

ADHS als Genotyp für psychische Krankheiten

Davatz Ursula, Studer Karl

Interview mit Frau Dr. Ursula Davatz, Psychiaterin und Familientherapeutin in Baden und Zürich

Karl Studer: *Ursula, Du bist eine Pionierin der Schweizer Psychiatrie, hast jahrelang die Externen Psychiatrischen Dienste Aargau geleitet, bist eine begnadete Ausbilderin in System- und Familientherapie, bist unermüdlich aktiv in Tagungen und mit Vorträgen, schreibst Bücher um die Situation psychisch kranker Patienten den Kollegen, Angehörigen und der weiteren Bevölkerung nahezubringen. Ich denke, Du bist auch eine kreative Querdenkerin in der Aargauer und Zürcher Psychiatrie-Szene.*

Du blickst auf über 40 Jahre Erfahrung im Umgang mit Patienten und Familiensystemen bei schwersten Krankheitsbildern wie der Schizophrenie, Psychosomatik und Suchtverhalten sowie Delinquenz.

Woher hast Du all die Kraft und den Mut, Dich über die Jahrzehnte mit diesen vielfältigen Krankheitsbildern zu beschäftigen?

Ursula Davatz: Ich liebe meine Arbeit über alles, finde sie nach wie vor äusserst spannend und lerne täglich von meinen Familien und ihren komplexen Situationen dazu. Gleichzeitig erfahre ich natürlich auch, dass ich Probleme innerhalb der Familiensysteme schneller erfassen kann und somit effektiver und effizienter werde in meinen Behandlungen. Komplexe Probleme faszinieren mich und fordern mich heraus. Ich kann hier vielleicht noch einen Medizinerwitz anfügen: «Der Chirurg weiss nichts, aber kann alles, der interne Mediziner weiss alles, aber kann nichts, der Psychiater weiss nichts und kann nichts, dafür lernt er ständig dazu».

KS: *Du hast mit Deinem neuen Buch «ADHS und Schizophrenie» eine neue Arbeitshypothese aufgestellt: ADHS als genetische Vulnerabilität ist Ursache für psychische Krankheiten, besonders die Schizophrenie. Wie bist Du zu dieser Idee gekommen?*

UD: Als ich 1973 Assistenzärztin in der Klinik Samedan war, machte mir ein Vortrag von einem Pädiater, der damals über das Phänomen des «Frühkindlichen POS» referierte, grossen Eindruck. Es fiel mir dabei auf, dass viele der Beschreibungen übereinstimmten mit meiner Wahrnehmung von Schizophrenie-Patienten. Ich hatte damals schon ein Jahr Erfahrung in der Psychiatrie an der Klinik Hôpital de Cery in Lausanne, wohin ich gegangen war, um etwas über Schizophrenie zu lernen, denn der Chefarzt und Bleuler-Schüler, Professor Müller, galt zu jener Zeit als eine der Koryphäen im Bereich Schizo-

phrenie. Dieser Zusammenhang kam mir dann wieder in den Sinn, als ich 1980 in Königsfelden im Sozialpsychiatrischen Dienst als Oberärztin einen Patienten hatte, der an Schizophrenie erkrankt war und gleichzeitig im Kindesalter die Diagnose eines «frühkindlichen POS» erhalten hatte. Von da an begann ich, diesen Zusammenhang etwas genauer zu beobachten und diesbezüglich bei sämtlichen Patienten familiensystematisch zu eruieren. Ich begleitete auch drei Dissertationen zu diesem Thema unter der Obhut von Prof. Hell an der Universität Zürich. Die Untersuchungen ergaben eine statistisch relevante positive Korrelation zwischen Schizophrenie und ADHS. Je länger ich alle meine Schizophrenie-Familien kritisch betrachtete und je mehr ich davon behandelte, umso mehr fand ich meine Hypothese bestätigt, eine Hypothese, die ich dann im Laufe von 17 Jahren in meinem Buch «ADHS und Schizophrenie» niederschrieb.

