

Dr.med. Ursula Davatz

26.01.2023

Neues in der Schizophrenie und ADHS Behandlung

[Audio](#)

Prof. Marc Walter (00:00)

Liebe Kollegen es freut mich sehr, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu dieser Weiterbildung der PDAG, am Donnerstag Nachmittag wie immer wieder ein ganz großes Vergnügen. Man sieht auch schon an dem Andrang hier vor Ort, aber auch online, dass wir heute einen wichtigen Gast bei uns haben, die Frau Dr. Ursula Davatz. Liebe Ursula, es freut mich außerordentlich, dass du die Einladung angenommen hast und einen Vortrag heute halten wirst. Ich habe schon gesagt, ich werde ein paar Sätze zu ihr sagen und sie wird nachher auch noch ein paar Sätze zu sich selber sagen. Frau Davatz hat mir gesagt, sie ist in Koblenz aufgewachsen. Ich dachte Koblenz ist recht weit, aber es ist natürlich Koblenz im Aargau. Sie kommt aus dem Aargau. Sie ist sehr bekannt, sehr gut vernetzt hier im ganzen Kanton. Sie hat, das hat mich wiederum gefreut, Universität in Basel, Humanmedizin studiert und danach viele Reisen gemacht, viele Aufenthalte. Aber vor allen Dingen ganz wichtig war sie in Washington DC mehrere Jahre beim Professor Murray Bowen. Er ist bekannt, einer der Mitbegründer der Familientherapie. Und das ist auch etwas, was dich, finde ich, sehr auszeichnet, wenn ich das so sagen darf, aus unseren Gesprächen, die wir bislang hatten, also sie eine außerordentliche gute Familientherapeutin, vom vom Gefühl her, vom systemischen Denken, von deiner Erfahrung. Und du hast auch wirklich eine Ausbildung bei einer der besten Familientherapeuten genossen, die es gibt, denke ich Ende der 70er Jahre, als auch gerade das natürlich sehr en vogue war, in Mode war und sehr forciert worden ist. Und du bist dann zurückgekommen und das ist für uns alle auch sehr interessant in die PDAG und du hast 1980, glaube ich, gestartet in der PDAG und hast dann bald auch so wie es sich vorzustellen ist, geleitet, den Sozialpsychiatrischen Dienst der PDAG, ab 1980 dann wieder bei uns, sag ich mal gewesen, nachher hast du eine Praxis eröffnet in Baden, die ich auch schon kennenlernen durfte und in Zürich und bist ab letzten Jahr mehrheitlich in Zürich. Frau Davatz ist bekannt durch ihre öffentlichen Auftritte, durch die bekannten Weiterbildungen, aber auch Kooperationen, die sie hat und durch ihre Bücher, die sehr lesenswert sind. ADHS und Schizophrenie Du hast auch einige mitgebracht, die man sich sicher nachher anschauen kann und ich freue mich auch gerade das ADHS und Schizophrenie, dass du auch heute zu diesem Thema sprichst: "Neues in der Behandlung von ADHS und Schizophrenie". Vielen Dank, liebe Ursula, dass du gekommen bist und ich bin sehr gespannt auf deinen Vortrag. Noch ganz kurz sie hat keine Folien. Es ist dann schon fast wieder modern.

Dr.med. Ursula Davatz (02:52)

Danke.

Prof. Marc Walter (02:55)

Du hast das Wort.

Dr.med. Ursula Davatz (02:56)

Ganz herzlichen Dank für die freundliche Einführung. Ich habe mich sehr gefreut, hierher zu kommen. Es ist für mich fast etwas nostalgisch. Ich bin extra den alten Weg abgefahren, den ich während 19 Jahren jeden Morgen gefahren bin. Also es ist etwas Emotionales. Ich habe mich gefragt, wie kann ich Ihnen, meinem Publikum in anderthalb Stunden meine über 40-jährige Erfahrung in der Psychiatrie möglichst effizient und effektiv rüberbringen? Ich weiß es nicht. Ich kann und ich will sie vor allen Dingen neugierig machen. Denn lernen muss man in der Psychiatrie. Die, die Mediziner, die wissen alles und können nichts. Die Chirurgen, die können alles und wissen nichts. Die Pathologen, die wissen alles. Aber es ist zu spät. Und die Psychiater. Und das hat mir ein Chirurg gesagt. Die Psychiater wissen nichts und können nichts. Und was habe ich ihm darauf geantwortet? Sie lernen dafür jeden Tag. Und so ist es. Wir müssen jeden Tag lernen von unseren Patienten. Das nur zur kurzen Einleitung. Jetzt noch etwas zu meiner Person.

Dr.med. Ursula Davatz (04:25)

Ja, ich bin aus dem Aargau. Ich habe Medizin studiert, mit der Absicht, Psychiatrie zu machen. Also, ich wollte immer Psychiatrie machen. Ich wurde aufmerksam auf die Schizophrenie und das ADHS, weil ich schon sehr früh noch in meiner medizinischen Karriere gewisse Ähnlichkeiten festgestellt haben. Das hat mich so etwas ja angeregt. Ich habe diesen Fokus nie mehr losgelassen während meiner ganzen Erfahrung. Deshalb bin ich zuerst nach Lausanne zu Professor Müller, um dort über Schizophrenie zu lernen. Er galt damals als einer der Spezialisten, und ich war fünf Jahre in Amerika von 75 bis 80 und habe dort bei Murray Bowen Familientherapie gelernt. Und er war eben auch bekannt als Schizophrenie Spezialist. Er hat die bekannte Studie gemacht am NIMH, wo er Familien, das heißt Vater, Mutter und schizophrener Kind, hospitalisiert hat und zum Teil über ein Jahr, anderthalb Jahre beobachtet. Und die Leute, die mit beobachtet haben, Virginia Satir war auch darunter, die durften kein einziges Fachwort verwenden, sie durften nur beschreiben, was sie sehen. Und indem man beschreibt, was man sieht, lernt man eher und man wiederholt nicht einfach die Dinge, die man schon im Kopf hat. Und das war die Absicht Murray Bowen. Seither hat mich dieser systemische Ansatz auch nicht mehr losgelassen. Ich habe sämtliche meine Patienten, Psychiatriepatienten, auch psychosomatische Patienten, habe ich immer mit dem systemischen Ansatz behandelt. Und ich habe all meinen Assistenzärzten, die bei mir durchgelaufen sind, habe ich systemisch ausgebildet. Alle Supervisionen waren systemisch. Also ich habe den systemischen Ansatz wirklich konsequent immer zur Anwendung gebracht. Ich habe da meine Bücher mitgebracht, ein erstes Erstlingswerk, das habe ich noch in Amerika auf Englisch geschrieben. Dann etwas über Drogen und dann ADHS und Schizophrenie. An diesem Buch habe ich 17 Jahre gearbeitet. Ich habe begonnen, in Moskau also nur von Hand zu schreiben. Doch der Titel lautet ja "Neues in der Schizophrenie und ADHS Behandlung". Und da stellt sich jetzt die Frage, Was ist denn da so neu? Und an sich ist die Systemtherapie nichts Neues. Aber was unterschiedlich ist, ist die Systemtherapie kontrastiert sich sehr stark zum medizinischen Modell. Ich habe auch neun Monate am Dingleton Hospita in Schottland gearbeitet und da wurde ich als Ärztin immer kritisiert mit dem Medical Modell und das ist wieder Medical Modell und das war absolut out, das durfte man nicht verwenden.

Aber was ist der Unterschied? In der Medizin fokussiert man an erster Stelle auf das Krankheitsbild. Auf das Krankheitsbild innerhalb eines Organs. Man schaut vielleicht noch im Organ, was da alles abläuft. Und in der Psychiatrie ist das Organ natürlich das Gehirn. Die Psychiatrie. Wurde ja auch abgeleitet aus der Neurologie. Und Freud hat dann gemerkt, man kann nicht nur die Hirnstrukturen anschauen, man muss auch anschauen, was der Patient erinnert, was er für Geschichten hat etc. etc. Aber das medizinische Modell ist doch sehr stark auf die Symptome ausgerichtet und das ist aus meiner Sicht ein ganz großes Handicap in der Psychiatrie. Ich habe gerade heute wieder eine Patientin gehabt, das kann ich dann nachher noch bringen. Der systemische Ansatz, der fokussiert nicht auf das Symptom. Wenn wir eine Krankheitsgeschichte aufnehmen als Systemiker oder ich als Systemikerin, dann nehme ich immer ein Drei-Generationen-System auf. Ich habe das nicht aufgezeichnet. Die Genetiker haben das früher gemacht, also Großeltern, Eltern und Kinder. Und dann wird nicht nach den Symptomen geschaut, sondern nach den Beziehungsmustern. Also die Interaktion innerhalb des Familiensystems. Und da gibt es natürlich alle Arten von Interaktionen, die zeichnet man sich dann auch etwas auf bildlich. Und erst ganz am Schluss, in der letzten Stunde, komme ich zum Symptom und ich versuche, das Symptom immer zu interpretieren auf dem Hintergrund des Kontextes. Ich habe jahrelang auch für Ivan Boszormenyi-Nagy, das ist ein Ungare, der aber in Philadelphia war und Familientherapeut ist. Für den habe ich übersetzt immer von Englisch auf Deutsch und Deutsch auf Englisch. Dann hat man den Ablauf immer zweimal mitbekommen. Das war sehr hilfreich, weil man dann besser darüber nachdenken kann. Also in diesem Sinne schaue ich immer die Beziehungen an, die Beziehungsmuster und versuche dann innerhalb der Beziehungsmuster, ich sage jetzt ein Reset zu machen, das heißt, ich schaue, wo die Beziehungen stocken, nicht richtig fließen, nicht richtig laufen. Und versuche dann dort anzusetzen. Ich versuche also, das Umfeld des Patienten neu zu gestalten und nicht den Patienten. Ich verwende sicher auch Medikamente, wenn das notwendig ist. Aber die Hauptarbeit ist im Beziehungsfeld.

