

LEADING OPINIONS

2/2017

www.universimed.com

Neurologie & Psychiatrie

PSYCHIATRIE | Seite 26

Adoleszentenphase: Prozessbegleitung statt Emotionsunterdrückung

SCHWERPUNKT | ab Seite 6

Schlaganfall: ANIM 2017



Prozessbegleitung statt Emotionsunterdrückung in der Adoleszentenphase

Siebzig Prozent aller psychiatrischen Krankheiten nehmen in der vulnerablen Reifungsperiode der Adoleszenz ihren Anfang. Die Adoleszenz ist somit ein wichtiger Weichensteller in der Entwicklungsgeschichte eines Menschen. Psychiatrische Krankheiten verursachen bis zum 40. Lebensjahr über fünfzig Prozent der gesamten Gesundheitskosten. Die Gesundheitspolitik ist deshalb aufgerufen, diese menschliche Entwicklungsphase im Hinblick auf eine effizientere Behandlung und eine nachhaltige Prävention genauer unter die Lupe zu nehmen.

Adoleszenz, eine natürliche Entwicklungskrise

Die Adoleszenz ist eine prägende Entwicklungsphase für den Menschen, die nicht nur beim Homo sapiens, sondern auch bei sämtlichen Säugetieren kommt. In dieser Phase wechselt der Status eines abhängigen Kindes oder Jungtiers in die Autonomie eines ausgereiften erwachsenen Individuums. Während diesem Übergang finden Ablösungskonflikte zwischen den beiden Generationen statt, welche

wichtig sind für die Persönlichkeitsbildung und beim Menschen über mehrere Jahre andauern können. Es ist ein Entwicklungsprozess, der die sexuelle Reifung sowie eine substanzielle Umstrukturierung des Gehirns beinhaltet. Die Gehirnstrukturen werden umgebaut, die Zellzahl reduziert und neue effizientere Netzwerke aufgebaut. Das Gehirn als soziales Organ befindet sich während diesem Umbruchprozess jedoch nicht in einem Vakuum, sondern unter dem steten Einfluss seines sozialen Umfeldes. In einem epigenetischen Prozess

fügt es relevante emotionale und kognitive Erfahrungen als Lernprozess in seine Strukturen mit ein. Das Umfeld kann sich während dieser Phase somit sowohl positiv als auch negativ auf die Entwicklung des Gehirns und die Persönlichkeitsbildung auswirken. Erziehungsstile sowie emotionales Familienklima können zu den genetisch bestimmten Neurotypen der Jugendlichen optimal passen und die Persönlichkeitsentwicklung entsprechend fördern. Es kann aber auch ein ausgesprochener «mismatch» zwischen Erziehern und Neurotyp

der Jugendlichen bestehen. Unter solchen Umständen sind die Ablösungskonflikte zwischen den Generationen persönlichkeits schädigend und können in psychische Krankheiten übergehen.

ADHS und ADS als vulnerable Neurotypen

Das ADHS und das ADS sind bis heute die einzigen Persönlichkeitstypen – wir bezeichnen sie in der Folge auch als Neurotypen –, die anerkannterweise als genetisch vererbt angesehen werden. Das ADHS repräsentiert dabei den extravertierten, das ADS den introvertierten Persönlichkeitstyp. Menschen mit ADHS oder ADS sind sowohl in der Kindheit, aber vor allem auch während der Adoleszenz besonders auf eine persönlichkeitsgerechte Handhabung angewiesen, will man verhindern, dass sich in dieser Zeit eine Fehlentwicklung anbahnt und sich in der Folge eine psychische Krankheit entwickelt, die im Erwachsenenalter bestehen bleibt. Die Tatsache, dass bei 80% der Erwachsenen mit AD(H)S verschiedene Krankheitsbilder diagnostiziert werden, kann kein statistischer Zufall sein und sollte uns genauer hinschauen lassen.

