

Willensstörungen in der Psychopathologie

T. Fuchs & D. Broschmann

Der Nervenarzt

Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde Organ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie

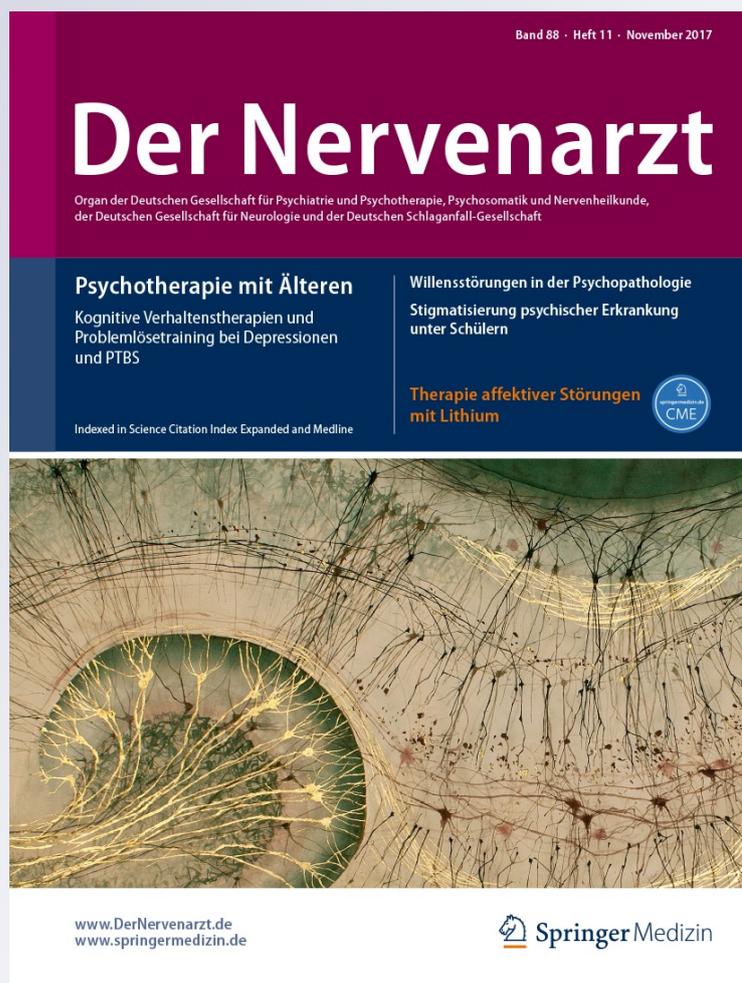
ISSN 0028-2804

Volume 88

Number 11

Nervenarzt (2017) 88:1252-1258

DOI 10.1007/s00115-017-0323-1



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".

Nervenarzt 2017 · 88:1252–1258
 DOI 10.1007/s00115-017-0323-1
 Online publiziert: 12. April 2017
 © Springer Medizin Verlag GmbH 2017



CrossMark

T. Fuchs¹ · D. Broschmann²

¹Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

²Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Rosdorf bei Göttingen, Deutschland

Willensstörungen in der Psychopathologie

Wir beginnen die Untersuchung mit einer typischen Kasuistik:

Frau G. wird wegen einer schweren depressiven Episode in die psychiatrische Klinik aufgenommen. Sie beschreibt sich als Willensmenschen, temperamentvoll, voller Tatendrang und Durchsetzungsvermögen. Seit ihrer Kindheit sei sie mehrmals in der Woche zum Ballett gegangen und habe Sprachunterricht an der Universität gegeben. Dann sei die Kündigung gekommen, und von einem Tag zum anderen habe sich alles verändert. Sie liege seither Tag für Tag apathisch auf dem Bett und schaffe es kaum, sich auch nur zum Duschen zu motivieren. Alle Entscheidungen schiebe sie quälend lange vor sich her, sie wolle eigentlich nichts mehr, und wenn sie doch etwas tun müsse, dann stelle sich ein unüberwindbarer Widerstand ein.

Die hier beschriebene Willenshemmung bis hin zur Abulie (= Willenlosigkeit), wie sie in der schweren Depression oder auch bei der chronischen Schizophrenie auftritt, ist sicher eine der Willensstörungen, die in der Klinik am häufigsten zu beobachten ist. Daneben lässt sich aber eine Vielzahl weiterer Störungen des Antriebs, des Wollens, Entscheidens und Handelns beschreiben. So stellen „Willensstörungen“ noch vor etwa 100 Jahren in den Arbeiten von Bleuler, Kraepelin oder Jaspers ein bedeutsames psychopathologisches Konzept dar [1–4]. Auch wenn Janzarik [5, 6] zuletzt eine strukturdynamische Konzeption des Willens vorgelegt hat, in der die „Autopraxis“ oder Selbsttätigkeit dynamisch befrachteter Strebungen in Wechselwirkung mit einem hemmenden „Des-

aktualisierungsvermögen“ tritt, so blieb doch eine eingehendere psychopathologische Konzeptualisierung oder gar Operationalisierung der Willensfunktionen aus. Dies mag an der Komplexität des Willensbegriffs liegen, der „sachlich sehr verschieden gelagerte Fakten und Probleme bezeichnet“ [7]. Zudem werden psychische Funktionen wie Selbststeuerung, Konzentration, Aufmerksamkeitslenkung, Handlungsplanung, Durchsetzungsvermögen heute vielfach unter dem eher technischen neuropsychologischen Begriff der „exekutiven Funktionen“ erfasst. Sie können jedoch auch als Teilaspekte des Wollens begriffen werden, d. h. der Bildung und Umsetzung des Willens im übergreifenden Prozess von Planung, Entschluss und Handlung. Damit würde an die Stelle kognitiver Werkzeugfunktionen wieder das personale, also dem Subjekt, seinen Fähigkeiten und Entscheidungen zugehörige Willensphänomen treten, ohne dass die Bedeutung der neuropsychologischen Untersuchungen damit geschmälert werden soll.