Dr.med. Ursula Davatz (10:42)

Bei kranken Kindern zum Beispiel. Ich behandle Familien mit Babys bis große Kinder. Ich habe zum Teil viele Familien über Jahre hinweg beobachtet und sehe natürlich, wie es sich dann entwickelt. Zum Teil sind sie wieder gekommen. Zum Teil habe ich sie lange nicht mehr gesehen. Aber ich habe quasi immer eine Beobachtung des Drei-Generationen-Systems. Wenn ich sogenannten kranke, also psychiatrisch kranke Kinder behandle, dann arbeite ich eigentlich immer mit den Eltern. Ich versuche den Eltern eine Handhabung zu geben, wie sie mit ihrem sogenannten kranken Kind besser umgehen können. Mein Lehrer Murray Bowen war sehr streng. Er hat gesagt, ich sehe das Kind nie, ich will das nie sehen. Ich arbeite nur mit den Eltern. So streng bin ich nicht. Die Eltern dürfen ihre Kinder mitbringen. Es hilft mir auch, je nachdem, wenn ich sehe, wie die Eltern mit dem Kind interagieren und kann dann auch wieder Ideen anbringen. Die Eltern sehen auch, wie ich mit dem Kind interagiere und lernen in dem Sinne etwas von mir. Aber prinzipiell, wenn jemand mit einem kranken Kind sich bei mir meldet, sage ich immer Ich will zuerst die Eltern sehen.

Dr.med. Ursula Davatz (12:06)

Und ich sehe dann die Eltern alleine. Denn dann können die ihr Herz ausschütten und sagen, was sie da alles bewegt. Wenn sie wollen, dass ich das Kind auch sehe, dann sehe ich das auch. Und je nachdem schaue ich dann, ob ich das Kind alleine sehe. Also wenn es ein schizophreses Kind ist, in der Pubertät oder schon 20, je nachdem, sage ich, ich will es alleine sehen und die Eltern alleine. Aber ich sehe sie auch zusammen. Und ich kann in beiden Settings arbeiten. Ich versuch also quasi das Feld umzugestalten. Und wenn wir da ein schönes Wort verwenden wollen aus der Wissenschaft; Ich weiss nicht, ob irgendjemand von ihnen den Rupert Sheldrake kennt, der redet ja von morphogenetischen Feldern. Ich sage, über die Familientherapie versuche ich dann die morphogenetischen Felder etwas zu ändern, so dass die Interaktion, die Beziehungen besser laufen, gesünder laufen und der sogenannt kranke Mensch, dass der sich ganz normal entwickeln kann. Es geht also nie um Symptombekämpfung, es geht immer um natürliche Entwicklung. Also ich will das Feld so umgestalten, dass eine natürliche Entwicklung wieder möglich ist.

Dr.med. Ursula Davatz (13:31)

Wenn Eltern nicht vorhanden sind oder schon gestorben sind, dann sehe ich die Patienten, also die erwachsenen Patienten. Und dann habe ich zum Teil natürlich eine gewisse Funktion, dass ich so wie ein Vater gewisse Grenzen setze oder Ratschläge gebe oder, wie eine Mutter sie etwas begleite. Da habe ich dann verschiedene Rollen. Oft muss ich auch herhalten für die Teenager, also erwachsene Teenager, die ihre Pubertät dann noch an mir abreagieren. Und das muss ich natürlich ertragen. Aber schlussendlich kommt es nicht schlecht raus. Ich darf das nicht persönlich nehmen. Ich muss ja einfach sehen, dass die da noch etwas pubertieren müssen. Interessanterweise findet das vernetzte Denken und das systemische Denken jetzt auch immer mehr in der Wissenschaft statt. Und früher hatte man die Vorstellung in der Genetik, da ein Gen und dort ein Ausdruck. Und wenn man die Genetik genauer anschaut, da kommen immer mehr wissenschaftliche Dinge heraus, dann wird da, dann ist das alles viel vernetzter und der neue Begriff ist die Epigenetik. Also man denkt dort in der Wissenschaft auch eher systemisch. Die vermehrte Beschäftigung zwischen; also es kommen ja immer wieder so Moden raus, also die vermehrte Beschäftigung in der Medizin mit Gehirn und Darm. Also man macht ja jetzt schon Darm Impfungen, damit das Gehirn dann anders ist. Ich als Psychiaterin sag natürlich, ich versuche eher das Gehirn zu beeinflussen, dass dann der Darm anders funktioniert und ein anderes Biom entsteht. Aber jeder macht das, was er kann. Und alles in unserem Körper, in unserem Gehirn ist ja eine Wechselwirkung. Noch etwas Allgemeines wieder, der Mensch ist kein Einzelwesen. Der Mensch ist ein soziales Wesen, das heißt, er hat zwar gewisse Veranlagungen, aber über die Interaktion mit seinem Umfeld wird er ganz stark geprägt, und zwar nicht nur in den ersten drei Jahren, sondern lebenslänglich. Und aus diesem Grund schaue ich ja auch immer drei Generationen an. Doch jetzt können Sie sich fragen: Was hat das zu tun mit ADHS und Schizophrenie? Ich denke eben, die systemische Betrachtungsweise, die systemische Denkweise ist enorm wichtig und auch Leute, die in systemischer Therapie ausgebildet sind, aber vorher Einzeltherapie gelernt haben, die fallen immer wieder zurück in das Einzelne und in die Symptombetrachtung.

Dr.med. Ursula Davatz (16:38)

Und darum habe ich das auch an den Anfang gestellt. Jetzt zum ADHS. Ich habe ADHS. Ich kam zum Ersten Mal in Kontakt mit ADHS als ein Kinderarzt als ich in Samedan war auf inneren Medizin, der hat über das sogenannte Frühkindliche POS referiert. Dann hat er erzählt, wie sensibel diese sind. Und da habe ich gesagt "Ah", die Schizophrenen sind doch auch sensibel. Und dort habe ich zum Ersten Mal einen Link gemacht zwischen ADHS und Schizophrenie. ADHS ist aus meiner Sicht und das ist mein Credo, nein, meine Überzeugung, ist keine Krankheit. Für die Krankenkasse müssen wir es sagen, damit es bezahlt wird. Aber die meisten haben ja sowieso eine zusätzliche andere Diagnose. ADHS ist aus meiner Sicht keine Krankheit, sondern ein Neurotyp. Ich kann sagen ein Genotyp, ein Neurotyp und dann ein Persönlichkeitstyp. Und ich sag das ADHS, ist eher der extrovertierte Persönlichkeitstyp. Das ADS ist der introvertierte Persönlichkeitstyp. Dieser Persönlichkeitstyp hat Vor- und Nachteile. Ich zähle natürlich zuerst die Vorteile auf. Die Vorteile sind: dieser Persönlichkeitstyp hat eine breite Aufmerksamkeit. Denen entgeht nichts. Wenn sie in einen Raum reinkommen, sehen die gerade alles, riechen alles, empfinden alles. Zum Wahrnehmen ist das gut. Aber wenn Sie dem Lehrer zuhören sollten. Dann fokussieren sie nicht gut. Insbesondere, wenn der Lehrer nicht sehr interessant ist. Falls es irgendwelche ADHSler darunter hat, muss ich schauen, dass es interessant bleibt, damit sie fokussiert bleiben können. Die weitere Eigenschaft, eine weitere wichtige Eigenschaft ist die hohe Sensitivität. Das heißt, sie sind sehr sensibel. Und das ist mir eben damals ins Auge gestochen. Sie reagieren stärker auf Reize und das können Reize aus allen Bereichen sein. Das kann der Ton sein, die Emotionalität, das können Gewürze sein, also Geschmacksreize, Gehörreize etc. Und wenn sie stark auf die Reize reagieren, dann entweder ziehen sie sich zurück, also die ADSler ziehen sich zurück und die ADHSler, die werden eher aggressiv und da redet man dann von einem System Overload. Also man sagt, die haben keine Filterfunktion, die lassen alles rein und werden durch das sehr schnell überfordert.

Dr.med. Ursula Davatz (19:33)

Also eben System overload. Eugen Bleuler hat selber schon festgestellt und das ist ein Zitat von ihm. Er hat gesagt, die Schizophrenie Patienten, die merken vieles, das wir Normotypen gar nicht wahrnehmen. Und das ist diese sensible Wahrnehmung, die kann auditive oder auch visuell sein. Also die nehmen differenzierter wahr und wenn man differenzierter wahrnimmt, wird man auch schneller überfordert, überladen. Und dann gibt es eben dann den Zusammenbruch. Auf medizinisch-psychiatrisch ausgedrückt haben die eine Störung, also Aufmerksamkeitsstörung. Aber ich sag breite Aufmerksamkeit. Wenn Sie interessiert sind, an etwas. Also wenn Sie Ihren Fokus gefunden haben, dann sind Sie hyperfokussiert. Und Einstein war vermutlich ein ADS Kind. Er ist in die gleiche Schule gegangen wie ich in die Kantonsschule. Den wollte man aus der Schule werfen. Er hat schlechte Noten in den Sprachen gehabt, war hochbegabt in der Physik. Rechnen konnte er auch nicht so gut hat mir mal jemand erzählt. Er hat immer jemand gehabt, der für ihn gerechnet hat, aber er hat den Zusammenhang gut gesehen, das System, der hat auch systemisch gedacht. Und man sagt, er habe bis zum fünften Jahr nicht geredet, dafür immer beobachtet, beobachtet, beobachtet. Wenn die ADSler überfordert werden, ziehen sie die zurück. Und der

extremste Zustand des Rückzuges ist der Autismus, also dass sie in eine autistische, in einen autistischen Zustand sich zurückziehen. Und der Begriff des Autismus wurde ja an sich in der Erwachsenenpsychiatrie geprägt, die ganz zurückgezogen Schizophrenen und später hat man es auch für die Kinder verwendet. Es ist ein enorm starkes Rückzugsverhalten. Hingegen, bei ADHSler, wenn sie überfordert werden, wenn ihnen etwas in die Quere kommt, dann werden die eher aggressiv, aggressiv bis zum Punkt, dass sie dreinschlagen etc.. In den Gefängnissen findet man 30 %, ich würde sagen mehr ADHSler unter den Männern. Ich habe lange in einer Kommission gearbeitet, in der Strafvollzugskommission, und ich bin acht Jahre auf die Aargau gegangen, um dort zu beraten. Und ja, der Carlos ist natürlich eines dieser typischen Beispiele von ADHS mit Aggressivität. Heutzutage, also vor 40 Jahren hat man noch von POS, also Frühkindlichem POS gesprochen.

