



Ehret

# Impulskontrollstörungen in der Verhaltenstherapie



E-BOOK INSIDE

**BELTZ**

Ehret

## **Impulskontrollstörungen in der Verhaltenstherapie**

Ehret

# Impulskontrollstörungen in der Verhaltenstherapie

| Mit E-Book-inside

**BELTZ**

Alfred Ehret  
Lindenwiese 11  
74251 Lehensteinsfeld

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28671-8 Print  
ISBN 978-3-621-28672-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2019

© 2019 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz • Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Natalie Brecht  
Umschlagbild: getty images / Tetra Images  
Herstellung: Victoria Larson  
Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld  
Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhaltsübersicht

Vorwort	11
Geleitwort	13
<b>1</b> Einführung	15
<b>2</b> Was kann alles zu Störungen der Impulskontrolle gehören?	21
<b>3</b> Welche ätiologischen und therapierelevanten Bausteine bzw. Glieder können in Betracht kommen?	31
<b>4</b> Wie können Impulskontrollstörungen generell verlaufen?	43
<b>5</b> Rückfallprävention	52
<b>6</b> Wie kann man (sich) zur Verhaltensänderung motivieren?	66
<b>7</b> Modell der Stimuluskontrolle und der Coping Skills	86
<b>8</b> Cue Exposure Modell	104
<b>9</b> Angst- und Zwangsreduktionsmodell bzw. Habituationsmodell	127
<b>10</b> Modell der formalen Veränderungen von Mentalen Prozessen	178
<b>11</b> Modell der Komplettierung von Handlungsketten	213
<b>12</b> Modell des Video Self Modeling	231
<b>13</b> Modell des Habit Reversal Training und Self Modeling	249
<b>14</b> Selbstinstruktionstraining und Self Modeling	259
<b>15</b> Modell der Schematherapie und der Arbeit mit Teilen	272
<b>16</b> Welche Therapiemodelle sollen nun eigentlich ausgewählt werden?	285
Literatur	288
Sachwortverzeichnis	295



# Inhalt

Vorwort	11
Geleitwort	13
<b>1 Einführung</b>	15
<b>2 Was kann alles zu Störungen der Impulskontrolle gehören?</b>	21
<b>3 Welche ätiologischen und therapierelevanten Bausteine bzw. Glieder können in Betracht kommen?</b>	31
<b>4 Wie können Impulskontrollstörungen generell verlaufen?</b>	43
4.1 Allgemeine Befunde	43
4.2 Pathologisches Spielen als Prototyp	44
4.3 Integriertes Pfadmodell des pathologischen Spielens	46
<b>5 Rückfallprävention</b>	52
<b>6 Wie kann man (sich) zur Verhaltensänderung motivieren?</b>	66
6.1 Motivational Interviewing	66
6.2 Entscheidungsmatrix	69
6.3 Dialoge auf Stühlen	70
6.4 Umgang mit dem Selbstbild	72
6.5 Welche Therapieziele sollten ausgewählt werden?	72
6.6 Wie können verhaltensanalytische Informationen im engeren Sinne gewonnen werden?	78
6.7 Resümee	85
<b>7 Modell der Stimuluskontrolle und der Coping Skills</b>	86
7.1 Vorbereitung der Abreise	87
7.2 Die Abreise	87
7.3 Auf der Reise – Bewältigen von Impulsen und Craving	88
7.4 Auf der Reise – Rückschläge bewältigen	95
7.5 Auf der Reise – Strategien zur Verbesserung von Entscheidungen	100
7.6 Resümee	102
<b>8 Cue Exposure Modell</b>	104
8.1 Behandlungsrational und Reizreagibilität	104
8.2 Cue Exposure Behandlung am Beispiel der »Binge Eating Störung« (BED)	106

8.3	Cue Exposure Behandlung von Pathologischem Glücksspiel	117
8.4	Cue Exposure Behandlung bei anderen Störungsbildern	120
8.5	Andere mögliche Störungsbilder mit der typischen Topografie für eine Cue Exposure Behandlung	124
8.6	Resümee	125
<b>9</b>	<b>Angst- und Zwangsreduktionsmodell bzw. Habituationsmodell</b>	127
9.1	Zentrale Merkmale von Zwängen	127
9.2	Behandlung von überwiegend Handlungszwängen	130
9.3	Behandlung von überwiegend Zwangsgedanken	150
9.4	Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörung, Posttraumatischer Verbitterungsstörung und Prolongierter Trauer	162
9.5	Resümee	176
<b>10</b>	<b>Modell der formalen Veränderungen von Mentalen Prozessen</b>	178
10.1	Affektiv negativ getönte mentale Prozesse	178
10.2	Risikoreiche bzw. deliktrelevante Fantasien im forensischen Bereich	197
10.3	Resümee	210
<b>11</b>	<b>Modell der Komplettierung von Handlungsketten</b>	213
11.1	Ursprüngliche Version der Imaginal Desensitization (ID)	214
11.2	Exposition und Desensibilisierung von Handlungskettenunterbrechungen in sensu und in vivo	214
11.3	Exkurs: Paraphilien	223
11.4	Resümee	228
<b>12</b>	<b>Modell des Video Self Modeling</b>	231
12.1	Videoeffekte in der Verhaltenstherapie	231
12.2	Was ist Video Self Modeling?	236
12.3	Wie wird die Wirkung von VSM erklärt?	237
12.4	Anwendung der VSM als überwiegend alleinige Strategie	241
12.5	Motorisches Training und Self Modeling	243
12.6	Resümee	248
<b>13</b>	<b>Modell des Habit Reversal Training und Self Modeling</b>	249
13.1	Fallvignette 25: Chronifizierte Trichotillomanie mit rezidivierender depressiver Störung	250
13.2	Fallvignette 26: Chronifiziertes Tourettesyndrom mit rezidivierender depressiver Störung	254
13.3	Resümee	258
<b>14</b>	<b>Selbstinstruktionstraining und Self Modeling</b>	259
14.1	Selbstinstruktionstraining (SIT)	259

14.2	Fallvignette 27: Depressiver Patient mit Dandy-Walker-Syndrom und soziophobischen Ängsten	264
14.3	Fallvignette 28: Soziale Phobie bei beginnender Demenz	267
14.4	Fallvignette 29: Verbales und nonverbales aggressives und bedrohliches Verhalten bei mittelgradiger intellektueller Entwicklungsstörung	268
14.5	Resümee	271
<b>15</b>	<b>Modell der Schematherapie und der Arbeit mit Teilen</b>	272
15.1	Schematherapeutische Konzepte	272
15.2	Fallvignette 30: Rezidivierender depressive Störung bei Teilleistungsstörung, schizoider Persönlichkeitsstörung, anamnestischem Tötungsdelikt und parasuizidalem Verhalten	278
<b>16</b>	<b>Welche Therapiemodelle sollen nun eigentlich ausgewählt werden?</b>	285
	Literatur	288
	Sachwortverzeichnis	295



## Vorwort

In meiner langjährigen Tätigkeit als Therapeut, in der Ausbildung, in der Supervision und in der konsiliarischen Mitbehandlung von forensischen Patienten war ich überwiegend in stationären psychiatrischen und psychosomatischen Settings tätig. Hierbei hatte ich auch immer mit Störungen mit dem Leitsymptom einer defizitären Selbstkontrolle zu tun. Mir ist dabei schnell klar geworden, dass im stationären Setting auch die »paraprofessionellen« Mitarbeiter (Kotherapeuten) mit den wichtigsten verhaltenstherapeutischen Strategien vertraut sein müssen. In der Regel habe ich das oft in einem »On-the-Job-Training« bewerkstelligen müssen. Schon lange habe ich deswegen eine konzise transdiagnostische Zusammenstellung von verhaltenstherapeutischen Therapiestrategien über alle möglichen Formen von Impulskontrollstörungen hinweg vermisst. Das habe ich mit diesem Buch versucht. Ich hoffe, dass ich dadurch mehr psychotherapeutisch arbeitende Kollegen für die Arbeit mit Patienten mit diesen Störungsbildern begeistern kann und dadurch auch »forensische Patienten« ein besseres ambulantes Angebot (über die forensischen Fachambulanzen hinaus) erhalten können. Deswegen habe ich viele Fallbeispiele aus dem forensischen Bereich ausgewählt.