Nicht zuletzt hat die Debatte um die Willensfreiheit in den letzten Jahren die Aufmerksamkeit wieder auf die Frage gelenkt, ob und unter welchen Bedingungen wir willentlich und frei handeln können. Auf der Basis des von Libet [8] vor einem willentlichen Bewegungsimpuls gemessenen motorischen Bereitschaftspotenzials argumentierten Hirnforscher, vermeintlich freie Entscheidungen seien tatsächlich durch neurobiologische Prozesse determiniert (z. B. [9, 10]). Nachdem sich inzwischen jedoch gezeigt hat, dass das Bereitschaftspotenzial nur einer unspezifischen Bewegungs-

vorbereitung dient [11] und zudem noch bis 200 ms vor der Bewegungsauslösung durch ein „Veto“ unwirksam gemacht werden kann [12], ist die Debatte wieder zur Ruhe gekommen. Die dabei gewonnene Einsicht, dass freie Entscheidungen und Handlungen nicht auf einen Moment reduziert werden können, sondern auf einen länger dauernden Prozess der Willensbildung und Entschließung zurückgehen [13], gibt freilich umso mehr Anlass zu der Frage, inwiefern psychische Störungen die verschiedenen Phasen dieses Prozesses beeinträchtigen und seine Freiheitsgrade einschränken oder aufheben können. Auch vor diesem Hintergrund erscheint eine neue psychopathologische Sichtung des Willenskonzepts von Bedeutung.

Eine phänomenologische Untersuchung des Wollens kann in zwei Richtungen erfolgen:

- einerseits im Sinn einer strukturalen Analyse seiner verschiedenen Komponenten, wie sie etwa von Janzarik [5, 6] oder Fuchs [14] vorgelegt wurde,
- andererseits als temporale Analyse seiner Phasen, wie sie besonders durch Lewin [15] und Heckhausen [16] unternommen wurde.

Eine Psychopathologie der Willensstörungen kann sich an diesen Konzeptualisierungen orientieren und so zu einer differenziell-typologischen Phänomenologie gelangen [17, 18], wie sie im vorliegenden Beitrag in Ansätzen skizziert werden soll.

Der Wille als psychisches Vermögen

Für eine psychopathologisch brauchbare Definition des Willensbegriffs sollten zunächst metaphysische Konzeptionen eines „reinen Willens“ wie etwa im deutschen Idealismus (z. B. bei Kant oder Schelling) ebenso wie die eines gänzlich unbewussten, triebhaften Willens im Schopenhauerschen Sinn außer Betracht bleiben. Auf der anderen Seite haben Autoren wie K. Lewin [7], G. Ryle [19] oder B. F. Skinner [20] den Willensbegriff gänzlich verworfen, da er zu heterogen zusammengesetzt, nicht eindeutig sprachlich beschreibbar oder schlicht nicht beobachtbar sei. Demgegenüber wollen wir in der vorliegenden Arbeit das menschliche Wollen zunächst als ein übergreifendes, sowohl subjektiv erfahrbares, also auch in intentionalen Handlungen wahrnehmbares Phänomen beschreiben. Es umfasst dann eine komplexe Gesamtheit psychischer Funktionen, die vom unspezifischen vitalen Antrieb über gerichtete Triebe, Bedürfnisse und Strebungen bis zu Prozessen der eigentlichen Willensbildung, der Entscheidung und schließlich willentlichen Handlung reichen. Ihr gemeinsames Merkmal ist die unter dem Einfluss von Imagination und Reflexion zunehmend konkretisierte Ausrichtung auf die *Zukunft*, also auf das noch Ausstehende, Ermangelte und Erstrebte. Dabei greifen *vitale Propulsion* (Antriebsdynamik), *gerichtete Protention* (Trieb, Begehren) und *imaginativ-antizipierende Prospektion* (Vorstellung, Planung) ineinander [21].

Als *Willensbestimmung* lässt sich dann die Fähigkeit einer Person bezeichnen, zwischen verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten und ihnen entsprechenden Wünschen eine überlegte und freie Wahl zu treffen. Dies entspricht auch dem forensischen Begriff der „freien Willensbestimmung“, bei der zumindest eine kurzzeitige Abwägung des Für und Wider einer intendierten Handlung möglich sein muss, und die bei psychischen Krankheiten eingeschränkt sein kann [22]. Am Ende des Prozesses der Willensbildung steht der *Willensentschluss*; sein Resultat ist nun der *Wille im*

engeren Sinne, verstanden als kognitiv und volitional geformtes, zielgerichtetes Streben, getragen von affektiver Dynamik und verbunden mit der Absicht und Fähigkeit, den Entschluss auch gegen innere und äußere Widerstände in die Tat umzusetzen.

Demnach charakterisieren drei wichtige Merkmale das Vermögen des Willens:

- Es enthält zunächst ein Moment der *Wahl oder Entscheidung* [3], d. h., es setzt im Unterschied zu unkontrollierten Trieb- oder Impulshandlungen bestimmte Freiheitsgrade der Person voraus. Dazu müssen alternative oder unerwünschte Impulse *gehemmt* werden können.
- Der Wille ist an ein *Handeln-Können* gebunden, also an die Potenzialität eines leiblichen Akteurs, der über Handlungsurheberschaft und leibliches Können verfügt, um die mögliche Handlung auch umzusetzen [23]. Im Gegensatz zum bloßen Wünschen oder Hoffen ist jedes Wollen somit immer ein aktuelles „Tun-Wollen“, bei dem die Person mit der eigenen Handlungsfähigkeit rechnet [24].
- Schließlich ist der Wille wesentlich auf die Zukunft gerichtet, d. h., er spannt einen zeitübergreifenden „*intentionalen Bogen*“ [25] in Richtung des Willensziels auf, dem sich das eigene Handeln und Verhalten im weiteren Verlauf unterordnet.