Dr.med. Ursula Davatz (22:41)

Der Kinderpsychiater im Kanton Aargau hat gesagt, Psychopathologie ohne Signifikanz, also man hat das geleugnet. Die Erwachsenen haben sowieso nicht davon gesprochen. Man hat gesagt, das wächst sich aus, das ist dann weg. Heutzutage weiss man, dass es genetisch vererbt ist, in Familien läuft und von dort her sich überhaupt nicht auswächst. Aber die gut zurechtkommen, die lernen, mit ihrem Neurotyp umzugehen. Und das hängt natürlich von ihrer Umgebung ab. Es hängt von ihrer Erziehung ab, von ihren Lehrern ab, ob die gut durchkommen. Wenn sie Pech haben, dann entwickeln sie alle mögliche Krankheiten, Störungen, psychische und auch körperliche. Da gibt es ja jetzt die Genome Wide Association Studies (GWAS). Die haben bis jetzt, ich bin nicht auf dem letzten Stand. Die haben fünf psychiatrische Diagnosen untersucht. Die haben Schizophrenie, schwere Depression, Manisch depressiv, Autismus und ADHS. Und dann hat man sich gefragt. Wie kommt es, dass die so ähnliche Genetik haben? Und ich habe gesagt, ja ist klar, es ist das ADHS. Die Grundgenetik und alles andere sind Folgekrankheiten.

Dr.med. Ursula Davatz (24:04)

Das ist meine Überzeugung. Ich schaue es natürlich immer an in meinem Drei-Generationen-Genogramm. Und wenn ich höre, der Großvater war ein Jähzorniger, weiß ich nicht was Schmied oder Bauer und dann das Enkelkind bekommt dann die Diagnose ADHS. Ich sehe auch oft, Großeltern hatten eine Schizophrenie. Und später dann, in der dritten Generation, kommt dann das ADHS heraus. In Fachjournalen wird jetzt immer mehr über ADHS geredet. Es ist in allen Zeitungen. Es wird viel diagnostiziert, aber dann kommt immer wieder nur das Medical Model zum Zug. Man gibt Medikamente, die kann man geben, die können auch hilfreich sein, aber sie sind nur ein kleiner Teil der Behandlung. Und wichtig wäre, dass man das Umfeld berät und dem Umfeld beibringt, die Dos and Don'ts und alles, was man machen kann, was was hilfreich ist und was man gar nicht darf. Und zum Beispiel Nein sagen darf man gar nicht. Also wenn man einem ADHS Kind nein sagt, dann ist man schlecht dran. Man darf sagen ich will es so aber nicht, das darfst du nicht.

Dr.med. Ursula Davatz (25:24)

Jetzt komme ich zur Schizophrenie. Wie gesagt, ich habe mich von Anfang an. Seitdem ich Psychiatrie gelernt habe, habe ich mich für Schizophrenie interessiert. Das war für mich die interessanteste und natürlich spannendste und auch geheimnisvollste Krankheit. Man redet bei der Schizophrenie vor allen Dingen im Englisch, von einer kognitiven Störung, weil die Wahrnehmung und die kognitive Verarbeitung verzerrt ist. Also die haben den Verstand verloren, und das sticht natürlich ins Auge. Aber die Ursache ist nicht, dass man keinen Verstand hat. Die Ursache ist emotional. Und in diesem Sinne habe ich in meinem Buch auch geschrieben ADHS und Schizophrenie und dann die emotionale Monsterwelle. Also die kognitive Störung wird ausgelöst durch eine überwältigende Aktivierung des limbischen Systems des Mittelhirns. Und wenn das limbische System über erregt ist, also eine Monsterwelle, das limbische System, das läuft ja zirkulär, das kann sich aufschaukeln. Wenn das zu sehr aufgeschaukelt ist, dann gibt es Botschaften nach unten, ins Stammhirn, dann können die nicht mehr schlafen. Allenfalls sind sie hyperaktiv und stören alles und noch mehr hyperaktiv als die ADHS Kinder. Und dann gehen Signale, also Impulse, ins Großhirn. Und wenn da zu viele Impulse ins Großhirn gehen, dann wird das Große überflutet. Und dann passiert eben das System Overload. Und dann bricht die Kognition zusammen. An sich ähnlich wie beim Computer. Wenn man zu viele Fenster gleichzeitig öffnet, dann bricht der Computer zusammen. Dann muss man den Stecker ziehen und alles wieder neu starten. Und das passiert bei der Schizophrenie. Bei allen Studien, die gemacht wurden, Heinz Häfner war einer, da hat man herausgefunden, die sind schon fünf Jahre vorher so an der Kippe zum ganz psychotisch werden. Und da treten dann häufig Zwangshandlungen auf. Also vor der akuten Psychose treten Zwangshandlungen auf und die sind dazu gedacht. Das ist natürlich nicht bewusst gesteuert. Die fangen die Übererregung des limbischen Systems auf. Aber irgendwann mal reicht das nicht mehr aus und dann bricht das kognitive System zusammen. Medikamentös behandelt man die Schizophrenie dann mit Anti-Dopaminika, also mit Neuroleptika. Das heißt, man bremst die Dopamine herunter, denn es ist zu viel davon und die bewirken, dass das Großhirn nicht mehr richtig funktioniert.

Dr.med. Ursula Davatz (28:45)

Die leichte Ablenkbarkeit des ADHS, die kann mit dem Stimulanzien gebremst werden. Im Stress fokussieren wir auch besser. Es sei denn, der Stress ist zu stark und dann verlieren wir ganz den Kopf. Heutzutage habe ich, gehört und auch Fälle gehabt, wird bei Kindern einerseits Ritalin gegeben, also gegen/für das ADHS und andererseits gibt man ihnen auch Neuroleptika. Und an sich sind das zwei gegenläufige Behandlungen. Und ich würde sagen, man muss eher dem Kind helfen, das Umfeld so zu strukturieren, dass es fokussieren kann, dass es nicht zu viel abgelenkt wird und keine Neuroleptika geben, also die Stimulationen vermindern. Und es passiert auch, dass wenn man Menschen mit ADHS Ritalin gibt, dass die dann, wenn sie zu hyperig schon sind und dann nehmen sie Ritalin, dann gehen sie über den Berg und dann drehen sie ganz durch. Dann kann man auch eine Amphetamin Psychose ohne Weiteres auslösen. Und ja, da muss man ausbalancieren und ich würde das eine Medikament ganz weglassen und schauen, wie ich das Umfeld gestalten kann, dass es ruhiger ist, dass sich das System wieder beruhigen kann.

Dr.med. Ursula Davatz (30:21)

Wenn ich da weiter eingehe, was ist dann die systemische Behandlung von ADHS? Und eigentlich habe ich schon gesagt, ich tue immer die Eltern beraten. Also ich lass mir beschreiben, was die Eltern am meisten stört. Über was sie sich am meisten aufregen. Dann versuche ich den Eltern Tipps zu geben, wie sie mit dem Kind geschickter umgehen können. Ich sage jetzt adäquater, erfolgreicher umgehen können, so dass zwischen Kind und Eltern nicht dauernd eine Eskalation passiert. Ich kann natürlich nicht gleich am Anfang alles sagen. Ich muss mir das zuerst schildern lassen und so nach und nach meine Grundsätze reinbringen. Ich habe schon gesagt, ein wichtiger Grundsatz, ADHS Kinder darf man nicht mit Nein erziehen. Man darf ihnen sagen Ich will "so" und nicht "so nicht". Und man muss ADHS Kinder immer in die Kooperation reinholen, in die Entscheidungen mit reinholen. Denn ADHS Kinder sind dickköpfig. Sie wollen selber bestimmen. Und wenn man diese Selbstbestimmung verwenden kann, dann funktioniert es gut. Technisch ausgedrückt Sie sind intrinsisch motiviert und nicht extrinsisch.

Dr.med. Ursula Davatz (31:53)

Und das Intrinsische, mit dem muss man arbeiten können. Wenn man Ihnen genügend Raum lässt, dass Sie selber Ihren Fokus finden, Ihre Persönlichkeit leben können, dann können Sie sich recht gut entwickeln. Das heißt nicht, dass man einfach alles laufen lässt. Man darf gewisse Grenzen setzen, gewisse Regeln. Sie brauchen sogar Regeln. Also manche ADHS Kinder sagen: "Das ist mir zu unstrukturiert". Ich habe jetzt eine Junge und er sagt: "Die Kunstschule ist mir zu unstrukturiert, da weiß ich gar nicht, an was ich mich halten soll. Ich habe lieber eine gewisse Struktur". Wenn die Struktur aber mit Druck aufgesetzt wird, dann geht es wieder nicht. Also die Struktur darf ein Rahmen sein, aber nicht mit Druck aufsetzen. Da verwende ich dann immer den Satz, wenn die Eltern ungeduldig sind, den Bauernspruch: "Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht". Also wenn die unglücklich sind, dass die Kinder sich nicht schnell genug entwickeln, dann sage ich: "Lasst mal Zeit". Und man sagt allgemein ADHS Kinder entwickeln sich etwas später, also die werden etwas später Erwachsenen und später reif.