KS: *Welche Rolle spielen dabei der Erziehungsstil, das Familienumfeld, die Interaktionsmuster und der Kommunikationsstil?*

UD: Bei meinen statistischen Untersuchungen in Bezug auf Erziehungsstil habe ich festgestellt, dass Schizophrenie-Familien eher mit Angst erziehen, ihre Kinder also durch Einschüchterungen zur Anpassung zu bringen versuchen. Im Familienumfeld, d. h. in der Partnerbeziehung der Eltern, konnte ich fast ohne Ausnahme eine konflikthafte Partnerbeziehung wahrnehmen, die nicht selten auch in einer Scheidung endete. Die Vaterfigur hatte sich häufig von der Familie «verabschiedet» resp. distanziert und die Mutter war häufig mit einem verbal überaktiven, eher unklaren, ausschweifenden Kommunikationsstil mit ihrem schwierigen Kind allein gelassen, das in der Regel während der Pubertät eine Schizophrenie entwickelte.

Kinder können nicht erwachsen werden, wenn sie kein für ihre Verhältnisse notwendiges stabiles Umfeld vorfinden. Es handelt sich also meist um die Kinder, die im Dienste des Familiensystems funktionalisiert wurden, also eine Aufgabe für das Familiensystem zu erledigen haben und deshalb ihre eigene Persönlichkeit gar nicht richtig entwickeln können. Da ADHS- oder ADS-Kinder emotional sehr sensibel sind, übernehmen sie nicht selten diese Aufgabe.

KS: *Wie kommt es nach einer Latenz zum «Tsunami», wie Du die akute Psychose bezeichnest, und welches sind die Konfliktsituationen bei Jugendlichen, Frauen, Männern und im Alter?*

UD: Diese ADS- und ADHS-Neurotypen bzw. -Persönlichkeitstypen, zeichnen sich aus durch eine hohe Sensitiv-

Correspondence:

Dr. Karl Studer, Praxis im Klosterhof, Klosterhofstrasse 1, CH-8280 Kreuzlingen, karl.studer[at]blue-mail.ch

ität, eine leichte emotionale Erregbarkeit, die in emotionale Monsterwellen, einen «Tsunami» übergehen kann. Da normalerweise während der Pubertät die Emotionalität von Jugendlichen ohnehin schon schnell in einen Zustand von «Himmel hoch jauchzend» in «zu Tode betrübt» umschlagen kann, besteht bei Jugendlichen mit ADS und ADHS vermehrt die Gefahr, dass bei zusätzlichen emotionalen Belastungssituationen im familialen Umfeld ihre Emotionalität im limbischen System einen «System overload» produziert, welcher dann die kognitiven Funktionen in der Psychose zusammenbrechen lässt. In diesem Sinne nenne ich dann die Psychose auch eine «maligne Pubertät». Als zusätzliche Stressfaktoren lassen sich bei jungen Schizophrenie-Patienten meist auch unglückliche Liebesgeschichten oder missglückte Berufswahlen und heutzutage Cannabiskonsum vorfinden. Bei Männern hat die Belastungssituation, die vorausgeht, meist mit Herabstufung oder Entlassung am Arbeitsplatz zu tun, bei Frauen spielt häufig eine unglückliche Partnerschaft eine wichtige Rolle.

KS: Was hat die akute Psychose und deren Behandlung für Folgen für den weiteren Krankheitsverlauf?

UD: In der akuten Psychose verschreibe ich – wie alle Psychiater – Neuroleptika. Ich bleibe jedoch nicht bei dieser rein medikamentösen Behandlung stehen, sondern arbeite daran, das familiäre Umfeld entsprechend umzugestalten, damit die vorhandenen emotionalen Störfaktoren reduziert werden, sodass der junge Mensch oder die Partnerin Raum bekommt für seine Persönlichkeitsentwicklung in der Ablösungsphase. Männern mit Psychosen muss ich andere Stressbewältigungsstrategien beibringen.

KS: Welche Kriterien braucht es für eine erfolgreiche Schizophreniebehandlung, und welche Rolle spielen die Therapeuten dabei?

