher Breite von dem russischen Pionier psychologischer Grundlagentheorie, Entwicklungspsychologie und heilpädagogischer Psychologie bzw. Therapie *Lev S. Vygotskij* und von seinem Mitarbeiter *Alexander R. Lurija*, dem Begründer der modernen Neuropsychologie, entfaltet wurde.

Zusammen mit *Leont'ev*, *Zaporožec*, *Galperin* u.a. wurde von diesen Protagonisten das Konzept einer tätigkeits-theoretischen „kulturhistorischen Psychologie“ entwickelt, die dem Zusammenspiel entwicklungstheoretischer, psycholinguistischer, soziokultureller und klinisch-neuropsychologischer Fragestellungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt hat. Wir schreiben unseren Beitrag nicht in der Tradition der Tätigkeitstheorie, aber aus guter Kenntnis der dort geleisteten Arbeit und in großer Wertschätzung ihrer Leistungen, die unser eigenes Denken stets angeregt hat. Der 30. Todestag von *Lurija* (16. Juli 1902 – 14. August 1977) jährt sich 2007. Wir nahmen das zum Anlass, diesem großen Psychologen und Kliniker diese Arbeit zu widmen, da er zum Willensthema schon sehr früh neuropsychologische Konzepte entwickelt hat.

Unser Beitrag will, indem er auch *ideengeschichtliche* Perspektiven einbezieht, für die übrigen Texte des vorliegenden Werkes einige Hintergrunddimensionen erschließen. Er greift auch die für das Thema „Wille, Neurobiologie und Freiheit“ wichtige epistemologische Diskussion auf, in der man seine Position offen legen sollte, womit man zumeist auch zu der Grundsatzproblematik der „Körper-Seele-Verhältnisse“ kommt – ein immer noch offenes Thema mit mehreren, möglichen Positionen, die man einnehmen kann. Auch diese müssen dann u. E. deutlich gemacht werden, damit man den jeweiligen Standort zu diesen Diskursen erkennt.

In unserem Beitrag wird das Willensthema in den Kontext der derzeitigen Debatten gestellt. Das ganze Buch steht in diesem Kontext sich kreuzender Diskurse: Determinismus // Indeterminismus, Freiheit // Unfreiheit, Naturwissenschaften // Geisteswissenschaften usw.

Wir vertreten beim derzeitigen Stand der Diskussionen – der Plural ist absichtsvoll gewählt – die Position, eine Offenheit für „**multitheoretische**“ bzw. „**multipositionale**“ Argumentationen zu entwickeln. Damit wird zugleich konzediert, dass es *beim Willensthema mehrere, gut fundierte Auffassungen geben kann*. Wir zeigen auf: Dadurch, dass das Willensthema mit dem Thema des „freien Willens“ und dadurch mit dem Freiheitsthema verbunden wird, gerät es unausweichlich in den Bereich der Ideologien und letztlich der Glaubensstreitigkeiten, womit auch Autoren, die meinen, eine „deterministisch wissenschaftliche“ Position zu vertreten (*Roth, Singer*), selbst aus diesem Diskurs herausfallen und in *Diskurse um Wertsetzungen* eintreten, die mit Mitteln der Naturwissenschaften nicht geführt werden können. Es kommt dann zu Konstellationen, wie wir sie aus dem *Positivismusstreit* zwischen den Vertretern der *kritischen Theorie* (*T. W. Adorno, J. Habermas*) und des *kritischen Rationalismus* (*K. R. Popper*,