Bei der Strukturierung und Darstellung der verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien habe ich mich nicht an spezifischen Diagnosen, sondern an überwiegend symptombezogenen Behandlungsstrategien orientiert. Dabei ist mir aufgefallen, dass ich schon sehr früh beim »Coachen« von »Expositionen« Instruktionen verwendet habe, die denjenigen aus der Metakognitiven Therapie sehr ähnlich sind. Für das spezifische Vorgehen beim Ansatz der »Subjektkonstituierung« von Hoffmann und Hofmann (2018) liegt ja schon ein umfangreiches Buch vor.

Zu den neueren verhaltenstherapeutischen Therapieformen, die oft zur sogenannten dritten Welle der Verhaltenstherapie gezählt werden, gehören unter anderen die Funktional-Analytische Therapie (Kohlenberg & Tsai, 1994), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (McCullough, 2007), die Akzeptanz- und Commitmenttherapie (Ciarocchi & Bailey, 2010), die Metakognitiven Therapie (Wells, 2011) und auch die Schematherapie (Roediger et al., 2018). Neben den verhaltenstherapeutischen Strategien stellt insbesondere die Schematherapie für die Behandlung von Patienten mit Impulskontrollstörungen im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen ein konsistentes und wirksames Modell zur Verfügung. Diese Störungen stellen ja auch für kognitive Verhaltenstherapeuten eine besondere Herausforderung dar. Bei der Darstellung der wichtigsten symptomorientierten verhaltenstherapeutischen Modelle habe ich deswegen (wenn möglich) immer wieder »Schnittstellen« zur Schematherapie herausgearbeitet. In Kapitel 15 habe ich dann versucht, einen kurzen Abriss der Schematherapie anhand zweier Fallbeispielen aus dem forensischen Bereich zu geben.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit benutze ich für Personen- und Berufsbezeichnungen das generische Maskulinum, wobei Ich mich selbstverständlich an beide Geschlechter richte. Ausnahmen mache ich bei konkreten Fallbeispielen. Ich verwende in diesem Buch auch oft die ursprünglichen englischsprachigen Bezeichnungen, da diese schon lange in der verhaltenstherapeutischen Literatur eingeführt sind und die Sachverhalte kürzer und prägnanter beschreiben.

Bedanken möchte ich mich bei den Kollegen aller Berufsgruppen des Klinikums am Weissenhof in Weinsberg, mit denen ich immer vertrauensvoll zusammengearbeitet habe. Insbesondere bedanke ich mich bei meinen ehemaligen Chefärzten, die mich durch ihre Kompetenz und ihr Herz bei meinem Engagement für diese Patientengruppen immer unterstützt haben. Prof. Dr. Reimer hat mich langjährig im psychiatrischen Bereich im Klinikum am Weissenhof angeleitet und ermutigt. Prof. Dr. F. Kröger hat mich im Bereich der Psychosomatischen Medizin immer unterstützt und ermutigt. Das gleiche gilt für meinen letzten Chefarzt Dr. T. Müller-Tasch.

Prof. D. Bernstein hat mich schon früh für die Schematherapie bei forensischen Patienten begeistert und in großen Teilen ausgebildet. Mein besonderer Dank gilt ihm und Dr. E. Roediger für seine seit Jahren bestehende Unterstützung, Bereicherung und Ermutigung, für die Anwendung der Schematherapie bei impulskontrollgestörten und/oder bei forensischen Patienten. Darüber hinaus danke ich Natalie Brecht für ihre Geduld mit mir, ihre Motivation und vor allem für ihr scharfsinniges und anregendes Lektorat.

Das Buch selbst widme ich meinen ehemaligen Mitarbeitern Volker Bürkert, Joachim Romeis, Yvonne Reusch und Dr. Matias Valente, die ich für die Schematherapie begeistern konnte, mit denen ich über 10 Jahre zusammenarbeiten durfte und die noch heute meine Freunde sind.

Weinsberg, im November 2018

*Alfred Ehret*

## Geleitwort

Dieses umfangreiche, fein gegliederte Buch stellt gewissermaßen das Vermächtnis eines »altgedienten« Verhaltenstherapeuten dar. Es befasst sich mit einer Gruppe von Störungen, die sicher zu den schwierigsten gehören, mit denen wir es in der Psychotherapie zu tun haben. Allein sich dieser schwierigen Patienten mit so viel Interesse, Verständnis und dann auch Kompetenz und Ausdauer zuzuwenden, kann kaum angemessen gewürdigt werden. Alfred Ehret hat nun alle seine so gewonnen Erfahrungen in dieses Buch gegossen.

Das Buch ist die umfassendste Übersicht über Impulskontrollstörungen, die mir bekannt ist. Es umfasst alle wichtigen Bereiche dieses breiten und in sich heterogenen Feldes, geht bei den Fallvignetten aber auch auf eher exotische (um nicht zu sagen »dunkle«) Störungsbilder wie Paraphilien, Kleptomanie oder Pyromanie ein. Damit reicht es auch bis in die Bilder aus dem forensischen Kontext hinein. Aber auch auf das Management mehr neurobiologisch begründeter Störungsbilder wie Tourettesyndrom oder Tremorformen geht er ein. Durch die klare Gliederung bleibt der Zusammenhang aber jederzeit erhalten. Häufigere Störungsbilder wie Suchterkrankungen (stoffgebunden und nicht stoffgebunden) sowie Angst- und Zwangsstörungen nehmen sinnvoller Weise aber mehr Raum ein. Verständlicherweise kann das Buch dabei nicht auf alle Feinheiten der einzelnen Störungsbilder eingehen. Das ist aber ja gar nicht das Anliegen und dafür gibt es bereits Bücher.

Bemerkenswert ist hingegen, dass Alfred Ehret sein Buch nicht nach diesen Störungsbildern gliedert, sondern – ganz modern – nach Symptomen und entsprechenden spezifischen Therapieansätzen. Damit können die Techniken auf jedes Erscheinungsbild impulsiven Verhaltens angewendet werden: Auf herandrängende Gedanken, den Umgang mit negativen Emotionen als auch mit schwer lenkbaren Verhaltensimpulsen. Damit gibt das Buch den KlinikerInnen einen sehr gut sortierten Baukasten an die Hand, mit dem diese sich eine individuelle Therapie für die imponierenden Symptome zusammenstellen können. Das ist neu und innovativ.

Mir persönlich besonders hilfreich erscheinen dabei die praxisnahen Darstellungen der einzelnen Techniken von der Motivationsförderung über die Verbesserung des Selbst-Monitoring, verhaltensbezogene Impulskontrollübungen, Umgang mit herandrängenden Gedanken bis hin zu sehr übenden Techniken wie dem videogestützten Self Modeling. Das alles sehr detailliert und dann auch wieder in Fallbeispielen auf einzelne Störungsbilder heruntergebrochen. Man spürt den Verhaltenstherapeuten alter Schule. Praxisnäher kann man die Brücke zwischen Konzept und Anwendung nicht darstellen! Es freut mich auch, dass Alfred Ehret den Blick über den (verhaltenstherapeutischen) Tellerrand wagt und Techniken aus dem Bereich der Schematherapie, wie z.B. Stühledialoge oder Imaginationen sowie Ideen zur Erweiterungen der symptombezogenen Fallkonzeption wie das Modusmodell einbettet in sein Gesamt-

konzept. Aber auch alte, bewährte Techniken bringt er den Lesenden wieder nahe wie Cue-Exposure, das konsequente Unterbrechen von Handlungsketten oder das Selbstinstruktionstraining. In Zeiten, wo die Verhaltenstherapie immer mehr zur »Gesprächstherapie zu verkommen« droht, ist ein solches Buch ein gut fundierter und an die Hand nehmender Weckruf.