Strukturmomente des Wollens

Strukturell lassen sich drei hauptsächliche Komponenten des Wollens unterscheiden, die sich – gewissermaßen dialektisch – als Konflikt von Wirkung und Gegenwirkung und dessen schließlicher Aufhebung in der Handlung begreifen lassen:

- a. die *Konation* als Gesamtheit von Antrieb, Bedürfnissen und Motiven, die die Person zu einer Handlung bewegen,
- b. die *Inhibition* als Fähigkeit zur Hemmung und Kontrolle spontaner (Trieb-)Impulse,
- c. die *Volition* als Prozess der eigentlichen Willensbildung und der Auflö-

sung des Konflikts von (a) und (b) in der Willenshandlung.

Konation

Wie die Antriebshemmung in der schweren Depression zeigt, ist das rein kognitive Wollen ohne psychische Dynamik nicht wirksam. Die Energien, Potenziale und Strebungen, die den Menschen zum Handeln drängen, bewegen oder motivieren, wollen wir im Folgenden zusammenfassend als *Konationen* (lateinisch *conatus* = Drang, Streben) bezeichnen. Sie reichen vom vitalen Antrieb als der energetischen Basis des Wollens über spezifischer gerichtete Triebe und Impulse bis zu biographisch geprägten Bedürfnissen, Interessen, Wünschen und Neigungen. Dabei lassen sich Konationen auf leiblich-physischer (z. B. Hunger- oder Sexualtrieb), emotional-psychischer (z. B. Anerkennung- oder Bindungsstreben) als auch kulturell-geistiger Ebene (z. B. spirituelles oder Freiheitsbedürfnis) unterscheiden. Konationen sind eng verknüpft mit zukunftsgerichteten Affekten und Emotionen wie Begehren, Aggression, (Vor-)Freude, Hoffnung u. a., die der eigentlichen Willenshandlung sowohl zeitlich vorausgehen als auch sie begleiten.

Unter der *Motivation* können wir dann die Gesamtheit der in einer konkreten Situation wirksamen Triebe, Bedürfnisse, Motive, Präferenzen und Emotionen verstehen, die mit bestimmten Zielvorstellungen verbunden sind, als solche die Wahl des Verhaltens in einer gegebenen Situation begründen und im weiteren Verlauf auch zur Konsequenz und Zielstrebigkeit der Handlungsumsetzung beitragen.

Inhibition oder Suspension

Die Person ist zwar durch unterschiedliche Motivationen in ihrem Handeln bedingt, jedoch keineswegs von ihnen determiniert. Vielmehr steht sie zu jedem ihrer Motive in einem Distanzverhältnis, sie kann sie in Abhängigkeit von der Situation auch zurückstellen oder verwerfen. Für John Locke bestand genau darin die Freiheit des menschlichen Wil-

Zusammenfassung · Abstract

lens, nämlich „bei der Verwirklichung und Befriedigung irgendeines Wunsches innezuhalten“ [26], sodass ein zeitliches Moratorium und ein innerer Spielraum für Überlegen und Entscheiden entstehen. Diese Hemmung spontaner Impulse lässt sich als *Inhibitions-* oder auch als *Suspensionsvermögen* (lat. *suspendere* = in der Schwebe halten) bezeichnen. Scheler [27] sah dementsprechend im Willensakt wesentlich einen „Hemmungsakt“, und Kurt Schneider vertrat unter seinem Einfluss die Auffassung, dass der Wille selbst keine eigene Kraft habe, sondern nur „den Strebungen die Handlung freigeben oder sie versagen“ könne [28, S. 80]. Die Inhibition ist aber auch im Handlungsverlauf wirksam, nämlich als Desaktualisierung von ablenkenden Impulsen, die die Umsetzung des Entschlusses stören könnten [6]. Ähnlich begreift die Handlungskontrolltheorie Kuhls [29] die Realisierung des Willensziels als Abschirmung des Handlungsvollzugs gegenüber konkurrierenden Handlungstendenzen. Aus neurobiologischer Sicht sind die Inhibitionsleistungen als Teil der „exekutiven Kontrollfunktionen“ an hemmende Bahnen vom präfrontalen Kortex zum subkortikal-limbischen System gebunden [30, 31].

Volition

Die Volition bezeichnet schließlich den Übergang, den die Person von der Konation zur Handlung (oder auch Unterlassung) aktiv vollzieht, und zwar in einer Situation von alternativen Möglichkeiten, die Routinehandlungen nicht zulassen und stattdessen eine imaginative Antizipation, eine Wahl und Entscheidung erfordern [32]. In der Volition bildet die Person selbst ihren Willen, von der Abwägung und Klärung von Motiven, Gründen, Konsequenzen und ihren emotionalen Bewertungen (*Deliberation* und *Evaluation*) bis hin zum Entschluss (*Dezision*). Dabei spielen wiederum exekutive Kontrollfunktionen wie Aufmerksamkeitslenkung, Ziel- und Handlungsplanung, aber auch weitere kognitive Funktionen wie Perspektivenwechsel, Vorstellungsvermögen und Introspektionsfähigkeit eine maßgebliche

Nervenarzt 2017 · 88:1252–1258 DOI 10.1007/s00115-017-0323-1
© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

