



Emotionale Dysregulation und Substanzkonsum bei einer Persönlichkeitsstörung: ein integrierter therapeutischer Ansatz

MD Col M., MD Garino D, PhD PhD Houshmand H., Santagostino L., MD Fumagalli S.,

Massimiliano Col - info@santacroce.ch - +41917354141

Einleitung

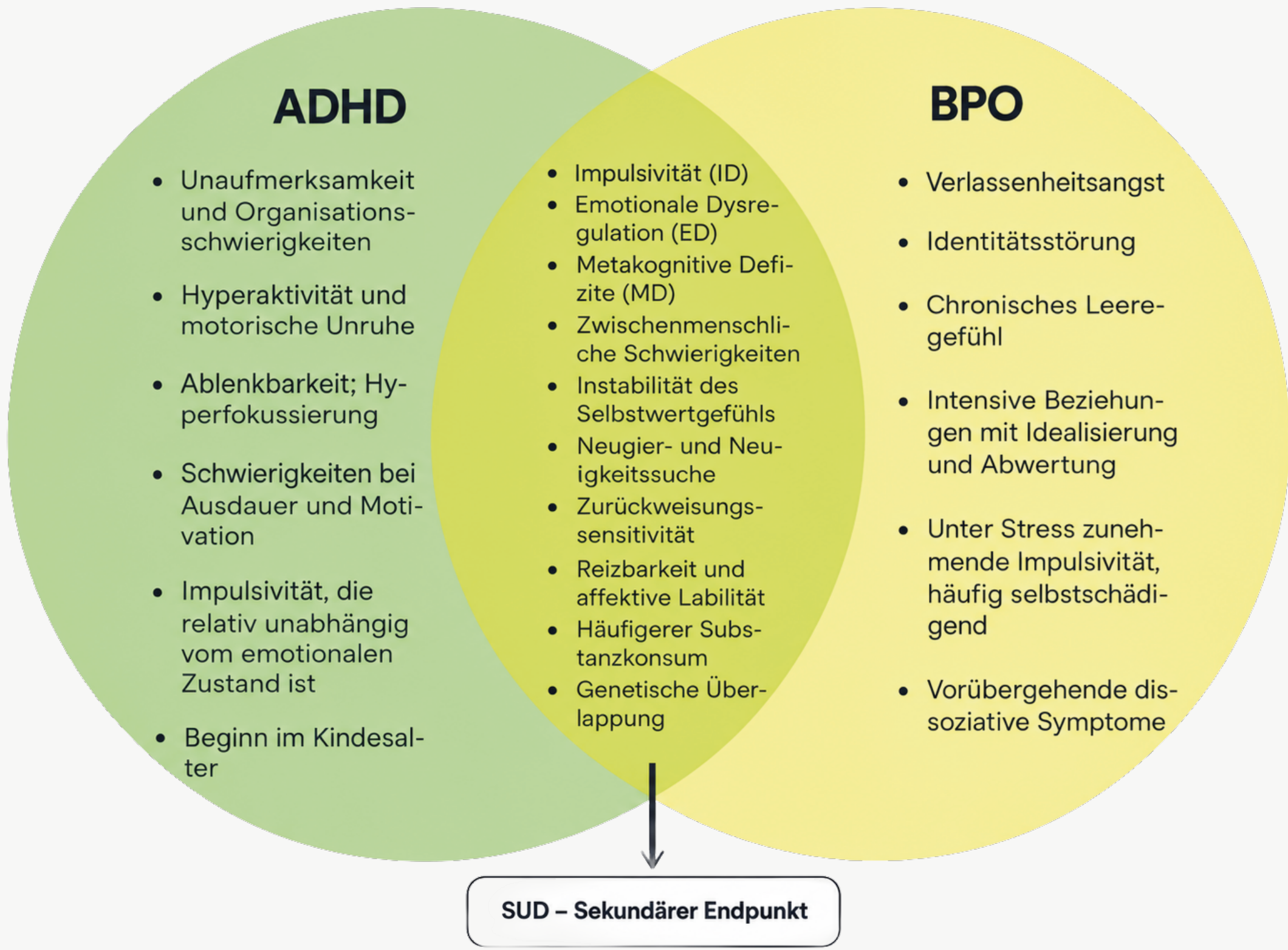
Mehrere klinische Studien berichten über einen Zusammenhang zwischen ADHS-Symptomen im Kindesalter und der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO), wobei ADHS als longitudinal dokumentierter Risikofaktor beschrieben wird [1,2]. ADHS und BPO weisen eine hohe Komorbidität und phänotypische Überlappung auf [2], die sich in drei transdiagnostischen Domänen zusammenfassen lässt (Abb. 1): emotionale Dysregulation (ED), Impulsivität (ID) und metakognitive bzw. Mentalisierungsdefizite (MD).