Ich gratuliere Alfred Ehret zu diesem opus magnum im Bereich der Impulskontrollstörungen und wünsche diesem Buch viele Leserinnen und Leser. Diese werden begeistert sein und das Buch wird sie lange und effektiv begleiten. Ein Buch fürs (Therapeuten-)Leben.

Frankfurt, September 2018

*Eckhard Roediger*

# 1 Einführung

In meiner Tätigkeit als Therapeut, Dozent und Supervisor habe ich immer wieder eine konzise transdiagnostische Zusammenstellung von verhaltenstherapeutischen Therapiestrategien über alle möglichen Formen von Impulskontrollstörungen hinweg gesucht und vermisst. Ähnliches wurde mir auch immer wieder von den Auszubildenden berichtet. Eine solche Zusammenstellung will ich in diesem Buch versuchen. Dabei möchte ich den Schwerpunkt auf symptomorientierte verhaltenstherapeutische Therapiestrategien bei den unterschiedlichsten Störungen mit dem Leitsymptom einer defizitären Selbstkontrolle legen.

Aus Platzgründen wird auf die Darstellung von Grundkenntnissen der Verhaltenstherapie, von rein kognitiven Strategien und von speziellen Störungsbildern verzichtet. Genauere (auch phänomenologische) Beschreibungen von spezifischen Störungsbildern und deren Differenzialdiagnosen aus den neueren psychiatrischen Klassifikations- und Diagnosesystemen werden nur dann angeführt, wenn sie zum Verständnis der Therapiestrategien erforderlich sind. Fruchtbarer können hierzu die entsprechenden Lehrbücher (u. a. Bilke-Hentsch et al., 2014; Falkai & Wittchen, 2015; Margraf & Schneider, 2009 b) herangezogen werden. Hier sind auch die wichtigsten Erklärungsmodelle (u. a. lerntheoretischer und neurobiologischer Art) umfassender dargestellt. Auch auf die Darstellung störungsspezifischer Messinstrumente wird größtenteils verzichtet.

Das Leitsymptom der defizitären Impulskontrolle kommt nicht nur bei den im DSM IV oder im DSM 5® klassifizierten Impulskontrollstörungen als solche vor, sondern auch bei vielen anderen Störungsbildern. Diese verschiedenen Störungsbilder werden in Kapitel 2 näher beschrieben. Die pragmatische Sichtweise orientiert sich dabei an Hollander und Stein (2005) und Fiedler (2009 a). Hollander und Stein bevorzugen im Hinblick auf Überschneidungen und Abgrenzungen von und zwischen den Diagnosespektren (»neurotische«) Zwangsstörungen, Suchtstörungen (substanzgebundene und substanzungebundene) und Impulskontrollstörungen den Blickwinkel aus dem der defizitären Impulskontrolle.

Die Diskussion darüber wird schon lange geführt (Bühringer, 2004) und schlägt sich in immer wieder neuen Modifikationen der Klassifikationen nieder. Bilke-Hentsch et al. (2014) haben sich beispielsweise für die Klassifikation in die Kategorie der Verhaltenssüchte ausgesprochen, wenn Arbeiten, Einkaufen, Medien- und Internetgebrauch oder Glücksspielen pathologisch eskalieren. Die Sichtweise von Hollander und Stein erlaubt die Einbeziehung aber auch aller anderen in Kapitel 2 angeführten Störungsbilder. Da sich die empfohlenen verhaltenstherapeutischen Strategien sehr stark überschneiden, können die für die jeweiligen spezifischen Störungsbilder entwickelten Behandlungsstrategien auch leicht auf andere Störungsbilder mit impulsivem Verhalten angewendet werden.

Im forensischen und im suchtherapeutischen Bereich wird je nach Therapiesetting (forensisch-psychiatrische Klinik oder Justizvollzugsanstalt; stationär, ambulant oder beratend) entweder von Patienten oder von Klienten gesprochen. Neben den Impulskontrollstörungen der psychiatrischen Klassifikationssysteme spielt im forensischen Bereich insbesondere bei der Planung und der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Straftätern (insbesondere von Gewalt- und Sexualstraftätern) das Konzept des prognostischen Syndroms die prominente Rolle. Ein prognostisches Syndrom besteht aus (über Zeit und Situationen hinweg) überdauernden Einstellungen und Verhaltensweisen. Es ist im eigentlichen Sinne keine psychische Störung im Sinne der psychiatrischen Klassifikationssysteme (beispielsweise keine spezifische Impulskontrollstörung oder keine spezifische Persönlichkeitsstörung). Es begründet aber in der Regel eine sogenannte deliktpräventive Behandlung. Eine verhaltenstherapeutisch orientierte deliktpräventive Behandlung überschneidet sich dabei oft mit den wichtigsten Strategien der multimodalen Verhaltenstherapie. Borchard & Gnoth (2012) haben in Anlehnung an Zarbock (2012) die wichtigsten multimodalen Basistechniken der Verhaltenstherapie zusammengestellt.

### Übersicht

- ▶ Validierungsstrategien (den Patienten ernst nehmen, seine grundlegenden Motive und Emotionen respektieren und verstärken)
- ▶ (Selbst-) Expositionen
- ▶ Soziale Interaktionsanalyse und soziales Kompetenztraining
- ▶ Rollenspiele (um konkretes Erleben und Verhalten zu aktivieren, zu lernen und zu stabilisieren)
- ▶ Systematisches Problemlösetraining (um strukturiert und konstruktiv sowie schrittweise Lösungen für Konflikte und Probleme zu erarbeiten)
- ▶ Imaginative Verfahren (um in der Vorstellung Problemverhalten zu analysieren oder Fantasien zu explorieren, zu kontrollieren oder zu verändern)
- ▶ Achtsamkeits- und Akzeptanzstrategien (zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung von deliktrelevantem Erleben und Handlungsimpulsen)

Diese Strategien finden mit unterschiedlichen Schwerpunkten sowohl bei den Störungen des Spektrums der Impulskontrollstörungen als auch bei der Behandlung von Gewalt- und Sexualstraftätern Anwendung. In beiden Bereichen tritt in unterschiedlicher Häufigkeit impulsives Verhalten auf.

In Kapitel 3 werden lerntheoretische, neurobiologische und andere Konzepte der Verhaltenstherapie beschrieben, die häufig in der Literatur für die Ätiologie, das Auftreten, die Aufrechterhaltung und die Behandlung impulsiven Verhaltens herangezogen werden. Diese Konzepte oder Bausteine werden als eine Art Glossar schon zu Beginn des Buches aufgeführt, um eine allzu große Redundanz in den folgenden Kapiteln zu vermeiden.