T. Fuchs · D. Broschmann

Willensstörungen in der Psychopathologie

Zusammenfassung

Zu Beginn der modernen Psychopathologie war der Begriff des Willens noch von hoher Bedeutung. Die Arbeiten von Eugen Bleuler, Emil Kraepelin oder Karl Jaspers belegen eine intensive Auseinandersetzung mit Willensstörungen wie der Abulie, der Impulskontrollstörung oder der Ambivalenz. Grund für eine Zäsur scheint rückblickend vor allem ein Paradigmenwechsel in der Psychologie gewesen zu sein, der eine Aufgabe des Willensbegriffs zu Folge hatte. Aufgrund des zunehmenden Interesses an Fragen der Handlungsurheberschaft und Willensfreiheit könnte seine Reaktivierung heute jedoch eine wichtige Lücke für die psychopathologische Forschung ebenso wie die klinisch-therapeutische Praxis schließen. Methodisch lässt sich eine Psychopathologie der Willensstörungen auf eine differenziell-

typologische Phänomenologie gründen. Dazu wird im Beitrag zunächst eine Einteilung anhand der Strukturmomente von *Konation*, *Suspension* und *Volition* vorgeschlagen, sodann eine temporale Einteilung anhand der *prädeziationalen*, *deziationalen* und *postdeziationalen* Phase. Ziel der Arbeit ist es, die psychopathologische Identifizierung unterschiedlicher Willensstörungen zu erleichtern und damit auch eine Psychotherapie des Willens zu befördern, die sowohl für die kognitiv-verhaltenstherapeutische als auch für psychodynamische Ansätze anschlussfähig ist.

Schlüsselwörter

Phänomenologie · Abulie · Ambivalenz · Impulskontrollstörung · Psychotherapie des Willens

Disorders of the will in psychopathology

Abstract

At the beginning of modern psychopathology the notion of the will had a high significance. Thus, the works of Eugen Bleuler, Emil Kraepelin and Karl Jaspers show an intensive study of disorders of the will, such as abulia, ambivalence or disorders of impulse control. Retrospectively, changes of the scientific paradigms in psychology could be one of the reasons for a break, which led to giving up the concept of the will in psychopathology. With increasing interest in issues of agency and free will, however, a reactivation of this central concept could close a gap in psychopathology as well as in therapeutic practice. Methodologically, a psychopathology of the will may be founded on a differential

typological phenomenology. To this purpose, the article first proposes a classification along the structural components of *conation*, *suspension* and *volition*, then gives a temporal analysis of the *predecisional*, the *decisional* and the *postdecisional* phases. The aim of the article is to help identify different disorders of the will, thus also furthering a psychotherapy of will, which can be connected with both cognitive behavioral and psychodynamic approaches.

Keywords

Phenomenology · Abulia · Ambivalence · Disorders of impulse control · Psychotherapy of the will

Rolle. Dieser Prozess ist Voraussetzung für die spätere Selbstzuschreibung der Handlung. „Ich habe das gewollt“ bedeutet: Ich habe die Möglichkeiten des Handelns oder Unterlassens, und sei es auch nur kurz, gegeneinander abgewogen, mich für eine davon entschieden und dann die entsprechende Handlung freigegeben oder aber gehemmt. Naturgemäß ist das damit verbundene Freiheitserlebnis in der selbstinitiierten, die Inhibition aufhebenden Handlung

größer als in der Unterlassung, die ja die Inhibition bestätigt.

Die Komponenten lassen sich somit als dialektischer Widerstreit eines *konativen*, vorwärtstreibenden und eines *inhibitorischen*, retardierenden Moments auffassen, die einander so die Waage halten, dass ein sinnvoller Aufschub des Handelns, ein Moratorium für die Überlegung möglich wird. Dieser Schwebezustand wird dann von der eigentlichen *Volition*, der Willensbildung und Entscheidung wieder aufgelöst. Nun kann

die Handlung freigegeben und vollzogen werden, allerdings nicht mehr auf blind-triebhafter Weise, sondern vermittelt über eine fortlaufende Planung, Anordnung und Steuerung. In dieser Phase des eigentlichen willentlichen Handelns wirken intentional-zielgerichtete und inhibierend-desaktualisierende Funktionen zusammen.

Zeitliche Phasen des Wollens

Heckhausen hat mit seinem „Rubikonmodell“, das auf Cäsars Überquerung des Rubikon zu Beginn des römischen Bürgerkriegs anspielt, ein temporales Modell für die Analyse des Wollens vorgelegt [16]. Er unterscheidet eine Phase „diesseits des Rubikon“, also vor der Entscheidung (prädeziSIONal), eine Phase der Entscheidung (deziSIONal) und eine Phase „jenseits des Rubikon“, also nach der Entscheidung (postdeziSIONal). Während prädeziSIONal der Wollende Informationen sammelt und in inneren Vorwegnahmen der Zukunft ein intuitives Kohärenzgefühl herzustellen versucht [13], bedeutet die „Überquerung des Rubikons“ eine Zäsur, in der die „Realitätsorientierung“ durch eine „Realisierungsorientierung“ abgelöst wird. Dieser „volitionale Ruck“ reduziert den Spielraum der Möglichkeiten bis auf eine und begründet zugleich den intentionalen Spannungsbogen auf das Willensziel hin: „Von abwägenden Moderatoren des Wählens sind wir im Handumdrehen zu einseitigen Partisanen unseres Wollens geworden“ [16]. In der postdeziSIONalen Phase werden nun die einzelnen Schritte zur Erreichung des Willenszieles geplant und realisiert, wobei der Wollende sich gegen Widerstände durchsetzen und in der Regel über eine gewisse Zeit auf seinem Willen beharren muss, um das Ziel in Etappen zu erreichen.

Zur Psychopathologie des Wollens

Die genannten Strukturmomente erlauben nun eine entsprechende Einteilung von Willensstörungen in der Psychopathologie, die im Folgenden in einem kurzen Überblick dargestellt werden, nämlich

- a) Störungen der Konation (Antriebsmangel oder -überschuss),
- b) Störungen der Inhibition (Hemmungsmangel oder -überschuss) und
- c) Störungen der Volition (Störungen der Willensbildung, Ambivalenz, „Willensschwäche“).