Eine frühzeitige und integrierte Behandlung – psychopharmakologisch, psychoedukativ-psychotherapeutisch und unter Einbezug der Familie – dieses gemeinsamen Kerns kann den Entwicklungsverlauf verändern [5,6]: Die Eindämmung von ID und ED reduziert den Rückgriff auf Selbstmedikation und geht mit einer nachweislichen Verringerung substanzbezogener Ereignisse einher [3,4], während die Förderung der Mentalisierungsfähigkeit die interpersonelle Reaktivität und die Instabilität von Repräsentationen abschwächt, mit einer dokumentierten Reduktion der Symptomschwere der Trias nach zwölf Monaten [19]. Diese Befunde deuten auf die Möglichkeit hin, den Übergang zu einer manifesten Persönlichkeitsstörung des Clusters B zu unterbrechen, im Einklang mit den Zielen von Modellen der Frühintervention [5,9].

Wir stellen den Fall eines 18-jährigen Patienten vor, der über 46 Tage auf der Station «ConTatto» behandelt wurde und eine kombinierte Neuroatypie (vermutlich ADHS und eine spezifische Lernstörung) sowie eine bei Eintritt bestehende Symptomatik aufwies, die den drei Bereichen der Trias zugeordnet werden konnte:

zunehmende affektive Instabilität mit Alkohol- und Cannabissmissbrauch zur emotionalen Selbstregulation (ED); Verhaltensstörungen mit heteroaggressiven Handlungsdurchbrüchen (ID); soziale Isolation und interpersonelle Instabilität aufgrund von Defiziten in der Mentalisierung des Anderen und in der reflexiven Selbstwahrnehmung (MD).