Dr.med. Ursula Davatz (33:07)

Aber das ist okay. Das muss man zulassen. Wenn ich mit Erwachsenen mit ADHS arbeite, dann muss ich denen helfen, dass sie sich selbst erziehen. Ich verwende keine Verhaltenstherapie. Es gibt natürlich gewisse Konzepte oder Prinzipien, die man schon verwenden kann. Aber ich erziehe sie nie nach allgemeinen Regeln, also nicht einfach nur Beruhigung oder wie soll ich sagen, allgemeine Fokussierung. Ich versuche, dass das Therapieprogramm immer individuell auf sie und Ihre Geschichte auszurichten. Als ich schaue, wie Sie geprägt wurden in Ihrem Familiensystem, was die wunden Punkte waren. Und dann versuche ich, das etwas zu ändern. Da ich ja systemische Therapie in drei Generationen verwende, gebe ich den erwachsenen ADHS Menschen dann auch den Auftrag, mit ihren Eltern nochmal sich auseinanderzusetzen und zwar auf erwachsene Art und das heißt sie dürfen nicht die Eltern verändern wollen. Sie müssen auch nicht sich verändern. Sie müssen den Gegensätzen in der Familie begegnen, aushalten, für sich einstehen. Also nicht vom Gegenüber, von der Mutter oder vom

Vater erwarten, dass die einen versteht als Tochter oder Sohn, sondern für sich hinstehen und die Unterschiede stehen lassen.

Dr.med. Ursula Davatz (34:47)

Erwachsenen Menschen, speziell Frauen, muss ich oft auch helfen, dass sie ihren eigenen Fokus finden. Also Frauen sind anders als Männer, die sind viel mehr gewohnt, sich anzupassen. Wir müssen das beim Kinder aufziehen und wir machen es auch im Beruf. Und bei Frauen trifft man dann oft an, dass sie vor lauter Empathie und Anpassungsfähigkeit sich an die an ihr Umfeld anpassen. Wenn das Umfeld günstig ist, macht das nichts. Dann geht es. Wenn das Umfeld aber absolut konträr zu ihren Bedürfnissen ist, dann geben die sich aus, passen sich an, bis sie nicht mehr wissen, wer sie sind und dann kommt die Depression. Und die Depression, die schwere Depression ist ja auch aufgeführt unter diesen Genome Wide Association Studies (GWAS). Das sieht man bei so vielen Frauen, wie sie dann in die Depression fallen. Die Männer, die gehen eher weg. Die neue Stelle, neue Berufe, wandern aus. Es sind wahrscheinlich viele ADHSler, nach Amerika ausgewandert. Man sieht es zum Teil auch an der Handschrift. Also die haben nicht so schöne Handschriften wie wir, sie pflegen es auch nicht so.

Dr.med. Ursula Davatz (36:01)

Aber ich denke, da ist eine gewisse Selektion passiert. Man sagt auch im Mittelmeerraum gibt es mehr ADHSler, und das war wahrscheinlich opportun. Denn die Fähigkeit des ADHS, sofort alles wahrzunehmen, war sicher sehr hilfreich beim Handel. Und das Mittelmeer war ja ein riesiger Handelsraum. Und da haben sich die gut vermehrt, gut fortgepflanzt. So viel zur Therapie der ADHSler. Da könnte man natürlich noch viel sagen. Ich sage eben, die ADHSler müssen sich dann selbst erziehen. Wenn wir als therapeutische Person mit ADHS Erwachsenen zu tun haben, dürfen wir nicht erziehen, nur Beziehung pflegen. Und eine Folgekrankheit ist auch Borderline Persönlichkeitstyp. Und ich sage die Schizophrenen sind maligne Pubertierende und die Borderliner sind professionell Pubertierende. Das heißt, die bringen uns immer in Not.

Dr.med. Ursula Davatz (37:22)

Was mache ich? Wie therapiere ich die Schizophrenie? Da mache ich so wie Murray Bowen. Also, ich lade immer die Eltern ein. Ich lasse mir von den Eltern schildern, was sie am meisten stört. Die typische Konstellation ist die über-engagierte Mutter und der distanzierte Vater. Der kann in der Arbeit sehr erfolgreich sein. Aber mit seinem Kind hat er nicht mehr so viel zu tun oder weiß nicht wie umgehen mit denen. Und die Mütter beklagen sich dann über den abwesenden Vater. Viele scheiden auch. ADHS Familien haben sowieso mehr Scheidungen. Und wenn der Vater dann doch etwas macht, dann sagen die Mütter aber nicht so. Also die Mütter wollen oft, dass der Vater eine verlängerte, ein verlängerter Arm oder eine rechte Hand der Mutter ist. Aber das funktioniert natürlich nicht. Der Vater hat eine andere Rolle. Also bei den Schizophrenie-Familien, da unterstütze ich die Väter, dass die wieder den Mut haben, mit dem schizophrenen Kind zu interagieren und sich nicht einfach in Abwesenheit begeben. Und den Müttern versuche ich beizubringen, dass sie zwar den Kontakt zu ihrem Kind

behalten, aber dass sie nicht, wie soll ich sagen, nicht immer alle Verantwortung für ihr leidendes Kind übernehmen. Nicht mitleiden, ist natürlich sehr schwierig und nicht zu manipulieren versuchen. Und ich habe eine Gruppe von Angehörigen von Schizophreniekranken, die ich seit 1982 führe. Und da lasse ich die Mütter dann jeweils schildern, wie sie ihrem kranken Kind etwas sagen. Und da achte ich ganz genau auf die Sprache. Da hat es irgendwelche Wörter dazwischen. "Könntest du nicht" "vielleicht" oder "ja eben". Also so kleine Füllwörter, die immer Kritik ausstrahlen und die versuche ich alle rauszunehmen. Und wenn die Mütter bereit sind, da mitzumachen und sich zu verändern, dann kann man tatsächlich auch eine gute Entwicklung beim Kind sehen. Es sind natürlich alles erwachsene Kinder. Wkenn ich mit den Patienten selbst arbeite, mit den Schizophrenie Patienten und mit den ADHS erwachsenen Patienten, dann bin ich ein Gegenüber, dass ihnen zuhört, die Meinung äußert, Ideen abgibt. Aber der Patient selbst muss dann immer selbst entscheiden und ich entscheide nicht für ihn. Also ich kann nicht bevormunden, ich sollte nicht bevormunden.

Dr.med. Ursula Davatz (40:40)

Und ich muss den Leuten helfen, ihren Fokus zu finden. Das wäre so ein kurzer Abriss über meine Arbeit und an sich hätte ich es sehr gerne, wenn sie mir Fragen stellen oder Kontroversen aufbringen, damit wir noch etwas diskutieren können. Aber zum Abschluss bringe ich noch ein Zitat von Einstein: "Not Everything that counts is countable and not everything countable counts". Also nicht alles was zählt, kann man zählen, also mit Statistik erfassen und nicht alles, was zählbar ist, zählt. Und die Medizin, die, wie soll ich sagen, die bietet sich mich immer an, an die Naturwissenschaften. Aber ich denke, die Psychiatrie ist da nicht geeignet. Und wenn wir nur Statistiken machen und sogenannte Best Practices, die heißt das schöne Zeug, Evidence based Medicine, das funktioniert in der Regel nicht, denn das ist ein Durchschnitt und sagt nichts aus über das Individuum. Und ich denke, wenn wir in der Psychiatrie arbeiten, müssen wir immer die individuelle Situation, das Individuum, die individuellen Eigenschaften, die eigenen Eigenschaften und dann die Interaktion und wie wir aufeinander wirken, in Betracht ziehen und mit dem arbeiten.

Dr.med. Ursula Davatz (42:21)

Also nirgends arbeitet man so stark mit der Beziehung wie in der Psychiatrie. Und von dort her möchte ich sie aufmuntern, zwischenmenschliche, schädliche Beziehungen innerhalb des Familiensystems und auch natürlich zwischen sich und dem Patienten wahrzunehmen und dann diese zu ändern. Und die Prävention wäre natürlich, dass man möglichst früh das Umfeld berät, sodass diese pathologischen Interaktionen schon gar nicht entstehen. Und ich bin überzeugt, da könnte man viele psychiatrische Krankheiten schon im Kern verhindern. Das wäre so mein Credo. Und jetzt möchte ich Sie auffordern, mir Fragen zu stellen.

Bemerkung 1 (43:14)

Sie haben vorhin die Kombination von zwei Medikamenten erwähnt. Ein Neuroleptikum und noch ein Medikament. Was war das für ein Neuroleptikum? War das ein sedierendes oder ein starker B2 Blocker?

Dr.med. Ursula Davatz (43:32)

Was mir heutzutage begegnet, ist nicht immer Risperdal. Man hat Ritalin gegeben und Risperdal. Früher hat man den Kindern, die unruhig waren, hat man auch Melleril gegeben, also auch ein Neuroleptikum. ADHS Kinder sind ja unruhig. Die sind hyperaktiv und da hat man sie auch schon sediert.

Bemerkung 1 (44:04)

Sehr erstaunlich.

Dr.med. Ursula Davatz (44:05)

Ja, es ist erstaunlich, aber es wird gemacht. Ja, ja, ist gegenläufig. Ja, und meine Methode wäre eher das Kind so zu strukturieren, dass sich das Kind beruhigt und helfen zu fokussieren, dass es sich nicht so fest ablenkt.

Bemerkung 1 (44:23)

Also weder das eine noch das andere.