H. Albert) oder aus der *Habermas-Luhmann-Debatte* (Maciejewski 1974, 1975) kennen und in denen nur „Positionen“ klar werden, aber *unmittelbar* keine Lösungen zu erwarten sind – nur langfristige Diskursentwicklungen können weiterführen. Das gilt vollauf für das Willens- und Freiheitsthema. Letztlich kommt man beim Thema des „freien Willens“ mit seinen anthropologischen, epistemologischen und ethischen Dimensionen um Fragen nach Wertsetzungen (Freiheit wozu, wie viel, für wen, für wen nicht?) und damit nach „funktionalen“ und „dysfunktionalen“ Ideologien nicht herum (Orth, Petzold, Sieper 1995), weil man – Karl Mannheim (1969) hat das gezeigt – dem Ideologieproblem nicht entgehen kann. Wir halten es deshalb für fruchtbar, die unterschiedlichen *Positionen* als *Orte* zu nutzen, von denen her man, wenn man sie aufsucht, **Mehrperspektivität** gewinnen kann. **Multipositionalität** gewährleistet Freiheit des Denkens! Wir sehen es als äußerst gewinnbringend an, wenn man die verschiedenen *Diskurse* in interdisziplinären **Polylogen** verbinden kann. Deshalb haben wir solche *Positionen* als „Erkenntnisse auf Zeit“ (Derrida 1986) ins Gespräch zu bringen versucht – Positionen der Philosophie und der Psychologie, historische und aktuelle, wobei wir „*Philosophie als Disziplin zum Vernetzen von Diskursen*“ betrachten. Psychotherapie, das ist uns als theoriebewussten, praktizierenden Psychotherapeuten stets deutlich gewesen, braucht **multitheoretische Argumentationen** und **mehrperspektivische Sichtweisen**, einerseits weil ihr Gegenstand und ihre Aufgaben so komplex sind, andererseits aber auch, und das Willens-thema macht dies wieder einmal deutlich, weil es leider bei dieser „**Prae-xeologie Psychotherapie**“ (Orth, Petzold 2004) – den Rang einer grund-lagenwissenschaftlichen Disziplin hat sie ja nicht – in vielen Bereichen keine *eindeutig gesicherte Wissensbasis* gibt. Die Geltungsansprüche der meisten Therapieschulen entspringen einem *Willen zur Macht*: Deutungsmacht, Definitionsmacht, Territorialmacht, Wirtschaftsmacht (vgl. Pohlen, Bautz-Holzberg 1994, 1998; Petzold 2006g). In gesicherte, wirksame Therapie – gerade bei den schweren Störungen – muss in allen „Schulen“ weiterhin sehr viel investiert werden und zwar – das ist unsere Überzeugung – für das psychotherapeutischen Feld insgesamt. Der erfahrene Kliniker weiß: Es lohnt sich zuweilen, die diagnostischen Optiken zu wechseln. Moderne, integrative TherapeutInnen verwenden „multimodale Behandlungsansätze“ (idem 1974j; Lazarus 1995), beschreiten unterschiedliche „*Wege der Heilung und Förderung*“ (Petzold 1988n, 2003a), pathogenetische und salutogenetische Perspektiven verbindend. Für die Berücksichtigung des Willens in der therapeutischen Praxis bleibt keine

andere Strategie. Das ist ein Fazit, das wir aus unseren beiden früheren Bänden über Wille und Wollen in den psychotherapeutischen Schulen (Petzold, Sieper 2003a) gezogen haben, und das ist auch die Position, die in unserer eigenen, integrativen Willenskonzeption Ausdruck gefunden hat:

Wille ist ein bewirkender Antrieb (*Impetus*), ein „funktionelles System“ (Anokhin, Lurija) im komplexen System „Mensch-Mitmensch-Umwelt“.

Wille hat unterschiedliche Freiheitsgrade und die Möglichkeit, über die Lebensspanne den Spielraum „bedingter Freiheit“ zu erweitern.

Wille kann durch negative Sozialisations- und Entwicklungseinflüsse und durch neuropathologische Probleme in seinen Funktionen beschädigt oder gestört werden, deshalb ist eine Willensdiagnostik und -therapeutik erforderlich.

Wille ist, weil er antizipierte Ziele erstrebt, ein zentrales Agens jeder therapeutischen Veränderung, und muss als solches genutzt werden.

Wille kann in seinen zentralen Dimensionen: der Entscheidung (Dezisionalität), Umsetzung (Konversion) und der Durchhaltekraft (Persistenz) geübt und gestärkt werden.

Willensarbeit, Arbeit an der Entwicklung und Handhabung des eigenen Willens zur Verwirklichung der eigenen „Souveränität“ (Petzold, Orth 1998), zur „strategischen Selbstführung“ (Kornhuber, Deecke, dieses Werk, Bd. I) und zum wertegeleiteten Engagement für das Gemeinwesen und Gemeinwohl stellt sich jedem Menschen als lebenslange Entwicklungsaufgabe.