In Kapitel 4 wird prototypisch das »Ätiologisches Pfadmodell des Pathologischen Spielens« von Blaszczynski & Nower (2002) vorgestellt. Dieses Modell ist gut untersucht und es ist gut denkbar, dass dieses Modell auch auf andere Impulskontrollstörungen angewendet werden kann. Es erlaubt eine differenzielle Therapieplanung von folgenden Behandlungswegen:

- ▶ Wenn sich der Behandlungszeitpunkt nahe am Entstehungszeitpunkt der Störung befindet, kann die Behandlung der mit der Entstehung zusammenhängenden anderen Problembereiche ausreichen
- ▶ Spätestens ca. zwei Jahre nach dem erstmaligen Auftreten der Störung, hält sich die Störung meist selbst aufrecht und bedarf eine irgendwie gearteten expositionellen Behandlung oft kombiniert mit der Behandlung der die Krankheit aktuell aufrechterhaltenden Problembereiche
- ▶ Wenn dem Auftreten des impulsiven Verhaltens frühe Traumatisierungen, frühe emotionale Deprivationen und/oder affektive Störungen vorausgehen, bietet sich parallel zur symptombezogenen Behandlung eine spezifische Behandlung dieser Störungen an (u. a. auch mit der Schematherapie)
- ▶ Wenn neben dem impulsiven Verhalten kognitive Defizite bestehen, bietet sich eine symptomspezifische Behandlung in Kombination mit einem Selbstinstruktionstraining und dies wiederum in Kombination mit Video Self Modeling an
- ▶ Wenn das impulsive Verhalten (oft im Rahmen eines prognostischen Syndroms) sehr selten auftritt, erscheint eine schematherapeutische Behandlung angebracht

Was ist das charakteristischste Merkmal von Impulskontrollstörungen? Das sind die Rückfälle. Deswegen wird in Kapitel 5 das »Rückfall-Präventionsmodell (Relapse Prevention Modell)« (RP-Modell) von Marlatt & Gordon (1985) vorgestellt. In diesem Buch werden dabei oft die ursprünglichen englischsprachigen Bezeichnungen verwendet, da diese schon lange in der verhaltenstherapeutischen Literatur eingeführt sind und die Sachverhalte kürzer und prägnanter beschreiben. Das RP-Modell wurde Grundlage vieler Therapieprogramme bzw. Therapiemanuale bei Suchtpatienten. Eine Modifikation für forensischen Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (prognostisches Syndrom) stellt das von Yates und Ward (2011) entwickelt Selbstregulationsmodell vor, das ebenfalls in seinen Grundzügen dargestellt wird. Beide Modelle bieten einen umfassenden, aber auch praktikablen Rahmen für das weitere diagnostische Vorgehen und die Planung spezifischer Therapiestrategien.

In Kapitel 6 werden mehr oder weniger systematisch Strategien aufgezeigt, die zur Verhaltensänderung motivieren können: Motivational Interviewing, Verwendung von Entscheidungsmatrizen, Stühledialoge, Verhaltensanalysen, Auswahl von Therapiezielen und imaginative Verhaltensanalysen sind nur einige davon.

In Kapitel 7 werden die wichtigsten Therapieelemente, die Marlatt und Gordon aus ihrem RP-Modell abgeleitet haben, entlang ihrer »Reisemetapher« dargestellt. Neben

allgemeinen distalen Strategien (Aktivitätsaufbau, Emotionsregulation, spezifische Soziale Fertigkeiten) werden grundlegende Strategien der Stimuluskontrolle, der Bewältigung von High-Risk-Situationen, des Umgangs mit Verlangen (u. a. »urgesurfing« und »cue exposure«), des Umgangs mit Rückfällen (einschließlich »geplanten Rückfällen«) und der Verbesserungen von Entscheidungen erklärt.

In der Verhaltenstherapie sind viele symptombezogene Behandlungsstrategien für spezifische Störungsbilder (z. B. für Angst- und Zwangsstörungen, Depression, Essstörungen usw.) entwickelt und evaluiert worden. Viele dieser Strategien können aber auch leicht bei anderen Störungsbildern angewendet werden, für die sie anfänglich eigentlich nicht entwickelt worden sind (wie z. B. Expositionen bei Bulimia nervosa). In den folgenden Kapiteln sind die Anwendung solcher bekannter und bewährter (manchmal sind sie aber auch nicht sehr bekannt) Behandlungsstrategien für Störungsbilder mit dem Leitsymptom der defizitären Impulskontrolle herausgearbeitet und dargestellt.

Diese spezifischen Behandlungsstrategien werden von mir »Therapiemodelle« genannt. Am Anfang jedes Therapiemodells werden die spezifische Topografie (Schulte, 1976) des Problemverhaltens (Form, spezifische Auslöser, Häufigkeitsverteilung) bzw. die spezifischen notwendigen Störungsbildmerkmale, die für die effektive Anwendung der Durchführung des Rationals dieses Therapiemodells besonders typisch sind, charakterisiert. Danach wird die allgemeine Durchführungsvariante detaillierter beschrieben. Im Anschluss wird dann die Anwendung bei unterschiedlichen Störungsbildern (in der Regel mit konkreten Fallvignetten aus der therapeutischen Praxis) dargestellt. Die Reihenfolge der Darstellung der Therapiemodelle ist grob an das RP-Modell von Marlatt und Gordon (1985) angelehnt.

Nach den eher distalen Therapiemodellen und dem Stimulus-Kontroll-Modell wird das Cue Exposure Model (s. Kap. 8) vorgestellt. Hier geht es insbesondere um Phänomene, die man in der Alltagssprache als Verlangen, Gier, Drang, Trieb oder Impuls (siehe auch »cravings« und »urges« in Kapitel 3) bezeichnet. Insbesondere wird die Anwendung bei der Binge Eating Störung, beim pathologischen Glücksspielen, beim pathologischen Mediengebrauch und beim sogenannten »binge drinking« dargestellt.

Beim Angst- bzw. Zwangsreduktionsmodell (Kapitel 9) wird zwischen Angstreduktion und Habituation unterschieden. Als Angstreduktion wird ein Geschehen während einer Sitzung und als Habituation ein Geschehen während einer und/oder zwischen zwei Sitzungen verstanden. Weiterhin werden im Handlungsbereich die Behandlung der Störungsbilder Handlungszwänge, pathologische Eifersucht und Stalkingverhalten, Bulimia nervosa und »Bulimarexie« beschrieben. Im gedanklichen Bereich wird die Behandlung von Zwangsgedanken, von somatoformen und von Traumafolgestörungen (Belastungs- und Verbitterungsstörungen und pathologische Trauer) dargestellt.

In Kapitel 10 geht es noch spezifischer um mentale Prozesse, die unkontrollierbar erscheinen. Hier geht es sowohl um affektiv negativ getönte mentale Prozesse als auch um risikoreiche bzw. deliktrelevante Fantasien bei forensischen Patienten. Es werden

Sorgenexposition, Grübelmanagement, Imaginations-, Problemlöse-, Bildschirm- und achtsamkeitsbasierte Techniken vorgestellt. Die vorgestellten Fallvignetten stammen aus den Bereichen hypochondrische Störung, chronifizierte Zwangsstörung sowie Gewaltfantasien bei exzessivem Sexualverhalten.

Das weniger bekannte Modell der Komplettierung von Verhaltensketten wird in Kapitel 11 vorgestellt. Es kommt in der Regel in Form von Imaginationen bei Handlungsketten zu Anwendung, bei denen das Hauptmotiv die Vollendung der Handlungskette und nicht die Endhandlung selbst ist. Die vorgestellten Fallvignetten beziehen sich u. a. auf paraphile Störungen, pathologisches Glücksspielen, Kleptomanie und Pyromanie. Dabei werden die paraphilen Störungen etwas genauer beschrieben.

In Kapitel 12 wird das Konzept des Video Self Modeling (VSM) vorgestellt. Es ist in der Pädagogik insbesondere bei Patienten mit kognitiven Defiziten als hoch effektive (»rapid or instand learning«) Interventionsstrategie entwickelt worden. Als isolierte Behandlungsstrategie wird es bei zwanghafter Langsamkeit, bei einer soziophobisch überlagerten Sprechstörung und bei einer querulatorischen Persönlichkeitsstörung vorgestellt. In Kombination mit einem spezifischen motorischen Training wird die Anwendung von VSM anhand von Fallvignetten in den Bereichen entwicklungsverzögerter Koordinationsstörung und bei Patienten mit Schreibkrampf und soziophobisch überlagertem Handtremor demonstriert.

In Kapitel 13 wird das Habit Reversal Training kombiniert mit VSM vorgestellt. Diese überwiegend bei Ticstörungen bekannte hocheffektive Behandlungskombination wird anhand von Fallvignetten für die Bereiche einer chronifizierten Trichotillomanie und eines chronifizierten Tourettesyndroms demonstriert.