Aus meiner langjährigen Erfahrung in der Behandlung und Beobachtung von Dreigenerationen-Familien systemen habe ich das Fazit gezogen, dass sich diese psychiatrischen Krankheitsbilder aus ADHS und ADS heraus über eine ungünstige Interaktion mit dem sozialen Umfeld während der Adoleszenz als Folgekrankheiten entwickeln. Diese Annahme wird gestützt durch die Cross-Disorder-Studie, die aufgezeigt hat, dass das AD(H)S mit den Diagnosen Schizophrenie, bipolare Störung, schwere Depression und Autismus-Spektrum-Krankheit den gleichen veränderten Genlokus teilt. ADHS und ADS können somit als die genetisch vererbten Neurotypen angesehen werden, aus denen sich die übrigen vier psychiatrischen Krankheiten entwickeln. Diese Betrachtungsweise eröffnet ganz neue Erklärungsmodelle sowie erweiterte Perspektiven für die Behandlungsansätze.

Wir müssen uns fragen ...

Müssen psychische Fehlentwicklungen, die aus ADHS oder ADS in der Adoleszenz

durch ungünstige Interaktionen mit dem Umfeld entstehen, sich unbedingt im Lauf der Zeit zu psychiatrischen Krankheiten verfestigen? Gibt es nicht Möglichkeiten, um diese Fehlentwicklungen infolge schädlicher Umwelteinflüsse in der Adoleszenz durch entsprechende Beratung und Unterstützung des Familiensystems wieder auf eine gesunde Entwicklungsbahn zu lenken? Kann die entgleiste Adoleszentenphase bei Jugendlichen therapeutisch eventuell noch nachgestellt und somit eine Nachreifung gefördert werden? Lassen sich die psychischen Fehlentwicklungen und dadurch die psychiatrischen Krankheitsbilder unter veränderten familialen Umständen sogar wieder auflösen? Constantin von Monakow hat es schon 1919 in einem Artikel über Psychiatrie und Biologie auf den Punkt gebracht: «Im Bereich der seelischen Erkrankung ist jede Abnormalität die Folge einer Störung der emotionalen Entwicklung. In der Behandlung wird die Heilung dadurch erreicht, dass der Patient die Fähigkeit erlangt, seine emotionale Entwicklung an der Stelle fortzusetzen, wo sie aufgehalten worden ist.» Fast hundert Jahre später formuliere ich die gleiche Meinung, nämlich dass die betroffenen Jugendlichen in einem für sie passenden Umfeld ihre Persönlichkeit und ihr individuelles Begabungspotenzial noch zur Entfaltung bringen können.

Adoleszenz – eine Experimentierphase

Experimentieren und neue Erfahrungen sammeln sind bei allen Teenagern, aber insbesondere bei extravertierten Jugendlichen vom Typ ADHS an der Tagesordnung. Erziehende fühlen sich dann verpflichtet, die Jugendlichen möglichst rasch mit moralischen Ermahnungen an die Normen der Gesellschaft anzupassen. Sie lösen bei Adoleszenten damit jedoch nur Widerstand aus, bei Jugendlichen mit ADHS besonders aggressiven. Solche Erziehungsbemühungen, auch wenn sie noch so gut gemeint sind, führen eher zum Gegenteil als zur gewünschten Sozialisation. Sie lösen grenzüberschreitendes asoziales Verhalten geradezu aus.

Scheue, introvertierte Jugendliche vom Typ ADS, weibliche wie männliche, ziehen sich in der Pubertät bei seelischen Verletzungen aus Selbstschutz schnell zurück

und richten ihre Impulsivität vor allem nach innen in Form von Gedankenkreisen. Sie bauen sich innere Welten auf, manchmal auch Parallelwelten über das Internet. Ihr Rückzug kann bis ins Autistische gehen, was dann mit Asperger-Syndrom oder Autismus-Spektrum Krankheit bezeichnet wird, eine der vier zuvor erwähnten Krankheiten aus der Cross-Disorder-Studie. Die einzigen Bezugspersonen bleiben ihre Eltern und Geschwister, aber auch diese können oft keine Beziehung mehr zu ihnen herstellen. Je mehr sie von ihrem familialen Umfeld oder therapeutischen Fachpersonen bedrängt werden, umso mehr ziehen sie sich zurück.

