



Ehret

Impulskontrollstörungen in der Verhaltenstherapie



BELTZ

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 (verhaltens-therapeutischen) 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 & Gorden (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.