Die Kombination von Selbstinstruktionstraining (SIT) und Video Self Modeling (VSM) wird in Kapitel 14 beschrieben. Die Verwendung von Selbstinstruktionstrainings ist besonders bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen, mit Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, mit Lern- und Leistungsstörungen und mit chronifizierter Symptomatik mit nur noch geringer affektiver Beteiligung (überwiegend iteratives Verhalten) indiziert. Die Verwendung von konstruktiven Selbstinstruktionen kann durch VSM hocheffizient vermittelt werden. Demonstriert wird diese Behandlungskombination anhand von Fallvignetten aus den Bereichen einer depressiven Störung bei Hirnleistungsstörung, einer soziophobischen Störung bei beginnender Demenz und einer aggressiven Störung bei einer intellektuellen Entwicklungsstörung.

Die bisher dargestellten bekannten oder auch weniger bekannten symptombezogenen verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien bzw. Therapiemodelle können natürlich für sich alleine genutzt werden. Sie können aber auch miteinander und mit neueren Behandlungsstrategien fruchtbar kombiniert werden. Im Rahmen der Schematherapie können sie im Sinne des »Aufbrechen von Verhaltensmustern« zur Anwendung kommen. Besonders enge Verschränkungen zwischen behavioralen und schematherapeutischen Strategien werden von Reusch und Valente (2015) und von Valente und Reusch (2017) beschrieben.

Neben kognitiven Techniken, emotionsfokussierten Techniken und neben der Therapiebeziehung als der »begrenzten elterlichen Fürsorge« stellen behaviorale Tech-

niken eine der vier Säulen der Schematherapie dar (Jacob & Arntz, 2011, 2014). In der Schematherapie ist das Aufbrechen von dysfunktionalen Verhaltensmustern mit den oben skizzierten behavioralen Techniken insbesondere für Patienten mit Impulskontrollstörungen noch nicht sehr detailreich beschrieben. Diese Lücke soll mit diesem Buch geschlossen werden. Die Effektivität einer Kombination von behavioralen Techniken mit Behandlungsstrategien der Schematherapie (auch als »Dual Focus Schema Therapy« bezeichnet) bei der Behandlung von substanzgebundenen Abhängigen mit Persönlichkeitsstörungen haben Ball (1998) und Roediger (2011) beschrieben. Den schematherapeutischen Ansatz bei der Behandlung von Patienten mit aggressivem Verhalten schildern Reiss et al. (2016) in ihrem Therapiemanual. In Kapitel 15 wird ein kurzer Abriss des schematherapeutischen Vorgehens anhand von Fallvignetten aus dem forensischen Bereich demonstriert.

Schließlich werden in Kapitel 16 noch einmal die wichtigsten Fragen zusammengefasst, die geeignet erscheinen, eine optimale Auswahl von Therapiemodellen zur Behandlung von spezifischen Störungsbildmerkmalen treffen zu können. Die Art des impulsiven Verhaltens (z. B. exzessives Kaufen, Tourettesyndrom oder Sexualfantasien) spielt dabei eine gewisse Rolle. Wichtiger dafür erscheint aber das Muster bzw. die Topografie des Verhaltens.

## 2 Was kann alles zu Störungen der Impulskontrolle gehören?

In den neueren Klassifikationssystemen sind von den expliziteren Impulskontrollstörungen nur noch die folgenden (abgekürzt ICD) verblieben. Sie umfassen Zustände, die mit der Schwierigkeit einhergehen, Emotionen und Verhaltensweise zu kontrollieren.

### Übersicht

- ▶ Kleptomanie (die Unfähigkeit, Impulsen Dinge zu stehlen, zu widerstehen)
- ▶ Pyromanie (die Unfähigkeit, Impulsen Feuer zu legen, zu widerstehen)
- ▶ die intermittierend explosive Störung (die Unfähigkeit, aggressiven Impulsen zu widerstehen)

Besonders diese Störungen sind mit einer Verletzung der Rechte Dritter verbunden und/oder bringen die Betroffenen in erhebliche Konflikte mit gesellschaftlichen Normen oder Autoritätspersonen. Die möglichen Ursachen können sowohl zwischen den Störungsgruppen als auch zwischen den Betroffenen variieren. Diese Verhaltensweisen sind oft auch mit Leidensdruck für die Person selbst oder für andere Personen verbunden oder sie haben negative Auswirkungen auf soziale, berufliche oder andere wichtige Funktionsbereiche.

Die charakteristische Gemeinsamkeit aller Störungen der Impulskontrolle nach DSM-IV (der älteren Version) oder nach ICD-10 liegt in der Unfähigkeit der Betroffenen, einem Impuls, einem inneren Antrieb oder einer Versuchung zu widerstehen, wiederholt Handlungen durchzuführen, die zugleich die Möglichkeit einschließen, der handelnden Personen selbst oder anderen Schaden zuzufügen (Fiedler, 2009 a). Die ICD-10 betont zusätzlich das Fehlen einer vernünftigen Motivation. Zu den damit bezeichneten Störungen zählen zusätzlich zu den oben aufgeführten Störungen das

- ▶ Pathologische Glücksspiel (die Unfähigkeit, Impulsen zum Glücksspielen zu widerstehen), das mittlerweile dem Kapitel »Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen« subsumiert wird und die
- ▶ Trichotillomanie (die Unfähigkeit Impulse, sich die eigenen Haare herauszureißen, zu widerstehen), die mittlerweile dem Kapitel »Zwangsstörungen und verwandte Störungen« subsumiert wird.

Nach Fiedler (2009 a) werden Impulskontrollstörungen (ICD) schon lange in der Psychiatrie diskutiert. Es fehlt aber nach wie vor ein einheitliches und die unterschiedlichen Störungen verbindendes Störungsmodell. Als deskriptives Merkmal wird lediglich das Auftreten von unkontrollierten Impulsen angeführt.



### **Gemeinsamkeiten von Impulskontrollstörungen**

- ▶ Das Individuum kann den Impulsen, die jeweiligen Handlungen zu begehen, kein innerer Widerstand entgegenzusetzen, was heißt, dass sie sich einer Selbstkontrolle entziehen.
- ▶ Vor der Handlung steigen Anspannung und Erregung an.
- ▶ Während der Handlung treten Euphorie, Lustempfinden oder Erleichterung auf.
- ▶ Nach der Handlung geht das Dranggefühl (Erleichterung) zurück. Es können (müssen aber nicht) Bedauern, Selbstvorwürfe oder Schuldgefühle folgen.
- ▶ Die Impulshandlungen treten meist wiederholt auf und führen zum psychosozialen Komplikationen.
- ▶ Die häufige Wiederholung des Verhaltens ist nicht durch einen für Außenstehende nachvollziehbar Nutzen für den Patienten zu erklären, sondern durch eine Art zwanghafte, quasi autonome innere Unruhe und Erregung (Bühringer, 2004)

(nach Fiedler, 2009 a und Hollander & Stein, 2005)

Dieser Störungskomplex stellt innerhalb der verschiedenen Klassifikationssysteme über das Merkmal des »impulsiven Kontrollverlustes« definitorisch eine für die genannten Störungen festgelegte Restkategorie (Fiedler, 2009 a) dar. Diese Restkategorisierung impliziert, dass spezielle Störungen der Impulskontrolle als Symptome einer ganzen Reihe weiterer Syndrome auftreten können und an der dortigen Stelle auch diagnostiziert werden. Die prominentesten Syndrome sind (Fiedler, 2009 a; Holland & Stein, 2005)

- ▶ Missbrauch von Alkohol und anderen psychotropen Substanzen
- ▶ Paraphilien bzw. Störungen der Sexualpräferenz
- ▶ Störungen des Essverhaltens wie die Binge-Eating-Störung und die Bulimia nervosa
- ▶ Bipolare Störungen
- ▶ Aufmerksamkeitsdefizit- und/oder Hyperaktivitätsstörung
- ▶ Neurologische Störungen und Entwicklungsstörungen mit enthemmtem Verhalten
- ▶ Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wie Antisoziale und Borderline-Persönlichkeitsstörung
- ▶ Posttraumatischen Belastungsstörungen