Die Einteilung folgt also grundsätzlich der Phänomenologie des Willens, innerhalb der drei Gruppen können jedoch ätiologisch sehr verschiedenartige Störungen auftreten, also psychogen-neurotische Störungen, funktionelle Psychosen ebenso wie organische Hirnschädigungen.

Störungen der Konation

Auf der Ebene der Konation kann eine Willensstörung einerseits in einem *Übermaß* an Antrieb bestehen, wie dies vor allem in manischen Episoden der Fall ist. Eine Übermacht einzelner Triebregungen findet sich zudem in allen Formen von Sucht oder Abhängigkeit (sei es von Drogen, Alkohol, Medikamenten, Glücksspiel o. a.). Andererseits kann es auch zu einem *Mangel* an Konation kommen: Bei der *Abulie* führen Antriebs-, Interesse- und Lustlosigkeit zur Unfähigkeit, einen Willen zu bilden und umzusetzen, wie dies zu Beginn bei der schweren Depression beschrieben wurde. Es fehlt hier das Erlebnis des selbstverständlichen leiblichen Könnens, das sonst den tragenden Grund aller Willenshandlungen bildet. Die Patienten „können nicht mehr wollen“, auch wenn sie rein kognitiv die Notwendigkeit des Handelns einsehen; selbst alltägliche Handlungen können zu einem kaum unüberwindlichen Hindernis werden [32, S. 72]. Abgesehen von der depressiven Abulie tritt die Willenslosigkeit auch bei Schäden in verschiedenen Hirnregionen (v. a. Frontalhirn-, Basalganglien- oder Thalamusläsionen) auf, etwa als „Verlust von Antrieb, Spontaneität und Aktivität“ mit „gleichgültig-passivem ... unaufmerksamem und uninteressiertem Verhalten“ beim Frontalhirnsyndrom [33]. Aber auch bei der chronischen Schizophrenie überwiegen im Langzeit-

verlauf Negativsymptome wie Apathie, Anhedonie oder Abulie [34, 35].

Störungen der Inhibition

Bei den Störungen der Inhibition können wir wieder eine übermäßige *Hemmung* auf der einen und eine *Enthemmung* auf der anderen Seite unterscheiden. Während ein Übermaß der Inhibition beispielsweise bei schizophrenen Bannungszuständen bis hin zum katatonen Stupor zu beobachten ist, findet sich ein Mangel insbesondere bei Impulskontrollstörungen, Zwangsstörungen, aber auch bei manischen Erregungen oder Affektdelikten. Hier hat die Störung der Inhibition besondere forensische Bedeutung, insofern sie einer Beeinträchtigung oder Aufhebung des Steuerungsvermögens nach § 22 Strafgesetzbuch entspricht [22].

Impulskontrollstörungen sind charakterisiert durch ein Missverhältnis zwischen intensiven, meist plötzlich auftretenden Handlungsimpulsen und einem schwachen Hemmungsvermögen [36]. Sie zeigen sich besonders bei Suchterkrankungen [37], Essstörungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen [38], abnormen Gewohnheiten wie Trichotillomanie oder Kleptomanie [39] und schließlich bei schwereren Persönlichkeitsstörungen [36, 40]. Während bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung vermehrt fremd-aggressive Impulsdurchbrüche und delinquentes Verhalten zu beobachten sind [41, 42], treten bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen eher selbstschädigende Impulshandlungen auf, die zumeist auf eine Fehlregulation dysphorischer Affekte zurückgehen. Der Impuls zur Selbstverletzung tritt dann meist plötzlich auf und ist nur schwer kontrollierbar [43]. Darüber hinaus zeigen nahezu alle Borderline-Patienten irgendeine Form impulsiven Verhaltens wie frühzeitigen Schul- und Ausbildungsabbruch, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, Spiel- und Kaufsucht, suizidales oder Hochrisikoverhalten [44]. Lacey und Evans [45] sprechen daher auch von einer „multi-impulsive disorder“. Aufgrund ihrer mangelnden Selbstkontrolle gelingt es den Patienten zudem nicht, eine übergreifende Willensorientierung in ihren

Übersichten

Beziehungen und Tätigkeiten zu finden, was eine Fragmentierung der Lebensführung und letztlich der persönlichen Identität zur Folge hat [46].

Im Gegensatz zu den Impulskontrollstörungen liegt bei der Zwangsstörung („obsessive-compulsive disorder“) zwar ebenfalls eine unzureichende Hemmung von Gedanken oder Handlungsimpulsen vor [47], sie werden jedoch nicht wie bei den Persönlichkeitsstörungen als zumindest partiell ich-synton erlebt, sondern als unsinnig oder gar „verrückt“, d. h. als ich-dyston [48]. Bei der Schizophrenie schließlich kann es zur Fremdbeeinflussung des Willens kommen, bei der Gedanken und Handlungen nicht nur als ich-fremd und nicht-kontrollierbar erlebt werden, sondern gar nicht mehr der eigenen Urheberschaft („agency“) zugeschrieben werden können [49].

Störungen der Volition

Auf der Ebene der Volition können unterschiedliche Ursachen den dezisionalen Prozess der Entscheidungsbildung und -umsetzung beeinträchtigen. Dazu gehören

- kognitive Störungen, die die Reflexionsfähigkeit, Selbstkritik, Situationsübersicht und Handlungsplanung mindern, wie etwa bei der Alzheimer-Demenz,
- Intentionalitätsstörungen (z. B. dys-exekutives Syndrom bei Schädigung des dorsolateralen frontalen Kortex; vgl. [50]),
- Ambivalenz, sei sie schizophren, depressiv oder neurotisch bedingt,
- „Willensschwäche“, z. B. die Prokrastination, bei der wichtige Entscheidungen oder Tätigkeiten immer wieder aufgeschoben werden.