Emotions- und Impulsregulation in der Adoleszenz

Eine der unerlässlichen Herausforderungen in der Adoleszenz ist das Erlernen der eigenen Emotions- und Impulskontrolle. Gemütschwankungen im Sinne von «himmelhoch jauchzend, zu Tode betrübt» sind typische Merkmale der «Weder Fisch noch Vogel»-Phase. Bei Teenagern mit dem Neurotyp ADHS oder ADS treten je nach den gegebenen erzieherischen Umständen besonders ausgeprägte emotionale Verwerfungen und Impulsdurchbrüche auf, da sie eine hohe Sensitivität und gleichzeitig eine schlechte Impulskontrolle haben, die einen nach aussen, die andern nach innen. Der emotionale Lernprozess und die verbesserte Impulskontrolle verlaufen bei diesen Jugendlichen deshalb häufig um einiges heftiger, meist auch etwas verzögert und verlängert. Manchmal können Jugendliche mit ADHS aber plötzlich auch ganz vernünftig werden und ihre impulsiven Emotionsausbrüche besser kontrollieren als zuvor, wenn sie sich auf ein wohlwollend, tragfähiges Umfeld verlassen können.

Hat das erzieherische Umfeld, seien dies Eltern oder Lehrer, den eigenen Emotionshaushalt selbst nicht ganz im Griff, was bei Eltern, die ebenfalls ein ADHS haben, häufig der Fall ist, können sich die Emotionen zwischen den beiden Generationen im Jähzorn derart aufschaukeln, dass es zu extremen Eskalationen mit seelischen und physischen Verletzungen kommen kann. Gewähren die Erwachsenen in diesen prekären Situationen den Adoleszenten gegenüber keinen «Welpenschutz»,

sondern lassen ihren eigenen Emotionen freien Lauf, sind die Jugendlichen dazu gezwungen, sich zurückzunehmen und unterzuordnen, wollen sie die Unterstützung ihrer Eltern nicht verlieren. Dieses Anpassungsmuster wählen meistens weibliche Teenager. Aggressiv zurückzuschlagen, allenfalls auch mit den Fäusten, ist ein bevorzugtes männliches Muster. Manchmal wählen Teenager, ob weiblich oder männlich, in ihrer Wut auch die Flucht und fassen den Entschluss, den Kontakt zum Elternhaus ganz abzubrechen, um sich auf eigene Faust durchzuschlagen.

Der Suizid ist ein weiterer tragischer Ausstieg aus der elterlichen Kontrolle. Jugendliche verfügen mit dieser selbstzerstörenden Demonstration ein letztes Mal über ihr Leben ganz allein. Aus sozialer Sicht betrachtet, ist der Suizid ein extrem aggressiver Befreiungsschlag gegen das einengende familiäre Umfeld, die normierte Gesellschaft sowie die ganze Welt. Laut einer Studie von Mojtabai an der Johns-Hopkins-Universität ist Suizid nach «Tod durch Unfall» die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren. Im Jahr 2014 war Tod durch Suizid bei 10- bis 14-Jährigen sogar gleich häufig wie Tod durch Verkehrsunfälle, ein äusserst bedenklicher Befund aus der Adoleszentenpsychiatrie.

Folgekrankheiten des ADHS bei Männern

Männliche Adoleszente mit ADHS entwickeln bei allzu restriktivem erzieherischen Umfeld oder bei einem unstrukturierten, chaotischen Umfeld, das ihnen kein standfestes Gegenüber bietet, häufig eine *antisoziale Persönlichkeitsstörung* mit delinquenter Verhalten, oft auch in Verbindung mit einer Suchtkrankheit.