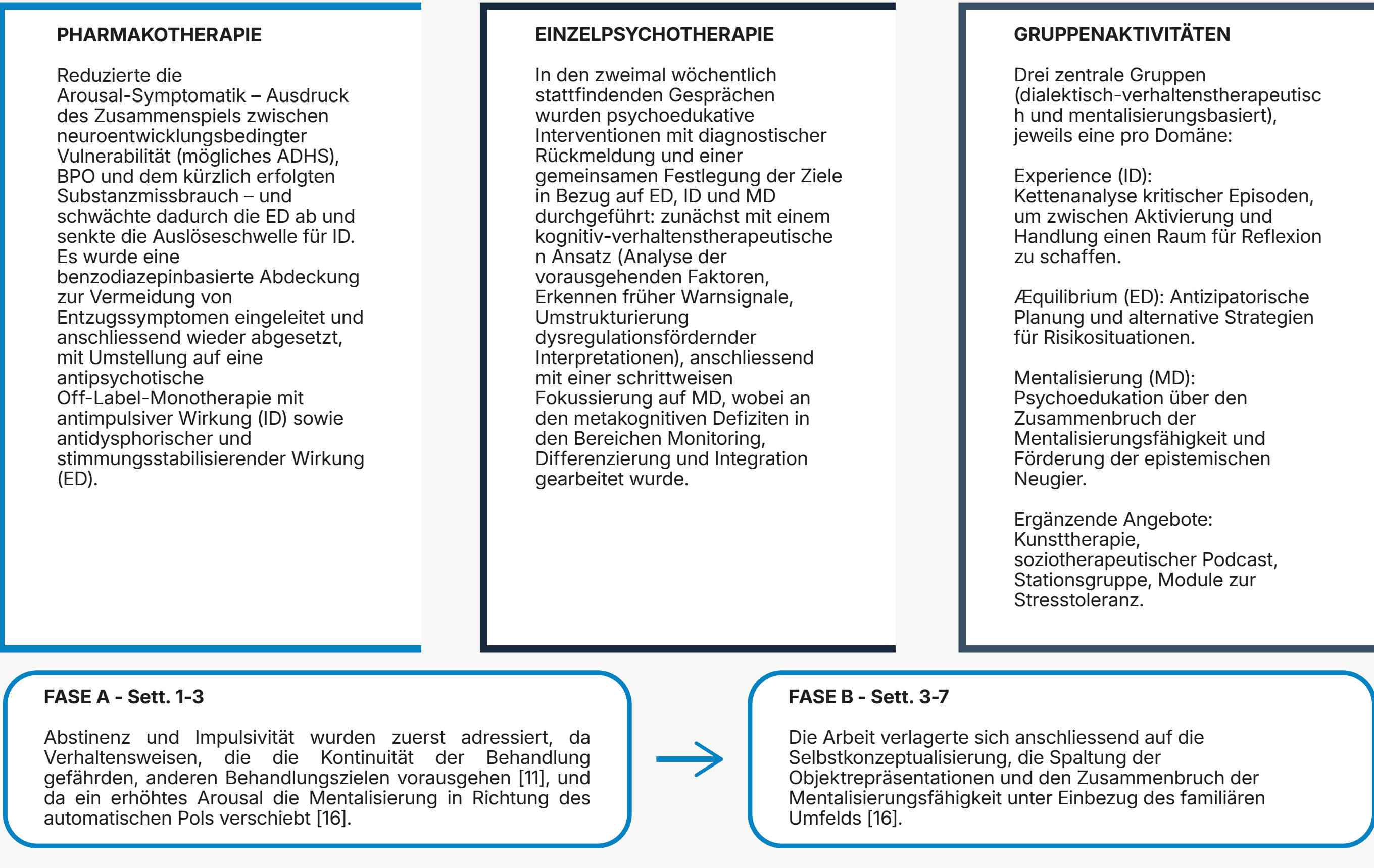
Ziel: Darstellung einer integrierten Behandlung, die auf die drei Domänen der Symptomtrias (ED, ID, MD) ausgerichtet ist, anstatt auf die einzelnen diagnostischen Kategorien getrennt voneinander, in einer Phase, in der der Entwicklungsverlauf noch nicht gefestigt und die weitere prognostische Entwicklung noch beeinflussbar ist [9].



Symptomatische Überschneidung von ADHS und BPO. Eigene Ausarbeitung der Autoren auf Grundlage diagnostischer Kriterien und nach Weiner et al. [2].