Dr.med. Ursula Davatz (44:25)

Ja, ja, beide weg, speziell bei den Kindern. Ja. Ja, auf jeden Fall. Und da rede ich mit Schulen usw. Also ich berate da auch Schulen und Lehrer, wo es geht. Aber die Schule ist häufig nicht sehr verständlich diesen Kindern gegenüber. Klar, die haben auch viele Aufträge, die haben zu wenig Lehrer usw. Es ist schwierig, aber ich versuch mein Möglichstes. Wer hat noch ne Frage? Habe ich sie alle eingeschlafert?

Bemerkung 2 (45:10)

Suchterkrankung wie Kokain und ADHS kommt das auch vor?

Dr.med. Ursula Davatz (45:19)

Also, die Frage ist Kokain und ADHS. Das überschneidet sich. Also, man sagt allgemein, dass kommen jetzt Statistiken raus. Menschen mit ADHS neigen mehr zu Drogensucht. Und sie beginnen ja oft mit Haschisch, also mit Cannabis. Und Cannabis hat eine beruhigende Wirkung. Und ADHSler sagen dann auch Ich kann mich besser auf die Prüfung vorbereiten. Ich bin dann ruhiger und ich habe weniger Angst. Aber Haschisch macht auch, dass man weniger gut denken kann. Das Kurzzeitgedächtnis wird verschlechtert, man lernt nicht so gut etc.. Kokain wirkt natürlich wie ein Stimulans. Und von dort her gibt es viele ADHSler, die auch Kokain nehmen, im Sinne von sich steigern, also ähnlich wie Amphetamin. Und man redet ja auch von Sensation Seeking. Die brauchen immer einen Prickel, etwas Interessantes, es wird ihnen schnell langweilig, wenn es gleichförmig ist, interessiert nicht mehr. Und da passt dann das Kokain dazu. Dann kann man Kokain nehmen, dann wird man psychotisch oder aufgedreht und dann wieder Heroin zum Beruhigen. Und wenn das Heroin abgesetzt wird, dann kommt dann die Psychose raus.

Dr.med. Ursula Davatz (46:42)

Viele, viele ADHSler konsumieren Drogen. Das ist oft kombiniert. Also Suchtpatienten haben häufig ein ADHS. Da hat ja Monika Riedinger ein Buch geschrieben, wo sie das aufzeigt.

Bemerkung 3 (47:04)

Es gibt einen Elefanten im Raum, den niemanden erwähnt. Ich muss bei schwerer Schizophrenie Neuroleptika verschreiben. Sonst klappt es nicht. Sie sagen weg mit den Medikamenten hin zur systemischer Arbeit. Ich kann bei meinem Patienten nicht einfach das Depot absetzen. Da hätte ich sehr grosse Bedenken bis hin zur Angst. Ich will keinen Fehler machen. So habe ich meine Erfahrung gesammelt.

Dr.med. Ursula Davatz (48:37)

Ja, also in Amerika habe ich auch noch gelernt. Depot-Neuroleptika soll man geben, da muss man weniger geben, als wenn es per oral gegeben wird. Das ist an sich ein gutes Argument. Die Adhärenz ist ja bei den Psychotikern nicht so gut. Ich persönlich, ich gebe auch Neuroleptika, ich habe Patienten, die haben lange Neuroleptika. Die wehren sich immer gegen die Depots, denn wenn die Depots bekommen, dann ist das fremdbestimmt und die wollen ja sich eigentlich selber bestimmen. Ich habe ja gesagt, intrinsisch motiviert. Und ich bring all meinen Patienten bei, dass sie selber die Medikamente nehmen müssen. Und ich sag sogar, wenn sie merken, dass es schlechter geht, dürfen sie raufgehen. Viele setzen einfach ab, dann machen sie halt wieder einen Rückfall. Dann schaue ich immer was hat zum Rückfall geführt. Ich habe einige Patienten, die haben X Rückfälle gehabt. Ich schaue jedes Mal an, was war denn da? Und meistens ist vorne dran noch Stress. Es ist nicht nur das Absetzen der Medikamente, aber wenn Stress ist, also Beziehungsabbruch, Scheidung oder Stelle verloren usw. und dann noch Medikamente weg und dann geht nichts mehr. Und ich bring eigentlich allen bei, die Medikamente selber zu nehmen. Und was ich auch immer sage, ich sag nur keine Medikamente nehmen bringt's nicht. Sie müssen ihren Fokus finden, Sie müssen wissen, was sie wollen, Sie müssen das verfolgen. Sie müssen Ihr Hirn verwenden, um einen Weg zu gehen und nicht um sich gegen alles zu wehren. Und alles ist schlecht. Und wenn Sie nur zu Hause rumliegen und warten, bis die große Erleuchtung kommt, dann brauchen wir die Neuroleptika. Also ich versuche sie zu animieren, dass sie ihr Leben in die Hand nehmen, Verantwortung nehmen, also eben nicht maligne Pubertierende sind. Und je besser sie ihr Leben in die Hand nehmen, umso weniger Medikamente brauchen sie. Und manche können es dann sogar ganz absetzen.

Bemerkung 3 (50:54)

Also in dem Punkt gebe ich Ihnen recht mit diesem Sätzen, was Sie sagen, das ist sicher das Ziel.

Dr.med. Ursula Davatz (51:01)

Ja, und ich fang halt meistens mit dem schon an. Ich habe einen Chronischen, der dann nimmt ganz minim 2,5 Milligramm Zyprexa. Er ist immer psychotisch, aber war nie mehr hospitalisiert, während der letzten 20 Jahre, nie mehr.

Bemerkung 4 (51:18)
Was macht er?

Dr.med. Ursula Davatz (51:24)

Der hat früher da im Garten gearbeitet. Er geht in die Tagesklinik oder Tageszentrum. Er hat keine Arbeit, er hat IV Rente, aber er lebt.

Bemerkung 4 (51:33)

Ja, wir leben alle, aber er sollte auch funktionieren. Das ist doch der Sinn der Langzeittherapie.

Dr.med. Ursula Davatz (51:57)

Theoretisch ist das schon richtig, aber ich kann keinen, Ich kann keinen Menschen, ich mach's nicht, vergewaltigen, dass er Medikamente nimmt, wenn er es einfach nicht will. Also da ist dann immer die Diskussion zwischen Juristen und Psychiatern, also Gesundheit versus Freiheit. Da bin ich wahrscheinlich dann mehr Jurist. Also ich lass ihm die Freiheit und wenn er nicht gefährlich ist und einigermaßen durchkommt, er denkt komisch, also er denkt, sein Nachbar würde ihn da immer bedrohen, aber er macht nichts. Und früher hatten die Sekretärinnen Angst, wenn ich in die Ferien gegangen bin, dann kam der so etwas aufgewühlt, aber hat nie was gemacht. Es ist immer ein abwägen und sie dürfen es anders machen. Also ich mach so, wie es zu meiner Ethik passt. Ich habe einige Anorektikerinnen, Psychatriepatienten gehabt, die sehr abgemagert sind und da könnte man die auch per FU einliefern und per Sonde ernähren. Ich kann das nicht, ich mach das nicht. Irgendwie geht's gegen meine Ethik.

Prof. Marc Walter (53:15)

Nicht, dass es hier so falsch verstanden wird, weil du hast es ja radikal ausgebreitet und gesagt mit dem medizinischen System im Ansatz, und das finde ich, hast du wunderbar dargelegt. Jetzt ist es natürlich so, dass ganz viele von uns hier auch noch nicht so lange in der Psychiatrie sind und dann ist natürlich das medizinische System, so nenne ich das mal, einfach erstmal zu lernen. Ja, und das andere kommt auch mit der Erfahrung, wenn man ganz viele Patienten gesehen hat. Natürlich würde ich sagen, wenn jemand in FU kommt und psychotisch ist, ja, dann reichen 2,5 mg Zyprexa er mal nicht. Dann würde man mal sagen, jetzt wird erst mal so dosiert, dass ein bisschen Ruhe ins System kommt.

Dr.med. Ursula Davatz (53:58)

Genau. Genau.

Prof. Marc Walter (54:00)

Aber tatsächlich ambulant und diese Sichtweise, fasziniert schon auf eine Art. Du sagst man arbeitet mit dem System. Geht es nicht auch darum, ein bisschen zu reduzieren? In der Dosis? Auf Dauer? Das wissen wir alles selbst, hast Du toll auch berichtet. Die Symptome sind nicht alles.

Dr.med. Ursula Davatz (54:20)

Nein.

Prof. Marc Walter (54:21)

Es gibt viele, die dauernd Stimmung haben, die auch sehr gut funktionieren, über andere Systeme, wenn sie jahrelang beobachtet werden, wie sie draußen, draußen leben. Wir sehen den Fokus natürlich von der Akutphase.

Dr.med. Ursula Davatz (54:38)

In der Akutphase da gebe ich auch höher dosierte Neuroleptika. Da sag ich jetzt muss ich den Patienten runterfahren. Ich muss ihn zuerst mal beruhigen. Aber das ist der Anfang und dann kommt die Arbeit. Und ja, wenn sich Patienten wahnsinnig gegen die Medikamente wehren. Dann predige ich nicht. Sie müssen sie nehmen. Aber man kann anderer Ansicht sein.

Bemerkung 5 (55:15)

Ist es nicht eher so, dass ADHSler auf Kokain mit einer Beruhigung reagieren? Also dass die Patienten und Patientinnen dann auch konzentrierter sind und das Kokain als Medikament nutzen?

Dr.med. Ursula Davatz (55:40)

Darf ich darauf antworten?