UD: Für eine erfolgreiche Schizophreniebehandlung braucht es die Bereitschaft der Eltern, in der Familientherapie oder systemischen Therapie mitzuarbeiten und zu lernen. Von Seiten der Therapeuten ist eine systemtherapeutische Ausbildung vorausgesetzt sowie Erfahrung mit Schizophrenie-Familien. Professor Müller, der Schizophrenie-Spezialist, hat zwar die These aufgestellt, man könne als Psychiater nur einen einzigen Schizophrenie-Patienten im ganzen Leben behandeln, eine Theorie, die nach meiner Erfahrung mit systemischer Behandlung von Schizophrenie-Familien nicht zutrifft.

KS: Welche Bedeutung haben medizinisches Modell, Medikamente und Hospitalisation für den Verlauf dieser Krankheit?

UD: Im medizinischen Modell behandelt man Schizophrenie-Patienten ausschliesslich mit Medikamenten, d. h. mit Neuroleptika, und mit psychiatrischer Hospitalisation. Die Hospitalisation vergleiche ich mit einer sozialchirurgischen Massnahme. Man trennt die Patienten von der Familie. Kehren die Patienten aber ins gleiche Umfeld zurück, erleiden sie Rückfälle selbst unter dem Einfluss von Neuroleptika. Die Neuroleptika mit ihrer antidopaminergen Wirkung verursachen zudem eine gewisse Lethargie, eine Verlangsamung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Aus diesem Grunde setzen viele der Schizophrenie-Patienten ihre Medikamente auch wieder ab. Innerhalb des stationären medizinischen Settings überredet man die Patienten

deshalb zu Depotspritzen, um die Medikamenten-Compliance zu verbessern. Depotspritzen werden von vielen Schizophrenie-Patienten aber als «chemische Zwangsjacke» und somit als Demütigung empfunden. Aus diesem Grunde zwingen ich meine Schizophrenie-Patienten im ambulanten Setting niemals zu Depotmedikation. Ich übergebe ihnen stets die Verantwortung für ihre Medikamenteneinnahme im Sinne eines «informed consent». Wenn sie ihre Medikamente absetzen und rückfällig werden, bearbeite ich die verschiedenen Konflikt- und Stressfaktoren, die zum Rückfall geführt haben mögen und entwickle mit ihnen bessere Konfliktbewältigungsstrategien – Strategien, die sie in ihren Familien nicht gelernt haben wegen vorhandener Tabus.

KS: Könnte die Epigenetik hier eine Schlüsselfunktion für den Krankheitsverlauf haben?

UD: Ja durchaus! Das menschliche Gehirn ist ein lernfähiges Organ, das sich vermittels der Interaktion mit dem Umfeld verändert und umstrukturiert. Gelingt es also, das einflussreiche Umfeld dieser Patienten so zu verändern, dass sich das Gehirn in einem epigenetischen Prozess über die gesunde Auseinandersetzung mit der Familie und dem weiteren sozialen Umfeld umstrukturiert, d. h. komplexer und gleichzeitig anpassungsfähiger wird, kommt es weniger leicht zu emotionalen Monsterwellen bei den Patienten. Alle Studien über «high expressed emotions» und deren Reduktion mittels Familientherapie haben dies bewiesen. Die heutige psychiatrische Behandlung von Schizophrenie-Patienten nutzt diesen epigenetischen Prozess in keiner Weise, sondern unterdrückt lediglich die Symptome des «Tsunami», der emotionalen Monsterwelle. Dies stellt eine äusserst eindimensionale Behandlungsmethode für diese komplexe Krankheit dar.

KS: Wenn doch das Zentralnervensystem ein plastisches und soziales Organ ist, warum nützen wir den epigenetischen Therapieeffekt der Beziehungsarbeit so wenig aus?

UD: Ja, das frage ich mich auch, und es ist für mich nach wie vor ein grosses Rätsel. Es ist nicht nachvollziehbar, dass wir uns diesen epigenetischen Veränderungsprozess nicht zunutze machen in der Psychiatrie! Ich denke es kommt einerseits daher, dass wir Patienten noch immer isoliert als Einzelwesen betrachten und nicht in Interaktion in ihrem sozialen Kontext wahrnehmen. Andererseits sind wir Psychiater so sehr im medizinischen Modell verhaftet, dass wir trotz der häufigen Verwendung des Begriffes der «psychosozialen Medizin» den psychosozialen Aspekt der psychiatrischen Krankheiten und deren Behandlung kurz-erhand auslassen.