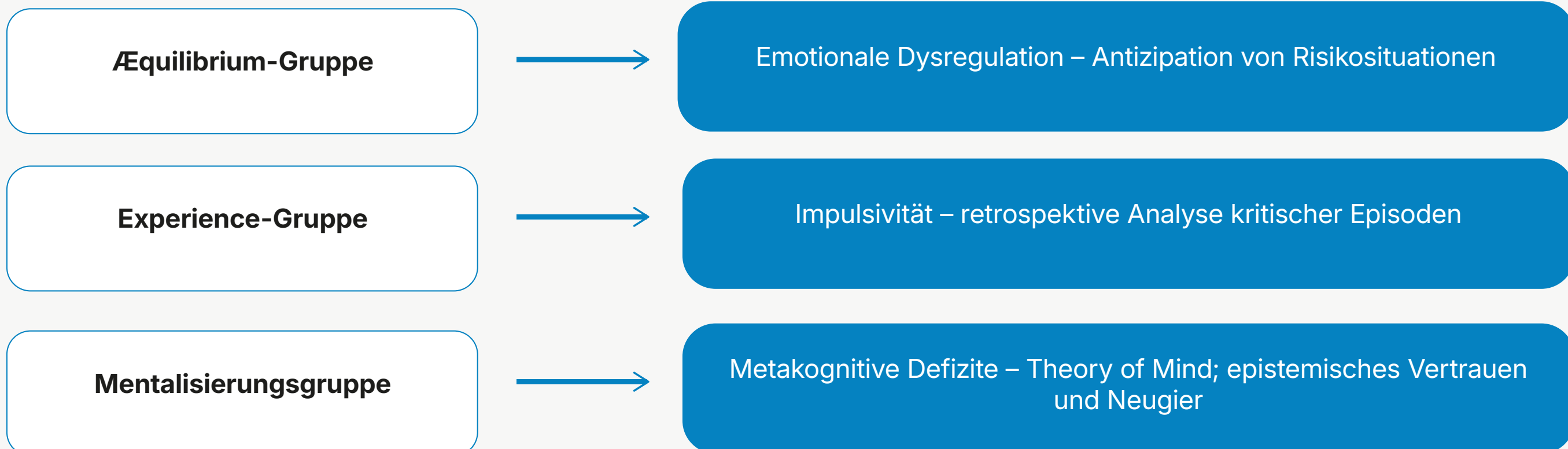
Integrierte Behandlung

Der Behandlungsverlauf gliederte sich in drei Stränge – pharmakologisch, einzelpsychotherapeutisch und gruppentherapeutisch –, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingeleitet und anschließend parallel weitergeführt wurden, wobei jeder Strang auf spezifische Domänen der Symptomtrias ausgerichtet war.



Kernsymptome und therapeutische Interventionen

Jede der drei zentralen Gruppen war jeweils auf eine der beschriebenen transdiagnostischen Domänen ausgerichtet, und zwar in derselben Reihenfolge.



In der Mentalisierungsgruppe beschränkten sich die Interventionen nicht auf die Vermittlung von Wissen über die Theory of Mind, sondern zielten auch darauf ab, epistemisches Vertrauen und epistemische Neugier zu fördern – als Voraussetzung für soziales Lernen in der Beziehung.

Ergebnisse

ED – Die emotionale Dysregulation nahm progressiv ab: Der Bedarf an Bedarfsmedikation verringerte sich bis auf null während der letzten fünf Tage des Aufenthalts, unterstützt durch die /Equilibrium-Gruppe und die Umstellung auf eine antipsychotische Monotherapie.

ID – Die heteroaggressiven Handlungsdurchbrüche konzentrierten sich auf die ersten 16 Tage und traten danach nicht mehr auf, zeitgleich mit der vollständigen Teilnahme an der Experience-Gruppe.

MD – Die zunehmend stabile Aufrechterhaltung mentalisierender Zustände, unterstützt durch die Mentalisierungsgruppe und die Einzelgespräche, ermöglichte die Arbeit an der Selbstkonzeptualisierung und an der Spaltung der Objektrepräsentationen.

Die Abstinenz von Alkohol und Cannabinoiden, ein sekundäres Ergebnis der Eindämmung von ID und ED, wurde als erstes Ziel erreicht und während des gesamten stationären Aufenthalts unter zunächst benzodiazepinbasierter, später abgesetzter Medikation aufrechterhalten.

Die Stabilität des Settings wurde durch einen einzigen Gruppen-Drop-out (Tag 7) und eine ansonsten vollständige Teilnahme bestätigt, die auch während der Konflikte mit den Mitpatienten aufrechterhalten wurde.

Für die Zeit nach der Entlassung wurde eine formale Abklärung auf ADHS sowie die ambulante Weiterbehandlung vorbereitet. Etwa sieben Monate nach der Entlassung kam es zu keiner Wiederaufnahme.

Diskussion

Von der integrierten Behandlung wurden drei Wirkungen erwartet: die Eindämmung des Arousal als Voraussetzung für die reflexive Arbeit [16]; die Wiederherstellung einer Position epistemischen Vertrauens, die die Nutzung der Intervention ermöglichen sollte [18]; sowie die Reduktion von Verhaltensweisen, die die Kontinuität der Behandlung gefährden, noch vor dem Erreichen von Zielen zur Lebensqualität [8,11].

Die einzelnen Domänen reagierten zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Abstinenz und impulsive Handlungsdurchbrüche (ID) erwiesen sich als die am leichtesten zugänglichen Zielbereiche und veränderten sich innerhalb der ersten zwei Wochen als Erste, mit einem überwiegenden Beitrag der pharmakologischen Komponente und des verhaltensorientierten Krisenmanagements. Bei ED dauerte die Veränderung länger. Der Bedarf an Bedarfsmedikation, der zusammen mit dem Craving und dem Drang zu impulsiven Handlungsdurchbrüchen als indirekter Indikator diente, zeigte zunächst eine Reduktion, gefolgt von einem erneuten Anstieg zur Mitte des stationären Aufenthalts. Dieser hing mit interpersonellen Dynamiken zusammen, die in einem Regelverstoss und einer Einschränkung der Ausgangsmöglichkeiten gipfelten – eine Situation von Hyperarousal, in der sich die Mentalisierung von einem kontrollierten in einen automatischen Modus verlagerte.