Zu den »nicht anderweitig spezifizierten Störungen der Impulskontrolle« gehörten nach Hollander & Stein (2005) auch noch

- ▶ Zwanghaftes sexuelles Verhalten
- ▶ Zwanghaft selbstverletzendes Verhalten mit exzessives Verletzen der Haut (skin picking)
- ▶ Exzessiver Internetgebrauch
- ▶ Pathologisches (impulsives) Kaufen

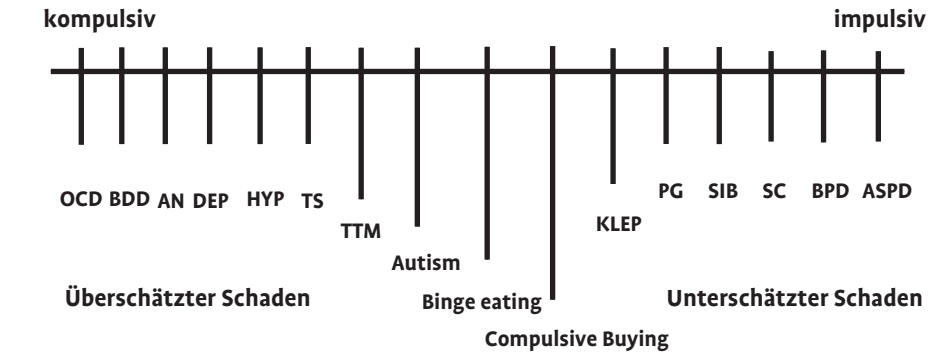
Allen diesen bisher genannten Störungen ist gemeinsam, dass Impulsivität und Kompulsivität oft gemeinsam vorliegen. Die Patienten wollen mit dem impulsiven Verhalten ihre Erregung (arousal) steigern. Daneben hat dieses Verhalten auch die zwanghafte Komponente, dysphorische Gefühle zu reduzieren.

Nach Hollander und Stein (2005) ist Impulsivität die Unfähigkeit, einem Impuls, einem inneren Antrieb oder einer Versuchung zu widerstehen, die potenziell für sich oder für andere schädlich ist.

- ▶ Dabei kann ein Impuls oder ein impulsives Verhalten hastig und unüberlegt sein. Er kann plötzlich und einmalig auftreten.
- ▶ Ein Impuls kann aber auch kontinuierlich in der Spannung ansteigen bis er seinen Höhepunkt in einem explosiblen Impulsausbruch erreicht, der in rücksichtslosen und schädlichen Handlungen sich selbst oder anderen gegenüber endet.
- ▶ Überwiegend von außen beobachtbar kann Impulsivität bestehen aus Rücksichtslosigkeit, aus Unterschätzung des Schädigungsgrads der Handlung, aus Extraversion, aus Ungeduld (einschließlich der Unfähigkeit Belohnung zu verschieben), aus der Tendenz, risikoreiches Verhalten auszuführen, aus Vergnügen und aus »sensation seeking« (Suche nach intensiven Reizen bzw. nach schnellem Reizwechsel).
- ▶ Ein Impuls ist dann pathologisch, wenn man nicht fähig ist, ihm und seiner Ausführung zu widerstehen.

Bei der Modulation der Impulsivität spielen drei Komponenten eine große Rolle. Erstens entscheiden sich die Patienten für eine sofortige Belohnung, auch wenn die Belohnung sehr gering ausfällt und die langfristigen Konsequenzen sehr negativ ausfallen können. Zweitens geht es um die Ablenkbarkeit oder die Unfähigkeit, eine ausreichend und lange Aufmerksamkeit auf eine bestimmte andere Aufgabe aufrecht zu erhalten. Und drittens geht es um die Enthemmung oder die Unfähigkeit, ein Verhalten zurückzuhalten, wie es den kulturellen Normen, Regeln und Gesetzen entspricht.

## Risikovermeidung - Impulsivität



AN = Anorexie nervosa; ASPD = antisozial personality disorder; BDD = body dysmorphic disorder; BPD = borderline personality disorder; DEP = depersonalization disorder; HYP = hypochondriasis; KLEP = kleptomania; OCD = obsessiv-compulsiv-disorder; PG = pathological gambling; SC = sexual compulsion; SIB = self-injurious behavior; TS = Tourette's syndrom; TTM = trichotillomania

**Abbildung 2.1** dimensionaler Ansatz für Impulsivität und Kompulsivität (Holländer & Rosen, 2000)

Nach Hollander & Stein (2005) kann Impulsivität auch als ein Pol einer kontinuierlich verlaufenden Dimension eines Spektrums von Kompulsivität (obsessive-compulsive disorders – OCD) zu Impulsivität (impulse control disorders – ICD) gesehen werden.

- ▶ An dem einen Ende des Spektrums befinden sich zwanghaft-ängstliche Individuen. Sie nehmen ihre Umwelt bedrohlich und risikoreich wahr. Sie vermeiden Risiken und überschätzen einen möglichen Schaden. Sie führen ritualisierte bzw. impulsive Verhaltensweisen aus, um die Bedrohung oder die Angst zu reduzieren oder einen möglichen Schaden zu neutralisieren. Lerntheoretisch wird ihr ritualisiertes Verhalten in der Regel negativ verstärkt. Diese Individuen weisen eine erhöhte serotonerge Transmission und eine erhöhte frontale Aktivität auf. Ihr impulsiven Verhalten wird eher ichdyston erlebt.
- ▶ Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die impulsiven Individuen. Sie suchen nach Risiko und Stimulation. Sie unterschätzen den Grad der Gefährlichkeit der spezifischen Umwelt bzw. der Schädlichkeit ihres Verhaltens in ihrer Umwelt und führen deswegen hochriskantes Verhalten aus. Nach der Handlung selbst lernen sie nicht aus ihrem Fehleinschätzungen. Das Wiederholungsverhalten wird positiv verstärkt. Es besteht eine erniedrigte serotonerge Transmission und eine erniedrigte frontale Aktivität. Das impulsive Verhalten wird dabei oft als ichsynton erlebt.
- ▶ In der Mitte der Dimension bzw. des Spektrums finden sich z. B. das Tourette-syndrom, die Trichotillomanie und der Autismus. Bei diesen Individuen finden sich sowohl zwanghafte Verhaltensweisen, um Angst zu reduzieren, und impulsive Verhaltensweisen, die mit Erregung, Lust und Gratifikation verbunden sind. Es ist dabei nicht ungewöhnlich, dass bei demselben Individuum die beiden Komponenten

ten gleichzeitig vorhanden sind oder zu unterschiedlichen Zeiten im Krankheitsverlauf vorherrschen.

- ▶ Während Zwanghaftigkeit vom Bemühen, Angst zu reduzieren, verursacht wird, wird Impulsivität von dem Wunsch, Erregung und Gratifikation zu bekommen, verursacht. Individuen auf beiden Enden des Spektrums können aber ihr repetitives (iteratives) Verhalten nicht unterlassen.
- ▶ Anstatt nur der dimensionale Gegenpol der OCD zu sein, scheinen ICDs eine geringere Kapazität zu haben, motorische Reaktionen gegenüber affektiven Zuständen zu löschen. OCDs führen oft repetitives Verhalten aus als Reaktionen auf Zwangsgedanken, die mit Angst assoziiert sind. ICDs beginnen zuerst, einem Drang nach lustbetonter Handlung nachzugeben. Später kann dasselbe Verhalten »zwanghaft« werden, indem es die Eigenschaft gewinnt, Angst und Unbehagen zu reduzieren.