Jacobo, ein pflegeleichtes ADHS-Kind aus erster Ehe seiner Mutter, wuchs zusammen mit seinem älteren Bruder und einem jüngeren Halbbruder auf. Sein Stiefvater, Sohn eines Polizisten, hatte restriktive Erziehungsvorstellungen. Auf Drängen der Lehrer wurde er wegen seines Störverhaltens in der Schule mit dreizehn Jahren in einem Erziehungsheim platziert. Anderthalb Jahre später stellte man ihn auf die Strasse, weil er eine homosexuelle Freundschaft mit einem anderen Jungen eingegan-

gen war. Nun liess er sich von niemandem mehr etwas vorschreiben. Er konsumierte Drogen, verdiente sich das Geld über homosexuelle Dienste und verwickelte sich in Schlägereien. Die Jugandanwaltschaft nahm ihn für anderthalb Jahre in Einzelhaft. Mit dem Erreichen der Volljährigkeit wurde er entlassen und zusammen mit seiner Familie zur ambulanten Therapie an mich überwiesen.

Schon gleich am ersten Wochenende rannte er von zu Hause weg und die Eltern riefen mich verzweifelt an. Ich riet, Ruhe zu bewahren und abzuwarten. Nach zwei Tagen kam er prompt zurück.

Mutter und Stiefvater unterstützte ich während mehreren Jahren in vielen Konfliktsituationen. Nach vielen gescheiterten beruflichen Wiedereingliederungsversuchen fand ich für Jacobo eine Lehrstelle für seinen Wunschberuf. Fünf Jahre später steht er nun kurz vor der Abschlussprüfung. Es steht aber noch immer eine Gerichtsverhandlung aus wegen verschiedener Delikte.

Folgekrankheiten des ADHS bei Frauen

Das typische Umfeld, das zu Fehlentwicklungen bei Frauen mit ADHS führt, ist ein geschwächtes, dysfunktionales Elternhaus mit einem allzu einengenden Erziehungsstil, der dem Temperament dieser jungen Frauen zu wenig Freiraum lässt. Meist wird die Erziehung auch mit emotionalem Druck und unter Vermittlung von Schuldgefühlen durchgesetzt. Infolge ihrer hohen Sensibilität geht unter solchen Umständen ihre emotionale Energie über in Autoaggressionen.

Frauen passen sich im Mädchenalter schon wegen ihrer weiblichen Hormonkonstellation sozial eher an ihr erzieherisches Umfeld an. Sie stehen vermehrt unter dem Einfluss des Kuschelhormons Oxytocin, das zu empathischem Verhalten führt. Sie zeigen ihre Impulsivität meist nicht auf aggressive Weise, da sie weniger Testosteron haben, auch wenn diese Rücksichtnahme eigentlich ihrem Temperament nicht entspricht. Mit der Anpassung nach aussen ist ihre affektive innere Auflehnung gegen das restriktive erzieherische Umfeld jedoch keineswegs gestoppt. Im Gegenteil, sie kämpfen weiter. Ihre Wut staunt sich nach innen derart auf, dass sie sich oft nur noch auf selbstschädigende Weise mit selbst zu-

gefügten körperlichen Schmerzen durch Ritzen, Schneiden oder Pulsadernaufschneiden Abhilfe schaffen können. Über Selbstverletzungen wird der unerträgliche seelische Schmerz in den Körper abgeleitet. Ein für sie typischer Ausspruch lautet deshalb: «Erst wenn das Blut fliesst, werde ich wieder ruhiger.» Magersucht und Bulimie sind weitere Formen der Selbstkasteierung und Selbstbestrafung, in welche temperamentvolle Frauen, die vom Umfeld in ihrer Impulsivität zu stark zurückgebunden werden, ausweichen können.

Das psychiatrische, aber auch das familiäre Umfeld interpretiert ihr Verhalten dann als krank, man stellt die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline. In der psychiatrischen Institution wiederholt sich, was zuvor im erzieherischen Umfeld schon abgelaufen war: Ihre angeborene Emotionalität, ihr Temperament, wird unterbunden, jetzt aber mit pharmakologischen Mitteln wie Moodstabilizern, Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquillizern. Viele Fachleute vertreten sogar die Meinung, Borderlinepatientinnen könne man gar nicht therapiieren. Wie das folgende Beispiel zeigt, trifft dies jedoch in keiner Weise zu.