Die wohl bekannteste volitionale Störung ist die Ambivalenz bzw. Ambitendenz. Seit Bleuler [51] wird damit ein Zustand bezeichnet, in dem gegensätzliche Handlungstendenzen unvermittelt nebeneinander bestehen, ohne dass eine Entscheidung herbeigeführt werden kann. Diese bewusst erlebte Ambivalenz ist dabei vom Begriff eines unbewussten Ambivalenzkonflikts zu unterscheiden, wie er seit Freud [52, S. 450] in der psycho-

dynamischen Erklärung von Konfliktpathologien Anwendung findet. Prinzipiell kann eine bewusste Ambivalenz zwar auch förderlich sein, etwa um ungewollte Konsequenzen einer sonst vorschnellen Entscheidung zu berücksichtigen. Pathologische Formen der Ambivalenz mit quälender Handlungsverzögerung oder -unfähigkeit treten jedoch insbesondere in der Schizophrenie [53] oder bei neurotischen Konflikten auf. Um den Schweregrad einer klinisch beobachteten Ambivalenz einschätzen zu können, sind folgende Kriterien hilfreich [17]:

1. übermäßige Dauer des Entscheidungsprozesses im Verhältnis zur Bedeutung der Entscheidung,
2. Unfähigkeit, diesen quälenden Zustand durch einen „volitionalen Ruck“ zu beenden,
3. innere Zerrissenheit und Zwiegespaltenheit,
4. längerfristige Handlungsunfähigkeit und Ohnmachtserleben.

Zur Psychotherapie des Willens

Die damit skizzierte Typologie von Willensstörungen kann auch für die Psychotherapie hilfreich sein. Unter dem Einfluss der Psychoanalyse und des Behaviorismus, die beide – wenn auch aus unterschiedlichen Gründen – die Potenziale des Willens und der Freiheit eher gering schätzten, geriet der Begriff zwar im letzten Jahrhundert in Misskredit und wurde zu einem blinden Fleck der Therapieforschung. Heute geben aber Petzold und Sieper [54] wieder eine Übersicht zur Willenthematik in den verschiedenen Psychotherapieschulen. Prinzipiell wird der Erfolg einer Psychotherapie immer wesentlich davon abhängen, ob es gelingt, den Patienten zur aktiven Mitarbeit zu motivieren, seine Selbstwirksamkeit und seine Freiheitsgrade gegenüber der Symptomatik zu erhöhen, und dabei einerseits Fähigkeiten der Inhibition von Impuls- oder Suchthandlungen zu fördern, andererseits neurotische Hemmungs- und Vermeidungsmuster zu überwinden [55].

Eine Psychotherapie und Schulung des Willens [56] kann entsprechend der vorliegenden Störung an den dargestellten Komponenten und Phasen des

Wollens ansetzen. Der jeweilige dysfunktionale Aspekt sollte identifiziert und mit spezifischen Interventionen behandelt werden. So kann eine mangelnde *Motivation* durch imaginative Fokussierung auf die positiven Konsequenzen einer Handlung gestärkt werden. Umgekehrt fördert die Vorstellung negativer Konsequenzen, aversiver Bilder oder mentaler „Stopp-Schilder“ die *Inhibitionsfähigkeit*. Auf der Ebene der Volition lässt sich die *Entscheidungsbildung* durch Motivanalyse oder auch Pro- und Kontra-Listen unterstützen, die *Handlungsplanung* durch Hierarchisierung von Handlungssequenzen und schließlich das *Beharrungsvermögen* gegen Widerstände durch die Antizipation möglicher Probleme und die Imagination positiver Konsequenzen [57].

Von solchen spezifischen Interventionen abgesehen kann es aber auch erforderlich sein, in tiefer gehenden Klärungsprozessen und Konfliktanalysen das authentische Wollen des Patienten zu thematisieren und eine Emanzipation fremdbestimmter Einflüsse zu fördern, wie dies besonders in psychodynamischen [58] und humanistischen Verfahren angestrebt wird.

Fazit

Der Überblick zur Phänomenologie und Psychopathologie des Willens hatte zunächst zum Ziel, die komplexe, aber zusammengehörige und einheitliche Dynamik des menschlichen Wollens in ihren hauptsächlichen Strukturmomenten zu beschreiben. Sie lässt sich als Widerstreit zwischen einer konativen, vorwärtstreibenden und einer inhibitorischen, retardierenden Komponente auffassen, der sich nach dem Durchgang durch die Volition in der gewählten Handlung auflöst. Diese komplexe Dynamik ist anfällig für vielfältige Störungen, von denen Beeinträchtigungen der Konation, der Inhibition und der Volition unterschieden wurden. Sie gehen wie dargestellt sowohl auf organische, psychotische als auch neurotische Störungen zurück, die den klinischen Phänomenen ihr unterschiedliches Gepräge geben.

Wollen zu können, also in Freiheit handeln zu können ist keine Selbstverständ-

lichkeit, sondern eine komplexe Fähigkeit, die von der frühen Kindheit an bis ins Erwachsenenalter hinein erworben und geübt werden muss. Das Vermögen personaler Freiheit als eine komplexe Verknüpfung von Fähigkeiten zum Aufschub unmittelbarer Impulse, zur besonnenen Überlegung und zur Berücksichtigung einer übergeordneten, insbesondere intersubjektiven Perspektive ist zwar in den biologischen Strukturen des Gehirns angelegt, bedarf aber einer langen Ausreifung im Kontext geeigneter Sozialisationserfahrungen, die auch die entsprechende Ausbildung von Hemmungs- und Planungsfunktionen des präfrontalen Kortex ermöglichen. Diese Funktionen sind für den Menschen insbesondere erforderlich, um die primär dominierende Eigenperspektive zugunsten einer übergeordneten Perspektive zu relativieren und so auch zum moralisch verantwortlichen Akteur zu werden.