In Anlehnung an die Einteilung von Hollander & Stein (2005) können folgende Störungsbilder in aufsteigender Reihenfolge von dem Pol Kompulsivität zu dem Pol Impulsivität eingeordnet werden.

**Tabelle 2.1** Anordnung von impulsivem Verhalten im Spektrum von Kompulsivität zu Impulsivität

Rangplatz	Inhalt
1	Zwangshandlungen, Zwangsgedanken
2	Pathologische Eifersucht, pathologische (komplizierte) Trauer
3	Traumafolgestörungen in Form von posttraumatischen Stress oder Verbitterung
4	Generalisierte Angststörung
5	Hypochondrische und somatoforme Störungen
6	Dissoziative Störungen
7	Soziale Phobien / Aversion, körperdysmorphe Störung
8	Störungen des Essverhaltens wie Adipositas, Binge Eating, Bulimie, Bulimarexie
9	Exzessive Verhaltensgewohnheiten wie Nägelkauen, Daumenlutschen, Trichotillomanie, Dermatillomanie bzw. artifizielle Dermatosen (Aufkratzen der Haut, Beißen auf Lippen, Mund und Zunge), Manipulationen von Objekten, stereotype Bewegungsstörung, motorische und vokale Tics, Tourette-Syndrom
10	Andere Bewegungsstörungen (Schreibkrampf, Zittern, Stottern, Husten, Räuspern, Rülpsen, Gangbild, »space phobia«

**Tabelle 2.1** (Fortsetzung)

Rangplatz	Inhalt
11	Exzessive(r,s) pathologische(r,s) bzw. impulsive(r,s) Glücksspielen, Kaufen, Stehlen, Lügen, Brandstiftung, Sexualität, Sportverhalten, Arbeiten, Substanzgebrauch
12	Paraphilien bzw. Sexuelle Devianzen
13	Exzessiver Internet-, Computer-, Medien- oder Telefongebrauch (für sich allein oder in Kombination mit z. B. Videospielen, Glücksspielen, Kaufen, Sexualität, sexuell deviantem Verhalten und Arbeiten)
14	Selbstverletzendes, parasuizidales und/ oder aggressives Verhalten
15	Intermittierend explosible Störung
16	Kombination aller bisher angeführten impulsiven Verhaltensweisen mit Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung (einschließlich ADHS), mit neurokognitiven Störungen oder mit
17	Antisozialen oder emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (vom impulsiven oder vom Borderlinetypus)

Viele Verhaltensweisen der hier aufgeführten ICDs treten auch in normaler Ausprägung auf. Ein exzessives Auftreten und die immer weniger werdende rationale Motivation werden dann oft als Kriterium der Pathologie angenommen. Schwieriger wird es aber z. B. bei den mehr oder weniger exzessiven Formen der Brandstiftung, des Haarausreißen oder des Ladendiebstahls, da normalen Ausprägungen dieses Verhaltens anscheinend nicht vorstellbar zu sein scheinen. Bei genauerer Verlaufsbetrachtung lassen sich aber oft (zumindest mehr oder weniger verdeckt durchgeführte) analoge Handlungen als Vorläufer eruieren.

Bei einigen Störungen, wie z. B. der intermittierend explosiblen Störung, ist Impulsivität bzw. defizitäre Impulskontrolle mit dem Leitsymptom der Aggression verbunden. Impulsive Aggression wird definiert als absichtliche aber im Wesentlichen unüberlegte aggressive Handlung, entweder verbaler oder physischer Natur, die einer anderen Person, einem Objekt oder sich selbst einen Schaden zufügt. Impulsiv-aggressives Verhalten tritt oft auch in Verbindung mit Unfällen, Vergewaltigung, Körperverletzung und Tötung auf und führt zu tiefgreifenden Störungen im sozialen, beruflichen und familiären Leben. Patienten mit Cluster-B-Persönlichkeitsstörungen wie die Antisoziale Persönlichkeitsstörung begehen sowohl geplante als auch impulsiv-aggressive Handlungen. Häufig befinden sich diese Individuen entweder in forensischen Fachambulanzen, in forensischen Kliniken oder in Gefängnissen.



Impulsivität und Aggression treten zusammen auch oft bei Selbstmordversuchen und/oder Selbstmorden auf.

Das Hauptmotiv zur Begehung eines Selbstmordes ist ja nicht immer allein Hoffnungslosigkeit. Sondern es besteht auch oft ein starker und ungehemmter auto-aggressiver Impuls aufgrund einer auf sich selbst gerichteten Wut. Nicht alle impulsiven (impulsunkontrollierten) Handlungen sind aggressiv. Impulsivität und Aggression können aber auch in derselben Handlung zusammenkommen. So ist eine Selbstverletzung gewöhnlich ein eher geplanter impulsiver Akt gegen sich selbst. Wenn man sich aber unüberlegt und raptusartig schneidet, treten Impulsivität und Selbstaggression innerhalb desselben Verhaltens auf. Wenn ein Verhalten gleichzeitig impulsiv und aggressiv ist, bezeichnet man es auch oft als impulsive Aggression.

Eine Verbindung zwischen Impulsivität und Aggression besteht auch bei der Störung des Sozialverhaltens (conduct disorder). Diese Störung entsteht in der frühen Kindheit oder Adoleszenz und beinhaltet aggressive Handlungen wie Körperverletzung, Zerstörung von Gegenständen, Betrug, Diebstahl und ernsthafte Verletzungen anderer Regeln. Andere Merkmale dieser Störungen sind risikoreiches und impulsives Verhalten wie der frühe Beginn von Sexualverhalten, Trinken, Rauchen, Drogengebrauch und rücksichtsloses Verhalten. Personen mit dieser Störung zeigen zwar aggressives Verhalten, aber sie führen es auch impulsiv durch. Kinder mit dieser Störung entwickeln oft eine erwachsene ICD.

Impulsivität und Aggression sind aber nicht synonym. So sind z. B. pathologische Spieler zwar impulsiv aber nicht notwendigerweise aggressiv. Ein geplanter Mord ist zwar aggressiv aber nicht notwendigerweise impulsiv. Bei Patienten mit ICD treten oft komorbide Störungen auf wie Störungen des bipolaren Spektrums, Substanzabusus, Zwangsstörungen, Angststörungen, Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen und depressive Störungen. Dies muss man bei der Behandlung berücksichtigen. Oft bleibt unklar, ob eine Verbesserung der Impulsivität die affektive Instabilität reduziert oder ob die Verbesserung der affektiven Instabilität in einer abnehmenden Impulsivität resultiert.

Von den Impulskontrollstörungen mit dem Leitsymptom der Aggression ist die Intermittierend Explosible Störung (IED) sowie deren Behandlung bisher wenig beschrieben worden. Lediglich Hollander & Stein (2005) haben sie detaillierter herausgestellt. Dabei geht es um wiederkehrende Verhaltensausrüche von Wut bis zu extremer unkontrollierbarer Rage oder Aggression aufgrund des Versagens der Kontrolle über aggressive Impulse. Diese Ausbrüche stehen in der Regel in keinem Verhältnis zum auslösenden realen oder wahrgenommenen psychosozialen Stressor und dienen ungeplant keinem bestimmten Ziel.

Einige Patienten berichten über affektive Veränderung vor dem Ausbruch (z. B. Spannungsgefühle, Stimmungsveränderungen, Antriebsveränderungen). Die Ausbrüche sind eher kurz (dauern weniger als eine Stunde). Sie sind bei einigen Personen von unterschiedlichen körperlichen Symptomen (Schwitzen, Stottern, Brustenge, Zuck-

ungen, Herzklopfen) begleitet. Die Ausbrüche werden oft auch von einem Gefühl der Erleichterung (und in manchen Fällen des Vergnügens) begleitet und enden später oft in Bedauern. Die Ausbrüche verursachen deutliches Leiden beim Betroffenen oder Beeinträchtigungen in vielen Funktionsbereichen oder sind mit finanziellen oder rechtlichen Konsequenzen verbunden.