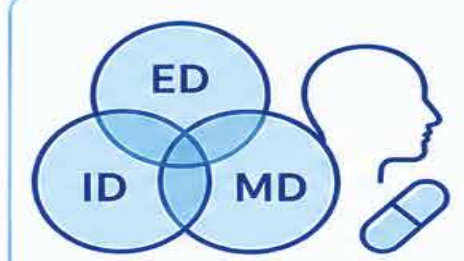
MD war die langsamste und vulnerabelste Domäne: Die Mentalisierungsgruppe erwies sich in einer Phase, in der Abstinenz und impulsive Handlungsdurchbrüche noch nicht stabilisiert waren, als zu anspruchsvoll. In der zweiten Hälfte des stationären Aufenthalts ermöglichten die Gruppen- und Einzelinterventionen jedoch eine emotionale Selbstregulation und ein höheres Mass an Selbststeuerung als die alleinige pharmakologische Eindämmung.

Schlussfolgerungen

Die integrierte Behandlung ermöglichte es, die drei Domänen der Trias – ED, ID und MD – gezielt anzusprechen, anstatt die einzelnen Diagnosen getrennt zu behandeln, in einer Phase, in der der Entwicklungsverlauf noch nicht gefestigt war. Der Fall zeigte jedoch, dass die Integration eine bestimmte Sequenzierung erfordert: Die Arbeit an MD setzt ein Arousal-Niveau voraus, das in der ersten Phase noch nicht gegeben war. Aus dieser Beobachtung ergab sich eine Anpassung des Behandlungskonzepts: Die Mentalisierungsgruppe wurde auf zwei Ebenen aufgeteilt – eine erste theoretisch-psychoedukative Ebene, die allen offensteht, und eine zweite Ebene zur Analyse von Episoden, die erst nach erfolgter Stabilisierung der Abstinenz zugänglich ist. Diese Reorganisation ist auf andere Dienste mit vergleichbaren Programmen übertragbar.

Limitationen. Es wurden keine standardisierten Instrumente zur Erfassung der Persönlichkeit, der neuroentwicklungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen oder des Ausmasses des Substanzkonsums eingesetzt. Die Beurteilung der Ergebnisse stützte sich auf klinische Indikatoren und den Bedarf an Bedarfsmedikation. In der ersten Phase war das Programm aufgrund der Feiertage reduziert, und die Abstinenz war noch nicht stabilisiert.

KERNAUSSAGEN



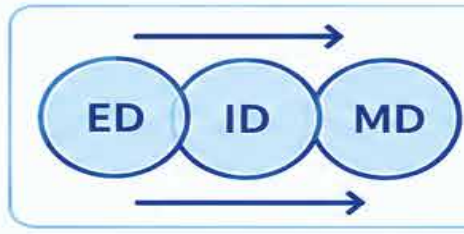
ADHS und BPO weisen umfangreiche symptomatische Überschneidungen auf, die sich in der Trias ED–ID–MD zusammenfassen lassen; die Substanzgebrauchsstörung stellt eine sekundäre Folge davon dar. Die gemeinsamen Domänen sind auch dann therapeutisch adressierbar, wenn die nosologische Zuordnung noch unklar ist.



Ein nicht formalisierter Verdacht auf eine neuroentwicklungsbedingte Störung bleibt eine Hypothese, die die Interpretation der Symptome mitbestimmt: Er sollte berücksichtigt und eine entsprechende Abklärung geplant werden.



Eine integrierte Behandlung kann dazu beitragen, die Prognose zu verändern, wenn sie einsetzt, bevor sich die Entwicklung hin zu einer Persönlichkeitsstörung des Clusters B verfestigt.



Integriert kann auch eine sequenzielle und nicht nur eine parallele Behandlung bedeuten: Die Arbeit an MD setzt voraus, dass ID und ED bereits ausreichend eingedämmt sind.