KS: Hättest Du Lust auf ein gemeinsames Gespräch zu diesem Thema mit Professor Andreas Papassotiropoulos, dem Neurowissenschaftler an der Universität Basel, oder Almeida und Jan Assmann, den Literaturwissenschaftler?

UD: Ja, sicher. Ich hätte grosses Interesse an einem Gedankenaustausch mit Professor Papassotiropoulos. Herrn Almeida und Jan Assmann als Literaturwissenschaftler kenne ich nicht, aber ich interessiere mich natürlich sehr für Literaturwissenschaften und würde auch mit diesen beiden sehr gerne ein Gespräch führen. Wen ich auch noch gerne ins Gespräch einbeziehen würde, wäre Herr Professor Cichon, den Genetiker an der Universität Basel.

KS: Denkst Du, dass das ADHS auch bei anderen psychischen Krankheiten eine Rolle spielt?

UD: Ja, durchaus. Seit ich bei jeder meiner Therapie-Familien bei der Aufnahme des Genogramms einen scharfen Blick auf die ADS- und ADHS-Symptomatik werfe, sehe ich immer mehr Zusammenhänge zwischen diesen Neurotypen und verschiedenen psychiatrischen Krankheiten. In diesem Sinne interpretiere ich auch die grossangelegten Cross disorder-Studien, die bei ganz verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern den gleichen veränderten Genlokus aufweisen (wie beispielsweise das ADHS, das durch den vererbten Neurotyp den Vulnerabilitäts-Faktor darstellt), der zu diesen verschiedenen Folgekrankheiten führen kann, wenn der Erziehungsmodus im Umfeld dieser Kinder nicht an diese Neurotypen angepasst ist.

KS: Was wolltest Du den Mitgliedern der SGPP und der SKJPP schon lange einmal sagen?

UD: Seid doch bitte etwas neugieriger und aufmerksamer. Weitet euren Blickwinkel aus auf das Umfeld eurer Patienten im Kindes- wie im Erwachsenenalter und seid bereit, das Umfeld in den therapeutischen Prozess miteinzubeziehen. Eure Arbeit wird dadurch viel interessanter. Die Familienangehörigen stellen ein riesiges therapeutisches Potential für einen epigenetischen Veränderungsprozess dar, das Ihr unbedingt nutzen müsst.

KS: Wie könnte man die nächste Generation von Ärzten für unser Fach gewinnen?

UD: Wir zeigen ihnen auf, welche Erkenntnisse und Ressourcen der Psychiatrie durch die ausschliessliche Anwendung des medizinischen Modells entgehen. Wir weisen sie darauf hin, welche interessanten Forschungsergebnisse aus der Genetik zum Thema AD(H)S in jüngster Zeit erschienen sind. Diese sagen aus, dass zu 70 bis 80 Prozent genetische Faktoren für diese Neurotypen verantwortlich sind und dass AD(H)S heute den einzigen Genotyp darstellt den man in der Genetik klar herauschälen konnte für die Psychiatrie. Ausserdem erklären wir ihnen, dass es sich dabei bestimmt nicht um eine Modediagnose handelt, wie manche zu behaupten wagen. Somit liegt ein riesiges epigenetisches Forschungspotential im interaktiven Prozess zwischen diesen genetisch festgelegten Neurotypen und dem sozialen Umfeld.

«Last but not least» machen wir sie darauf aufmerksam, wie spannend und menschlich faszinierend all diese Familiengeschichten sind, wie wir täglich Neues erfahren und von den verschiedenen Familien lernen (denn keine ist gleich). Wir weisen sie darauf hin, wie viele Interventionsmöglichkeiten sich bieten für unser therapeutisches Vorgehen. Kein Film, kein Theater ist so spannend und so herausfordernd wie die menschliche Wirklichkeit dieser Familiengeschichten.