Bemerkung 5 (55:44)

Darf ich das Nächste noch vorlesen? Die Depot-Medikation ist bei vielen Patienten mit einem viel besseren Outcome belegt, das Relapse-Risiko ist deutlich vermindert. Ehrlich gesagt, finde ich das Plädoyer für eigenverantwortliche Medikation äußerst gefährlich. Man kann den Patienten für eine Depot-Medikation motivieren, in dem man das nicht Einnehmen wollen von Medikamenten als etwas total menschlich normales ansieht. Und man dem Patienten ganz klar die Kosten-Nutzen-Rechnung präsentieren muss. Viele Patienten sind dankbar für eine Depot-Medikation, wie auch Langzeitpatienten mit schlechter Adhärenz.

Dr.med. Ursula Davatz (56:43)

Ich red zuerst über die Depotmedikation. Ich habe jetzt einen Patienten, der bekam in Königfelden Depot-Medikation. Und die Mutter war ganz dagegen. Ich habe gesagt, ich lass jetzt das, denn das ist ein sehr schwieriges System. Und er würde wahrscheinlich die Medikamente nicht nehmen. Und ich komm gar nicht an den Patienten ran. Da steht immer die Mutter dazwischen und von dorthier lass ich das jetzt. Ich habe es reduziert und die Mutter hat auch immer wieder gefragt: muss man das nicht jetzt ganz wegnehmen? Kann er nicht Tabletten nehmen? Da sage ich jetzt Nein, ich lass die Spritze. Aber wenn ich eine individuelle Beziehung zu einem Patienten habe, dann höre ich immer; ich habe eine Frau, der wurde auch Depot-Medikation gegeben, die hat jetzt eine andere Beziehung, die läuft viel besser. Ich habe wieder umgestellt auf peroral und sie nimmt sehr wenig. Wenn ich so eine gute individuelle Beziehung habe mit dem Patienten, dann will ich denen wirklich beibringen, dass die das selber nehmen und sie lernen es auch irgendwann einmal. Klar, die Statistik sagt,

wenn man Depot-Medikation gibt, dann gibt es weniger Rückfälle. Aber das sind alles Statistiken von Patienten, die nicht alle einen ganz persönlichen Therapeuten hatten. Also ich weiß es nicht, aber ich denke, und von dort her, wenn ich mit jemand arbeite, dann mache ich es lieber so, denn ich bevormunden nicht gerne und die Depotmedikation wird eben oft als Bevormundung aufgenommen. Bei dem einen, den ich habe, der wird sowieso von seiner Mutter bevormundet und von dorther lass ich es jetzt vorderhand mal. Also ich behaupte, wenn ich eine persönliche Beziehung habe, dann mache ich es nicht mit Depot, denn über das Depot bestimme ich über ihn. Und ich will ja, dass er selbst über sich bestimmt. Und ich will, dass er lernt, selbst über sich bestimmen. Was das Kokain anbetrifft. Ja, das stimmt. Kokain hat eine ähnliche Wirkung wie Amphetamine. Und von dort her? Es hat eine stimulierende Wirkung. Und von dort her kann Kokain bei ADHS Patienten ähnlich wie Ritalin wirken. Und sicher gibt es solche, die es auf diese Art und Weise verwenden. Also, da bin ich einverstanden.

Prof. Marc Walter (01:00:08)

Die Frage mit der Evidence Based Medicine, weil wir so schön auch dialektisch diskutieren, ich finde dein Ansatz wirklich sehr interessant und könnte mir aber vorstellen, dass wenn wir grundlegend etwas lernen. Die Evidence Based Medicine, also was an die Hand gibt, wo man so Standards hat, Kriterien hat und Wissen hat, das man sich leicht aneignen kann. Und dort auch dann verwenden. Der Vorteil ist, glaube ich, dass so was in diese Satanic Panic, was wir jetzt auch in den Medien hatten, dass wir sagen, wenn wir jetzt Evidence Based Medicine machen, dann wissen wir, dass wir keinen Humbug machen. Es gibt ja auch bei den Therapeutinnen Menschen, die sehr gut geeignet sind, Therapie zu machen. Und es gibt welche, auch wenn sie ganz gut gelernt haben, es nicht so gut können, wie die im Beruf auch. Evidence Based haben wir mehr Möglichkeiten, Qualitätskriterien zu lehren, die angewandt werden, wo sagen muss da kann man es zumindest nicht total verkehrt machen. Die Gefahr sehe ich ein bisschen darin, dass wenn alle nicht so begabte Therapeutinnen, wie du, einfach das machen was sie denken, dann kommen diese merkwürdigen Auswüchse, die wir jetzt auch in den Medien haben, eher zu Tage.

Dr.med. Ursula Davatz (01:01:23)

Ja, das geht nicht. Ja, ja, das ist gut. Guter Einwurf. Auf jeden Fall. Ja, ich meine, ich bin auch durch eine lange Schule gegangen. Und ich habe lange gelernt, immer das System besser zu verstehen. Und in der Psychiatrie kommen natürlich viele Glaubenssätze rein. Und wenn man dann nur mit seinem Glaubenssatz und Zeugen Jehova oder so, dann funktioniert es nicht. Und ich muss immer wieder lernen, so wie das Sokratische Lernen. Ich muss von meinen Patienten lernen, ich muss gut beobachten, ich muss überlegen. Die sogenannte Evidence Based Medicine und alle diese Studien, die jetzt rauskommen, die geben mir zum Teil sehr recht. Also ich sage ja, das ist wahrscheinlich so, ich habe das erlebt. Also meine Studie ist in meinem Kopf, also mein Computer. Ich sammle da alle Daten und vergleiche. Und dann sage ich, ich habe auch gesagt, ADHS und Schizophrenie, das hat einen Zusammenhang und jetzt kommt immer mehr raus, es kommt genetisch raus etc. Also von dort her muss ich dann gar nichts machen. Also doch, ich habe ja gearbeitet, aber ich muss keine Studie

machen und die statistischen Studien geben mir dann zum Teil recht und da freue ich mich natürlich.

Dr.med. Ursula Davatz (01:02:55)

Aber stimmt über diese Statistiken, man hat man eine gewisse Richtlinie und wenn man sich an die hält, ist nichts ganz falsch. Und das ist immer gut. Aber ich hatte heute eine Patientin, bei der hat man gesagt ADHS und die ist durch viele Spitäler durch gegangen, zu Ärzten gegangen, eine Frau voll verzweifelt, man hat die einfach nur ah ADHS Concerta, Schluss. Und die ist so verzweifelt, so enttäuscht von den Ärzten und Ärztinnen, dass die jetzt sagt: Ja, es hat alles keinen Sinn. Und ich musste ihr sagen, sie haben ein gutes Gemüt, sie sind ein fröhlicher Charakter, sie haben viel durchgestanden, das andere nicht durchstehen würden. Aber jetzt müssen wir noch ihren Fokus finden, also sie begleiten. Die hat zum Beispiel gesagt, die wollen mich gar nicht mehr, die können gar nichts anfangen mit mir. Und die war in verschiedenen psychiatrischen Kliniken, bei verschiedenen Psychiatern. Die wollen nicht, die wissen nicht, was mit ihnen war. Und wenn man nicht genau in die Schublade passt, dann wird es schwierig.

Dr.med. Ursula Davatz (01:04:11)

Und da setze ich dann gerne an.

Bemerkung 6 (01:04:18)

Wenn Sie den Fokus erwähnen, meinen Sie den Fokus der Behandlung?

Dr.med. Ursula Davatz (01:04:32)

Aha. Was meine ich mit Fokus? Also, jeder Mensch ist anders und der Beruf spielt eine wichtige Rolle in unserer westlichen Gesellschaft. Und wenn ich geschaut habe, wann psychotisch, also Schizophrene dekompenziert sind, dann war vorne dran als Stressmoment entweder eine unglückliche Liebe oder ein nicht gefundener Berufsweg. Und wenn ich sage Fokus, meine ich Beruf und Berufung. Manche haben schon IV, aber die suchen dann vielleicht keine Stelle mehr. Aber ich habe einige auch wieder zurück in die Arbeitswelt gebracht, also einen Lebensfokus, einen Berufsfokus. Das meine ich ja. Was ist mir wichtig? Was liegt mir am Herzen? Letztens hatte ich die Frau des Sohnes einer früheren Patientin von mir. Und dann habe ich gefragt Wie geht's denn der? Und die war als Borderlinerin zum Teil etwas schizophran. Bei uns in der Nachtklinik hospitalisiert. Und dann hat die Frau des Sohnes gesagt. Der geht's gut, die lebt gut im Tessin und sie hat sie gerne. Also die hat sich ganz gut entwickelt. Die hat auch ihren Fokus gefunden, also Fokus im Leben.

Dr.med. Ursula Davatz (01:06:04)

Also in dem Sinne fokussiere ich nicht auf das Symptom, bleib bei dem, sondern such mit den Leuten die Berufung, ihren persönlichen Fokus. Was interessiert sie, was wollen sie machen? Ja, und die heutige? Die hat gesagt, als Kind wollte ich immer Tierärztin werden, aber sie hatte eine Legasthenie. Und dann hat sie natürlich die Resultate nicht gebracht, in der Schule. Da habe ich gesagt, vielleicht müssen sie wieder etwas in die Richtung gehen, dass sie etwas mit Tieren machen. Viele ADHSler sind gerne mit

Tieren, denn ADHSler merken auch sofort, wenn man nicht ehrlich ist. Also man kann denen gar nichts vormachen. Und sie sind sehr gerechtigkeitsorientiert. Und Tiere? Die lügen nicht. Die geben dann gleich das Feedback. Da merkt man immer, woran man ist. Die sind nicht so raffiniert wie Menschen.

Bemerkung 7 (01:07:10)

Zwangshandlung, die einer Schizophrenie vorausgeht. Ab wann ist eine Handlung auffällig? Viele junge Leute handeln für Erwachsene unlogisch und sind doch normal. Zum Beispiel das Gefühl, sich jeden Tag duschen zu müssen.