Als Fähigkeit der Selbstbestimmung, Selbstrealisierung, aber auch Selbstrelativierung stellt der Willen eine zentrale Grundlage für ein gelingendes Leben dar. Da Willensleistungen einen so großen Stellenwert für die Person einnehmen, fallen Fehlentwicklungen und Störungen der Willensfunktionen umso stärker ins Gewicht. Eine differenzielle Phänomenologie und Psychopathologie des Willens kann dazu beitragen, solche Beeinträchtigungen in der psychiatrischen Praxis zu identifizieren und mit dem Patienten an einer Stärkung seiner Willensfunktionen zu arbeiten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. T. Fuchs

Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universität Heidelberg
Voßstr. 4, 69115 Heidelberg, Deutschland
thomas.fuchs@urz.uni-heidelberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Fuchs und D. Broschmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Bleuler E (1916) Lehrbuch der Psychiatrie. Springer, Berlin
2. Kraepelin E (1913) Klinische Psychiatrie, Teil 2, 8. Aufl. Psychiatrie, Bd. 3. Barth, Leipzig
3. Jaspers K (1913) Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Springer, Berlin
4. Berríos GE, Gili M (1995) Abulia and impulsiveness revisited: a conceptual history. *Acta Psychiatr Scand* 92:161–167
5. Janzarik W (2008) Wollen und Wille. *Nervenarzt* 79:567–570
6. Janzarik W (2004) Autopraxis, Desaktualisierung, Aktivierung und Willensthematik. *Nervenarzt* 75:1053–1060
7. Lewin K (1970) Die Entwicklung der experimentellen Willenspsychologie und die Psychotherapie. Hirzel, Stuttgart
8. Libet B (1985) Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *Behav Brain Sci* 8:529–566
9. Roth G (2001) Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Suhrkamp, Frankfurt am Main
10. Singer W (2002) Der Beobachter im Gehirn. Essay zur Hirnforschung. Suhrkamp, Frankfurt am Main
11. Herrmann CS, Pauen M, Byoung-Kyong M, Busch NA, Rieger JW (2008) Analysis of a choice-reaction task yields a new interpretation of Libet's experiments. *Int J Psychophysiol* 67:151–157
12. Schultze-Kraft M, Birman D, Rusconi M, Haynes JD (2016) The point of no return in vetoing self-initiated movements. *Proc Natl Acad Sci USA* 113:1080–1085
13. Fuchs T (2010) Personale Freiheit. Ein libertarisches Freiheitskonzept auf der Grundlage verkörperter Subjektivität. In: Fuchs T, Schwarzkopf G (Hrsg) Verantwortlichkeit – nur eine Illusion? Winter, Heidelberg, S 205–230
14. Fuchs T (2016) Wollen können. Wille, Selbstbestimmung und psychische Krankheit. In: Moos T, Rehmman-Sutter C, Schües C (Hrsg) Randzonen des Willens. Anthropologische und ethische Probleme von Entscheidungen in Grenzsituationen. Peter Lang, Frankfurt/M., S 43–61
15. Lewin K (1959) Intention, will and need. In: Rapaport D (Hrsg) Organization and pathology of thought, 3. Aufl. Columbia University Press, New York
16. Heckhausen H (1987) Wünschen – Wählen – Wollen. In: Heckhausen H, Gollwitzer P, Weinert F (Hrsg) Jenseits des Rubikons – der Wille in den Humanwissenschaften. Springer, Berlin, S 3–9
17. Broschmann D (2015) Die Unfähigkeit zu Wollen. Versuch einer Phänomenologie und Psychopathologie von Willensstörungen. Dissertationsarbeit, Universität Heidelberg
18. Blankenburg W (1980) Phenomenology and psychopathology. *J Phenomenol Psychol* 11(2):50–78
19. Ryle G (2015) Der Begriff des Geistes. Reclam, Stuttgart
20. Skinner BF (1971) Beyond freedom and dignity. Hackett, Indianapolis
21. Janzarik W (1965) Psychologie und Psychopathologie der Zukunftsbezogenheit. *Arch Gesamte Psychol* 117:33–53
22. Habermeyer E, Saß H (2002) Ein am Willensbegriff ausgerichteter, symptomorientierter Ansatz zur Prüfung der Geschäftsfähigkeit. *Fortschr Neurol Psychiatr* 70:5–10
23. Ricoeur P (1950) Freedom and nature: the voluntary and the involuntary. Northwestern University Press, Evanston
24. Pfänder A (1900) Phänomenologie des Wollens – Eine psychologische Analyse, 3. Aufl. Gesammelte Schriften. Phänomenologie des Wollens – Eine psychologische Analyse. Motive und Motivation, Bd. 2. Barth, München
25. Merleau-Ponty M (1945) Phänomenologie der Wahrnehmung. de Gruyter, Berlin
26. Locke J (1981) Versuch über den menschlichen Verstand. Buch 1 und 2, 4. Aufl. Meiner, Hamburg
27. Scheler M (1928) Die Stellung des Menschen im Kosmos. Nymphenburger, München
28. Schneider K (1992) Klinische Psychopathologie, 14. Aufl. Thieme, Stuttgart
29. Kuhl J (1983) Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Springer, Berlin
30. Kaiser S, Mundt C, Weisbrod M (2005) Exekutive Kontrollfunktionen und Neuropsychiatrische Erkrankungen-Perspektiven für Forschung und Klinik. *Fortschr Neurol Psychiatr* 73:438–450
31. Fuster J (2015) The prefrontal cortex, 5. Aufl. Academic Press, New York
32. Tellenbach H (1961) Melancholie. Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik. Springer, Berlin
33. Mumenthaler M, Mattle H (2008) Neurologie. Georg Thieme, Stuttgart
34. Häfner H, Nowotny B (1995) Epidemiology of early-onset schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 245:80–92
35. Eggers C, Bunk D (1997) The long term course of childhood-onset schizophrenia: A 42-year followup. *Schizophr Bull* 73:105–117
36. Herpertz S, Saß H (1997) Impulsivität und Impulskontrolle – Zur psychologischen und psychopathologischen Konzeptionalisierung. *Nervenarzt* 68:171–183
37. Haller R (2010) Die substanzbedingte Einschränkung des freien Willens. In: Stompe T, Schanda H (Hrsg) Der freie Wille und die Schuldunfähigkeit. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 165–176
38. Groß S et al (2015) ADHS im Erwachsenenalter. Diagnostik und Therapie. *Nervenarzt* 86:1171–1178
39. Lammel M et al (2008) Die forensische Relevanz ‚abnormer Gewohnheiten‘. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
40. Herpertz S (2001) Impulsivität und Persönlichkeit. Zum Problem der Impulskontrollstörungen. Kohlhammer, Stuttgart
41. Coid JW (1992) DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: a way forward. *Crim Behav Ment Health* 3:78–94
42. Raine A (1993) Features of Borderline personality and violence. *J Clin Psychol* 9:277–281
43. Gardner AR, Gardner AJ (1975) Self-mutilation, obsessiveness and narcissism. *Br J Psychiatry* 127:127–132
44. Zanarini MC et al (1989) Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2:149–156
45. Lacey JH, Evans CD (1986) The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict* 81:641–649
46. Fuchs T (2007) Fragmented selves. Temporality and identity in Borderline personality disorder. *Psychopathology* 40:379–387
47. Zaragoza K (2006) What happens when someone acts compulsively. *Philos Stud* 131:251–268
48. Frosch J, Wortis SB (1954) A contribution to the nosology of the impulse disorder. *Am J Psychiatry* 111(2):132–138