Auf dieser konzeptuellen Grundlage haben wir die Praxis der „Integrativen Willentherapie“ in die Gesamtkonzeption der „Integrativen Therapie“ bzw. „Integrativen Humantherapie“ eingebettet dargestellt. Der Wille muss – genauso wie Kognitionen, Emotionen, somatische Regulationsfähigkeit und sozial-kommunikative Prozesse – Gegenstand jedes diagnostischen und therapeutischen Prozesses sein. Beide Dimensionen haben wir aufgezeigt und z.B. spezifische Instrumente und Vorgehensweisen des anamnestisch-diagnostischen Willensassessments dargestellt, die wir entwickelt haben. Es wird damit die therapeutische Gesamtkonzeption des Integrativen Ansatzes aufgezeigt, die vertritt, dass komplexe und schwere Störungen bei PatientInnen, die zudem noch mit „prekären Lebenslagen“ verbunden sind, erfolgreich und vor allem nachhaltig nur beeinflusst werden können, wenn man zu Lebensstilveränderungen kommt. Das erfordert „Bündel von Maßnahmen“, an denen der Patient/die Patientin mitarbeiten muss. *Er muss das wollen!* Genauso wie seine Helfer und Angehörigen und Freunde. Aufgabe von Therapeuten ist, hier eine optimale Förderung von Prozessen (**OPF**, „*Optimale Förderung von Prozes-*

sen“ *begleiteter Hilfeleistung*, „*Optimal Process Facilitation*“) der Veränderung anzustoßen, zu koordinieren und zu begleiten – etwa neben der Psychotherapie, Sporttherapie, Kreativtherapie, Netzwerktherapie, Medikation, eine Aufgabe, die man auch als „Case Management“ bezeichnet (Petzold 2005r, Jüster 2007). Für all das ist der Wille von PatientInnen unverzichtbar, ohne ihn, es sei nochmals unterstrichen, „geht nichts“. In der Integrativen Therapie wurden hierzu willentherapeutische Maßnahmen durch Imaginationsübungen, „Hausaufgaben“, Sporttherapie, Arbeit mit „kreativen Medien“ und „kreativmedialen Prozesstechniken“ usw. entwickelt, die wir in kompakter Weise darstellen (vgl. Petzold, Orth 2007 und dieses Buch, S. 593ff.). Es wird dabei, so hoffen wir, unsere Konzeption *differenzieller* und *ganzheitlicher* Behandlung deutlich, die ein rein verbales und „einzeltherapeutisches“ Setting überschreitet, wie es in jeder guten Tagesklinik, jeder psychosomatischen und psychiatrischen Krankenhausabteilung üblich ist – nur in der ambulanten Therapie in „freier Praxis“ soll man „allein mit Gesprächen“ weiterkommen. Bei schweren Störungen fruchtet das wenig. Man muss im Dienste und im Interesse seiner PatientInnen mehr *wollen* und mehr *tun*. Der Wille zur kreativen Gestaltung eines komplexen Behandlungsplanes und seine Umsetzung in einem differenziellen Therapieschehen wird hier von Seiten der TherapeutInnen und PatientInnen erforderlich. Dann kann viel geschehen. Ein Wille, Psychotherapie prinzipiell und besonders auch im ambulanten Setting „neu“ zu denken, scheint uns heute in breiter Weise erforderlich. Dass das ganz praktisch geschehen kann, zeigt der Schussbeitrag von Petzold und Orth, der „**Kunst, Wille und Freiheit**“ zusammen denkt. Auf dem Boden neurophilosophischer und evolutionspsychologischer Überlegungen – u.a. mit einer integrativen Sicht des „Körper-Seele-Geist-Problems“ – wird eine differenzierte Praxis fundiert, die kreative „Wege der Heilung und Förderung“, klinischer Behandlung und Entwicklung einer persönlichen „Lebenskunst“ (Petzold 1999q, Petzold, Orth, Sieper 2005) zu verbinden sucht. Psychotherapieforschung, Neurobiologie, Soziotherapie, Leibtherapie, Kreativtherapien und Kulturarbeit eröffnen neue Perspektiven und Wege (z.T. neue alte Wege, Petzold, Sieper 1990), die dazu beitragen können und müssen, die Forderung von Klaus Grave zu erfüllen, es sei „eine dringende Notwendigkeit, dass Psychotherapie besser wird“ (2005a, 78) – *um der PatientInnen willen*.

PRAXISPERSPEKTIVEN
FÜR DIE PSYCHOTHERAPIE