Bemerkung 7 (01:07:44)

Also unlogisch handeln ist natürlich, wie soll ich sagen. Ob man etwas als unlogisch bezeichnet oder ob man etwas als unlogisch bezeichnet oder logisch, logisch sowieso nicht logisch. Logisch ist mental und logisch ist nicht immer lebendig oder lebensstauglich. Wir halten die Logik sehr hoch, aber das Leben ist nicht immer logisch. Und wenn junge Menschen, ich würde sagen für Erwachsene unverständlich handeln, dann heißt das nicht, dass sie schizophren sind. Aber im Volksmund wird das sogar so verwendet. Also im Volksmund sagt man schnell: Der ist schizophren, da kommt überhaupt nichts raus, der benimmt sich ganz komisch. Also es wird als Schimpfwort verwendet. Ich denke, der Schizophrene, der wirklich Schizophrene, der Kranke, der handelt auf eine Art und Weise, die nicht mehr genügend auf die Realität bezogen ist, auf seine Realität. Und wenn man weiter zurückgeht, dann kann man sagen; Ich sage sogar so: ein Mensch wird schizophren, wenn eigentlich etwas in seinem Leben verrückt werden müsste. Und mit verrückt sage ich verändert werden müsste. Aber er kann das nicht, er kann es nicht verändern, sein System verändert sich auch nicht. Dann macht er eigentlich, mit dem Verrücktsein, macht er aufmerksam, dass etwas im System nicht richtig läuft. Wir sagen dann, das ist krank und der muss korrigiert werden. Und systemisch sagt man, das ganze System muss verändert werden, damit der gesund werden kann. Und wenn Systemtherapien gut laufen, dann sagen alle Eltern: Dank meinem kranken Kind habe ich so viel gelernt und sind dann sogar dankbar. Gestern hatte ich so eine Frau, die hat gesagt, wenn ich all die Schwierigkeiten mit meinen Söhnen und meinem Ex-Mann nicht gehabt hätte, hätte ich nie so viel gelernt. Und die Lehrerin. Also wenn's gut funktioniert, und so interpretieren es natürlich die Systemiker. Das kranke Familienmitglied macht eigentlich immer aufmerksam auf eine Dysfunktion im System. Und wenn es gut läuft, dann kann man die Dysfunktion korrigieren, dann wird auch der Betroffene, entwickelt sich weiter. Wenn es nicht gut läuft, dann funktioniert das System etwas krank weiter. Aber es gibt keine allgemeine Aussage über Was ist gesund, Was ist normal? Es gibt keine normale Normalität. Das ist eine Glockenkurve und für manche ist etwas noch normal, für andere halt nicht.

Bemerkung 8 (01:11:04)

Wie geht die Familienbefragung, also der systemische Ansatz? Und wie hilft mir das als Therapeut?

Dr.med. Ursula Davatz (01:11:14)

Als systemische Therapeutin frage ich immer zuerst: Was haben Sie für Geschwister? Wo sind sie positioniert in der Geschwisterrolle: Älteste, Mittlere oder was auch immer. Ich frage nach dem Beruf des Vaters, Beruf der Mutter. Ich lasse immer auch die Persönlichkeit schildern. Also, was für ein Temperament hat der Vater? Was für ein Temperament die Mutter. Und dann gehe ich noch eine Generation rauf und frage dann bei den Großeltern. Ich schau auch nach den Berufen. Anhand der Berufe sehe ich, wo die Interessen sind. Und bei einem System, da hat sie den Onkel bezeichnet als Freigeist. Ja, das ist wahrscheinlich ein ADHSler, der ist ausgewandert. Also ich lass mir da die Eigenschaften der Großeltern und der Eltern sagen und die Position im Familiensystem. Dann schaue ich natürlich an, wie die durch welche Schulen und was sie gemacht haben. Und dann schaue ich erst am Schluss. Am Ende, also in der letzten Viertelstunde, schaue ich das Symptom an. Und was ist ihre Frage an mich Was wollen Sie jetzt bearbeiten? Ich schaue immer zuerst den Kontext. Und dann frage ich natürlich nach Scheidungen, Heiraten, Kindern usw. und das in einer Stunde.

Bemerkung 9 (01:12:48)

Wird eine gesunde, nährstoffreiche Ernährung für die Behandlung bei ADHS und Schizophrenie nicht noch zu wenig beachtet?

Dr.med. Ursula Davatz (01:13:00)

Zurzeit ist man stark auf Ernährung usw. fokussiert. Ich bin auch für gesunde Ernährung. Ich versuche es zu machen, so gut wie möglich. Und Darm-Hirn-Rückkoppelung wird sehr fokussiert. Ich denke, das ist absolut okay. Aber das reicht nicht. Ich habe eine Schizophrene, die schreibt mir immer, wie die gesunde Ernährung wichtig wäre. Und nur das und nur das. Jetzt hat sie ungefähr ein Jahr oder zwei hat sie das geschrieben und jetzt schreibt sie: Ich habe es herausgefunden. Stress ist schlecht und man muss den Leuten beibringen, wie sie mit Stress umgehen. Und sie hat auch weiter gesagt, man hat mich nie in Ruhe gelassen. Man hat immer auf mich eingeredet, meine Eltern haben auf mich eingeredet. Und ja, alle Therapeuten haben auf mich eingeredet. Aber mir hat sie vorgeworfen, ich hätte nicht genügend gesagt, was sie machen soll. Also sie hat an mir ihre Pubertät ausgelassen, aber jetzt wird es langsam ruhiger und jetzt sagt sie Stress und zu viel Einfluss von aussen. Also man hat sie nicht genügend in Ruhe gelassen. Bei ADHS Kindern ist die Tendenz da, dass man immer auf sie einwirkt, um sie zu Normotypen zu machen. Und das geht nicht. Ich sage dann auch Gene kann man nicht erziehen, die sind so, wie sie sind. Und die Auswirkung ist so, man muss lernen, damit umgehen. Und als Kind, also die Eltern müssen mit dem Kind lernen umzugehen und als Erwachsener muss der lernen, mit sich umzugehen. Das wäre dann eben die Selbsterziehung.

Bemerkung 10 (01:15:03)

Haben Sie das Gefühl, dass ADHS und ADS genug diagnostiziert werden? In der Psychiatrie, wird diese Diagnose genug oft gefunden? Die Diagnose wird oft in einer Spezialsprechstunde gestellt. Und ist es nicht unausweichlich?

Dr.med. Ursula Davatz (01:15:32)

Sagen sie, die Diagnose des ADHS wird nicht genug gestellt? Wenn man so etwas hinschaut, also, erfahrene Psychiater sagen, 75 bis 80 % ihrer Patienten ist dahinter ein ADHS oder ADS? Und die Statistik sagt, dass jetzt auch. Umgekehrt sagt man 80% der ADHSler haben, dann redet man von Komorbidität, haben eine zusätzliche Diagnose. Und ich sage, sie haben eine Folgediagnose. Und viele Patienten sagen auch, man hat nur meine Depression angeschaut. Aber ich habe selber dann gesehen, ich habe ADHS. Aber das hat man gar nicht richtig beachtet. Und von dort her sagen Patienten eher, es wird zu wenig beachtet. Ja, die Journalisten sagen, es ist eine Modediagnose. Das stimmt nicht. In der Zeitung wird es zum Teil rumgehandelt als Modediagnose. Aber Genetik ist keine Modediagnose. Genetik ist einfach Genetik. Wahrscheinlich eher zu wenig beachtet oder zu getrennt beachtet. Ich sage dann immer der Mensch hat nur ein Gehirn. Und wenn man das ADHS etwas versteht, dann kann man auch die anderen Diagnosen besser interpretieren. Warum ist diese Person depressiv geworden? Und ich sag ja, ich habe da immer so meine Sätze. Ich sage die Depression ist einerseits eine Verliererer Erkrankung. Man verliert, wenn man falsch investiert hat. Andererseits kann man sagen, es ist der Anfang. Zur Selbstfindung also in dem man verliert, muss man wissen, ich muss ein Reset machen und dabei muss dann meistens ein Therapeut helfen.

Bemerkung 11 (01:17:43)

Ich habe eine Frage zur Zusammenarbeit ihrer Person als Psychiater mit Kunsttherapeuten oder mit Ergotherapeuten, zur Verbesserung des Systemischen, zur Heilung, der Familie, des Klienten. Wie machen Sie das?

Dr.med. Ursula Davatz (01:18:09)

Ja, Ja, ich arbeite gern mit Kunsttherapeuten. Also Kunst wird ja auch in der Psychiatrie oft verwendet für den Selbstaussdruck. Und in dem die Person Kunst machen darf, kann sie sich selber ausdrücken. Und Kunst als Selbstfindung. Von dort her finde ich Kunsttherapie etwas sehr Wichtiges. Ich arbeite mit allen zusammen, wenn Sie wollen. Ich habe auch Kunsttherapeutin in Therapie und sehe, wie die arbeiten. Ich supervidiere die auch, dann bringen sie mir ihre schwierigen Fälle und dann überlegen wir, wie man könnte mit diesen schwierigen Kindern umgehen. Ja, doch, doch, das ist natürlich interessant.

Bemerkung 11 (01:19:01)

Das ist interessant. Vielen Dank!

Dr.med. Ursula Davatz (01:19:04)

Gern geschehen.

Bemerkung 12 (01:19:12)

Ich habe eine Frage zu den medikamentösen Behandlungen bei Schizophrenie. Ich muss sagen, ich bin nicht vom Fach. Mich nimmt wunder, es ist immer das Thema der Chronifizierung der Symptome. Dass man schnell Medikamente einsetzen muss, um das möglichst klein zu halten.