Buchbesprechung

- 49. Scharfetter C (1976) Allgemeine Psychopathologie. Thieme, Stuttgart
- 50. Damasio AR (1995) ‚Descartes‘ Irrtum: Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn. Ullstein, Berlin
- 51. Bleuler E (1911) Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig
- 52. Freud S (1975) Vorlesungen zu Einführung in die Psychoanalyse 1916–1917. Gesammelte Werke, Bd. XI. Fischer, Frankfurt am Main
- 53. Benedetti G (1983) Todeslandschaften der Seele – Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- 54. Petzold H, Sieper J (2004) Das Willensthema in den psychotherapeutischen „Schulen“ und „Orientierungen“ – Positionen und Konzepte. Vorwort, Einführung und Diskurs. In: Petzold H, Sieper J (Hrsg) Der Wille in der Psychotherapie. Tiefenpsychologische und humanistische Verfahren, Bd. 1. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- 55. Yalom I (1989) Existenzielle Psychotherapie. Edition Humanistische Psychologie, Köln
- 56. Assagioli R (1982) Die Schulung des Willens, 10. Aufl. Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn
- 57. Oettingen G (1997) Psychologie des Zukunftsdenkens. Hogrefe, Göttingen
- 58. Rudolf G (2014) Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma, 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart

J. Klosterkötter, W. Maier
Handbuch Präventive Psychiatrie
 Forschung – Lehre – Versorgung

Stuttgart: Schattauer 2017, 496 S., 29 Abb., 34 Tab., (ISBN: 978-3-7945-3050-2), 69,99 EUR



Das von Joachim Klosterkötter und Wolfgang Maier herausgegebene Buch „Handbuch Präventive Psychiatrie: Forschung – Lehre – Versorgung“

„Handbuch Präventive Psychiatrie: Forschung – Lehre – Versorgung“ wendet sich an alle, die in der Versorgung, der Forschung und Lehre sowie in der Gesundheitspolitik oder der Sozialpolitik mit der Präventionsthematik in Berührung kommen. Insgesamt handelt es sich um ein informationsdichtes und praxisrelevantes Lehrbuch, dem eine weite Verbreitung zu wünschen ist.

P. Falkai (München)

führt das aktuelle Wissen über Möglichkeiten und Grenzen der Präventionsstrategien und Frühinterventionen psychischer Störungen kompetent und praxisnah zusammen. Die Herausgeber sehen die gegenwärtig immer noch als zu unbedeutend eingeschätzte Notwendigkeit der Krankheitsverhinderung in direktem Zusammenhang mit der nach wie vor zu medizinfernen Gesundheitsförderung und plädieren deshalb für die krankheitsspezifische Prävention, welche auf der ständigen Weiterentwicklung des medizinischen Wissens aufbaut.

Die Voraussage und Prävention spezifischer psychischer Krankheitsbilder konnte in den letzten Jahren aufgrund klinischer, neuro- und sozialwissenschaftlicher Forschung verbessert werden. Auf dieser Grundlage stellen die Autoren dieses Buches die verschiedensten verfügbaren Nutzungsmöglichkeiten von Präventionsangeboten dar.

Angefangen von den Entstehungsgrundlagen psychischer Erkrankungen über die Beschreibung potenzieller und realer Risiken, die zur Entstehung dieser beitragen können, wird neben medizinischen und psychologischen Methoden auch auf ethische und rechtliche Rahmenbedingungen eingegangen. Somit fügt sich ein instruktives Werk zur Prävention unterschiedlichster psychiatrischer Krankheitsbilder wie Depression, Suizid und bipolare, affektive sowie schizophrene und andere psychotische Störungen, Ess-, Angst- und posttraumatische Belastungsstörungen, Alkohol-, Drogen- und Nikotinabhängigkeit, dementielle Erkrankungen bis hin zu psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter zusammen.