Im Hinblick auf die Intensität und Häufigkeit des aggressiven Verhaltens werden zwei Gruppen unterschieden. Bei der ersten Gruppe treten verbale Aggression (z. B. Wutausbrüche, Schimpfen, verbale Auseinandersetzungen oder Streitereien) oder körperliche Aggressionen (gegen Gegenstände, Tiere oder anderen Personen) im Durchschnitt zweimal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf. Die körperliche Aggression führen aber nicht zu einer Beschädigung oder Zerstörung von Gegenständen und nicht zur Verletzung von Tieren oder anderen Personen. In der zweiten Gruppe treten die Verhaltensausbrüche innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten auf. Sie gehen hier mit der Beschädigung oder Zerstörung von Gegenständen und oder tätlichen Angriffen einher, bei denen Tiere oder andere Personen verletzt werden.

Neben den bisher eher diagnosebezogenen Beschreibungen können sich impulsive Verhaltensweisen transdiagnostisch auch aufgrund folgender Merkmale phänomenologisch bzw. topografisch sehr stark unterscheiden. Diese Unterscheidungsmerkmale haben insbesondere eine hohe Relevanz für die Therapieplanung der in den folgenden Kapiteln aufgeführten zumeist symptombezogenen therapeutischen Interventionen.

**Tabelle 2.2** topografische Unterscheidungsmerkmale von impulsivem Verhalten und mögliche Therapiestrategien

<b>Topografische Merkmale</b>	<b>Störungsbildmerkmale</b>	<b>Beispiele für mögliche Therapiestrategien</b>
Anzahl der unterschiedlichen impulsiven Handlungen	einfache vs. komplexe Impulskontrollstörung	Exposition in vivo vs. Skillstraining
Beobachtbares Verhalten vs. Fantasien vs. Kombinationen aus beidem	Tics, Zwangsritual, sexuelle Handlungen (hands off vs. hands on) vs. Sexulfantasien	Habit-Reversal-Training vs. Fantasiemanagement
Einzelhandlung vs. Handlungskette	aggressiver Ausbruch vs. Exhibitionistische Handlungskette	Stimuluskontrolle vs. Unterbrechung von Handlungsketten in sensu
Zeitdauer der Handlung	ein Tic dauert nur wenige Sekunden, eine Glückspiel-episode mehrere Stunden, workoholisches Arbeit manchmal Tage	Habit-Reversal-Training vs. Cue Exposure vs. Life Balance Strategien

**Tabelle 2.2** (Fortsetzung)

<b>Topografische Merkmale</b>	<b>Störungsbildmerkmale</b>	<b>Beispiele für mögliche Therapiestrategien</b>
Häufigkeit des impulsiven Verhaltens in einem Vergleichszeitraum	bulimische Episoden können mehrmals pro Tag, pädophiles Verhalten mehrmals pro Monat, pyromantisches Verhalten mehrmals pro Jahr auftreten	Cue Exposure vs. Unterbrechung von Handlungsketten in sensu vs. Schematherapie
Restriktivität und Exklusivität der High-Risk-Situation	Binge Eating tritt nur alleine zuhause vs. Alkoholkonsum kann in multiplen Situationen auftreten	Cue Exposure vs. Stimuluskontrolle
Awareness-Grad der Handlung	geplantes fokussiertes Pokerspielen vs. automatisierte Ticsequenz vs. dissozialer Fuque vs. vasovagale Synkope	Stühledialog vs. Habit-Reversal-Training vs. motorisches Training
Grad der Sensibilisierung der Auslöser	zuerst große und später schon sehr kleine Reize lösen das Verhalten aus	Stimuluskontrolle vs. Cue Exposure
Grad der Generalisierung der Auslöser	anfänglich nur Angst oder Verlangen vor einem spezifischen Thema vs. Verlangen bei fast alle negativen Emotionen	Exposition in vivo vs. distales Skillstraining
Distale vs. proximale Auslöser	Auslöser zeitlich und/ oder örtlich weit weg (vs. sehr nahe) vom Auftreten des Verhaltens	Imaginative Desensibilisierung vs. Cue Exposure vs. Habit-Reversal-Training
Funktion des impulsiven Verhaltens	interaktionell vs. Emotionsregulation vs. Stimulation vs. Werkzeug eines spezifischen schematherapeutischen Modus	Stühledialoge vs. Skills-training vs. Stühledialoge
Wenige bis viele bisherige negative Konsequenzen des Verhaltens für den Patienten	Scheidung, Arbeitsplatzverlust, körperliche Erkrankungen usw.	Strategien des Harm Reduction

**Tabelle 2.2** (Fortsetzung)

<b>Topografische Merkmale</b>	<b>Störungsbildmerkmale</b>	<b>Beispiele für mögliche Therapiestrategien</b>
Zukünftiges schädigendes Potential gering vs. groß	Eigengefährdung (Alkoholexzess, bulimisches oder anorektisches Verhalten bei Diabetes, selbstverletzendes Verhalten, Trichotillomanie) vs. Fremdgefährdung (Pyromanie, intermittierende explosive Störung)	Stationäre Behandlung vs. Beginn mit Top 1 der Therapiezielhierarchie vs. Imaginative Verfahren, Fantasie- oder Grübelmanagement
Strafrechtliche Bedeutung des impulsiven Verhaltens	mindestens ein Glied der Handlungskette erfüllt den Tatbestand einer Straftat	Imaginal Desensibilisierung, schematherapeutisches Vorgehen

Im forensischen Bereich spricht man oft von deliktpräventiven Therapien. Um deliktpräventiv behandeln zu können, müssen die diagnostischen Kriterien einer psychischen Erkrankung im Sinne nosologischer Klassifikationssysteme (wie ICD 10 oder DSM 5<sup>®</sup>) nicht erfüllt sein. Es reicht, wenn eine Straftäter ein sogenanntes prognostisches Syndrom aufweist. Ein prognostisches Syndrom besteht aus Einstellungen und Verhaltensweisen, die in einem engen Zusammenhang mit dem strafbaren Verhalten stehen. Manchmal ist das mit einer Strafe bedrohte Verhalten aber auch nur ein Glied (z. B. ein Beschaffungsdelikt, ein Betrug u. ä.) in einer Handlungskette, deren Endhandlung nicht strafbar ist (Spielen in einer Spielbank). In der Regel bestehen aber große Überschneidungen zu den Impulskontrollstörungen in den nosologischen Diagnosesystemen. Nach Rossegger et al. (2012 b) muss eine Hypothese des Deliktmechanismus formuliert werden können, um eine deliktpräventive Behandlung durchführen zu können. Der Deliktmechanismus erklärt den Zusammenhang zwischen risikorelevanten Persönlichkeitsmerkmalen (ein Delikt zu begehen) und daraus entstehenden deliktrelevanten Handlungsmotivationen. Die Hypothese zum Deliktmechanismus erklärt, welche Verhaltensmuster und Eigenschaften des Täters die Deliktbegehung maßgeblich beeinflusst haben. Die Hypothese zum Deliktmechanismus ist so zu formulieren, dass sie verhaltensnahe Eigenschaften des Täters beschreibt, die sich in der Deliktanlaufphase und der konkreten Deliktumsetzung manifestieren. Nach Rossegger et al. (2012 b) geht es hier nicht um ein ätiologisches Model, wieso der Straftäter zu dem geworden ist, der er ist, sondern um ein Modell über risikorelevante Eigenschaften des Täters, die im Deliktverhalten zum Tragen kommen. Nach Borchard & Goth (2012) entspricht die Formulierung einer Hypothese zum Deliktmechanismus in weiten Teilen der Struktur einer Verhaltens- und Plananalyse. Das Wechselspiel von risikorelevanten Eigenschaften mit einem spezifische Muster distaler und proximaler Auslöser spielt dabei die zentrale Rolle.