Dr.med. Ursula Davatz (01:19:41)

Ja, man hat Angst vor der Chronifizierung der Symptome. Man hat natürlich Angst, wenn man nicht mit Medikamenten behandelt, chronifizieren die vielleicht eher. Das ist ein Balanceakt. Also die Neuroleptika sind Anti-Dominergika. Die haben dann auch nicht so viel Energie, um sich zu verwirklichen. Und da muss man so balancieren zwischen dass er noch genügend Energie hat, um das machen, was er eigentlich will. Aber er muss wissen, was er will. Oder man muss helfen, dass er findet, was er will. Wenn man zu viel gibt, dann ist er immer down und macht gar nichts mehr. Wenn er gar nichts nimmt, dann dekompensiert er vielleicht. Früher hat man ja gesagt bei der schizophrenen Demenz, Praecox, also die verblöden, aber die verblöden nicht so schnell. Man muss dran bleiben an der Therapie. Also man kann nicht einfach keine Medikamente geben und gar nichts machen, das bringt gar nichts. Man muss schon in Beziehung bleiben und da geht es dann immer darum, die richtige Dosis zu finden. Und früher hat man in der Akutphase, in der Klinik muss man hohe Dosen geben, damit man alles etwas runterholt. Und Erhaltungsdosis, da hat man jetzt auch Studien gemacht, die darf viel tiefer sein, als man gedacht hat. Also sicher nicht so hoch wie in der Akutphase. Und da herauszufinden, was ist die richtige Dosis, und ganz wenig ist mehr als nichts. Also da merkt man oft, dann hat jemand noch ein Milligramm Haldol gehabt und das ging gut. Dann abgesetzt und dann dekompensiert. Das ist ein Balanceakt. Ja. Ich will auch nicht, dass sie chronifizieren, aber manche tun. Aber die, die schizophren sind und zusätzlich noch Haschisch rauchen. Die, denen ihr Hirn ist am meisten abgebaut.

Bemerkung 13 (01:22:01)

Ich finde es doch ein kleines bisschen schwierig. Entschuldigung, wenn ich das jetzt sage, so möchte sie damit nicht kränken oder traurig machen. Wir sind da draußen. Aber ich finde ist teilweise auch widersprüchlich. Jetzt gerade in der Diskussion. Alles kommt auf der einen Seite fast so rüber wie bloß keine Therapie und bloß keine Neuroleptika bei ADHS und Schizophrenie, die ja sowieso nur ein ganz schweres ADHS oder Folge-ADHS ist. Auf der einen Seite fragt man dann nach und sie Sagen doch klar in einer akuten Situation würde ich doch geben und doch auch hohe Dosen. Wir haben jetzt wirklich tatsächlich offensichtlich, ich kenne sie ja auch vom sehen, verschiedene Berufsgruppen hier. Wir sehen uns dann bei der nächsten richterlichen Anhörung wegen der FU, wo genau dieses Argument hinkommt. Jetzt wollen wir noch schnell behandeln, damit es nicht zur Chronifizierungsgefahr kommt. Und da finde ich, sind wir jetzt fast bei einem zugänglichen Argumentationsstil angekommen. Es gibt auch nicht die Schizophrenie. Es gibt sehr viele unterschiedliche schizophrene Symptome. Ich möchte auch das Wort "Schizophrenie" auch wenn es von Beleuer gut gemeint war, abgeschafft wissen, weil es inzwischen ein Schimpfwort ist und meines Erachtens auch nicht an das ADHS und/oder ADS, ich bin kein ADHS Spezialist, aber ich habe vor 20 Jahren in Rakkey gelebt mit seinem Schattensyndrom. Der damals schon sagte, es gibt sicherlich 20, 30 Unterformen, die teilweise vielleicht durch den ärztlichen Blick gezwungener Weise in eine gemeinsame pathologische Endstrecke laufen, ich glaube es gibt sehr viele unterschiedliche ADHS Konstellationen, sehr viele auch psychosozialen, sicherlich auch genetische. Ich sag mal Symptome im Plural, weil wir Ärzte ja glaube ich nicht nur ein Symptom diagnostizieren, sondern unsere Aufgabe ist ja, Symptome zu

sammeln, Syndrome zu erkennen. Und wir haben es heute Abend, glaube ich, mehr als einmal den Begriff Mustererkennung gehört. An meinem Sprechstil merkt man, dass ich auch ein typischer ADHSler bin, ADHSler können schon Muster erkennen, Einstein konnte schon Muster erkennen. Marc hat nun nochmals gesagt, vorsicht, die jungen Psychiater können jetzt nicht gleich mit Systemik anfangen, sondern müssen erst noch langsam die Muster kennenlernen. Ich finde es schon auch, jetzt kommt meine Lanze, die ich für psychiatrische Symptome brechen möchte, ich finde schon auch noch wichtig, dass man sich sehr viel mit der extrem vielfältigen Vielfalt von Symptomen auseinandersetzt und bestimmte, typische Syndrom-Konstellationen im Laufe seines Lebens sich immer mehr auskennt, wie sie sagten, als Psychiater, als Psychiaterin und immer besser Symptommuster erkennt. Und wenn ich jetzt zum Beispiel an die Leonard Klassifikation erinnere, die 70 verschiedene endogene Unterformen kennen, dann wird man trotzdem, so wenn man 20 Jahre lang Psychiater ist, wird man immer wieder erstaunt sein, wie typische Symptommuster, Syndrome dort beschrieben werden und wie gut man sich dadurch auch, in Patienten einfühlen kann, in akuten Situationen einfühlen kann. Also ich finde schon, dass auch das Symptom erkennen eine große Rolle spielt, das Syndrommuster immer wieder zu erkennen, große Rolle spielt. Und man sollte, glaube ich, schlussendlich nicht vergessen, dass das Symptome beschreiben und mit den Patienten erarbeiten auch eine große Entlastung für viele Patienten darstellt und dass nicht umgekehrt der systemische Ansatz schnell umkippen kann, wenn man sich die andere Seite der Medaille, dass plötzlich Angehörige sagen Aha, via diesem systemischen Ansatz kriegen wir wieder eine Schuld zugewiesen. Der Patient selber muss sich dann selber um seine Symptome, Umwelt, Systeme etc. kümmern. Und alles irgendwie mit psychosozialen Versuchen zu bewerkstelligen ist manchmal sehr sehr entlastend, glaube ich. Wollte zu sagen, ein Großteil der Erkrankung ist einfach leider angeboren, das Schicksal. Und wenn man das dann auch ein bisschen medizinalisiert. Also ich würde nicht über-medizinalisieren, aber ich würde auch nicht zu sehr das Systemische hervorheben, weil dann alles systemisch ist, dann sind das letztendlich im Denken denke ich viel zu viele systemische Verknüpfungen, die man macht. Und wir wissen ja alle den Prototyp der psychologische Symptome nicht, zu viele zu verknüpfen, das nehmen wir dann alle Wahn oder Esoterik.

Dr.med. Ursula Davatz (01:26:52)

Ich lasse dich die Lanze brechen. Akzeptiert. Ich geb dir das Schlusswort.

Prof. Marc Walter (01:27:00)

Es ist natürlich toll. Es gibt ganz viele, die das auch ähnlich so sehen. Aber ich denke, das Schöne an unserem Beruf ist ja auch, dass es verschiedene Möglichkeiten gibt, die Sachen zu denken. Und wenn wir, sagen wir mal, nur Evidence Based Medicine machen würden oder wir machen Psychopathologie, so gibt es verschiedene Sichtweisen für die Dinge. Und ich denke, wenn wir weiterhin uns weiterbilden und State of the Art Videos anschauen oder Lehrbuchartikel lesen, das macht unser Fach ja auch aus, dass wir miteinander streiten, dass wir eine andere Auffassung haben, dass wir andere Denkmodelle haben. Ursula hat uns heute eine andere Sichtweise präsentiert. Das ist für mich und ich denke auch für ganz viele von euch ja hilfreich ein anderes Denken zu lernen. Wir haben schon viel zu sehr vergessen, was es heisst

miteinander auch kontrovers zu diskutieren. Es wird immer alles so ein Brei und es wird alles so runter gelernt und dann weiss man das und dann macht man eine Prüfung und geht in die Welt heraus; dass es vielleicht auch noch andere Sichtweisen gibt, da finde ich hast Du uns allen sehr viel mitgegeben und dein Votum, Du bist ja auch sehr erfahren in diesem Bereich der Psychopathologie und der Psychosebehandlung. Das zeigt ja auch, dass dies unterschiedliche Vorstellungen sind und die haben alle ihren Platz. Deswegen ist es ja auch so breit wenn wir Psychiatrie machen, Psychologie machen, mit dem komplexen menschlichen Hirn und der Persönlichkeit.

Dr.med. Ursula Davatz (01:28:59)

Vielleicht darf ich noch etwas darauf sagen. Also die Psychiatrie ist ja aus der Neurologie entstanden. Und in letzter Zeit habe ich mich auch wieder etwas mit der Neurologie befasst. Die Neurologen müssen beobachten und zum Teil finde ich die Neurologen beobachten besser. In der Psychiatrie haben wir Konzepte und wir wenden die Konzepte an auf unsere Patienten. Und es gibt Patienten, die sagen ich habe der Ärztin das erzählt, was sie hören wollte. Und wenn ich sage Mustererkennung usw. das systemisch, ich meine die Kunst des Beobachtens und Beschreibens. Und da gehören die Symptome natürlich dazu. Ich analysiere die für mich auch immer mehr genau. Ich versuche die zu verstehen, intellektuell, und woher kommt es wohl? Also ich denke, es ist wichtig, dass wir immer wieder gut beobachten und da gehören die Symptome dazu.

Bemerkung 14 (01:30:05)

Die alten Griechen hatten auch die Affektenlehre!

Dr.med. Ursula Davatz (01:30:22)

Ich lasse den Punkt, vielen Dank.