Cécile, die jüngere von zwei Schwestern war ein ADHS-Kind. Ihr Vater hatte die Diagnose manisch-depressiv, ihre Mutter war eine temperamentvolle Frau. Die Eltern stritten sich häufig, sodass Cécile nach der Schule oft verängstigt nach Hause zurückkehrte. Sie fühlte sich stets verpflichtet, zwischen den Eltern zu vermitteln. Die Eltern liessen sich scheiden, als sie elf Jahre alt war.

In der Pubertät bekam Cécile Schwierigkeiten mit ihrem Mathematiklehrer und verweigerte die Schule. Auf Anraten von Fachpersonen liess die Mutter ihre Tochter in eine psychiatrische Klinik einweisen. Sie erhielt die Diagnose Borderline-Persönlichkeitsstörung. Nach dem Klinikaustritt war sie von Tranquillizern abhängig.

Cécile hatte eine riesige Wut auf ihre untauglichen Eltern und gleichzeitig unendliche Selbstzweifel und Autoaggressionen. Sie hielt ihre intensiven Emotionen oft kaum mehr aus und wollte sie mit Drogenkonsum gewaltsam abtöten. Häufig drohte sie auch mit Suizid.

Nach einigen Jahren intensivster Arbeit mit Cécile und meiner Unterstützung der alleinerziehenden Mutter – der Vater lebte

als IV-Rentner im Ausland – versöhnte sich Cécile wieder mit ihrer Mutter. Sie begann Talente zu entwickeln, die zuvor verschüttet gewesen waren, ging eine feste Beziehung ein und absolvierte eine kaufmännische Ausbildung. Als weiteren Schritt fasste sie eine Zweitausbildung im Gesundheitsbereich ins Auge.

Manche junge Frauen begeben sich aus ihrem fatalen Ablösungskonflikt heraus auch in eine neue Abhängigkeit. Psychische Probleme werden dann oft erst im mittleren Alter sichtbar, wenn sich die erhoffte Sicherheit und Freiheit als erneute Abhängigkeit herausstellt und sie sich plötzlich bewusst werden, dass sie die im Adoleszentenalter nicht vollzogene Ablösung vom Elternhaus gegen eine neue Abhängigkeit eingetauscht haben. Zu diesem Zeitpunkt können ebenfalls Folgekrankheiten wie schwere Depressionen, Angstzustände oder sogar Psychosen auftreten.

Adelheide verliess nach abgeschlossener KV-Lehre das Elternhaus, weil sie ihren jähzornigen Vater nicht mehr aushielte und zog mit ihrem Freund zusammen. Sie hatte eine gute Anstellung und bildete sich weiter auf ihrem Fachgebiet. Als ihr Freund sie nach zehn Jahren wegen einer neuen Bekanntschaft verliess, ging sie sofort wieder eine Beziehung ein – mit einem geschiedenen Mann, der zwei Kinder mitbrachte –, doch alles wurde ihr allmählich zu viel. Sie verlor ihre Stelle, arbeitete nur noch gelegentlich, um sich durchzubringen und geriet schliesslich in eine Psychose, die zu einer psychiatrischen Hospitalisation führte. Nach weiteren Klinikaufenthalten wurde sie in einer betreuten Wohngemeinschaft platziert. Ihre Beziehung war längst in Brüche gegangen.

Adelheide hatte sich nicht mit dem Elternhaus auseinandergesetzt. In der Ablösungsphase hatte sie von ihren Eltern keinen «Welpenschutz» erhalten, sodass sie sich als Teenager nicht getraute, ihre Ablösungskonflikte auszutragen. Sie war lediglich in eine andere Abhängigkeitsbeziehung «umgezogen», ohne wirklich selbstständig geworden zu sein. Im mittleren Alter entwickelte sie eine manische Psychose.

Suchtverhalten in der Pubertät

Chemische Substanzen werden nicht nur von den Fachpersonen in der Psychiatrie, sondern auch von den Jugendlichen

selbst zur Impulskontrolle und als Gefühlsregulatoren eingesetzt. Bis zu 50% der Adoleszenten haben heutzutage schon Cannabis und andere Drogen sowohl als dämpfende wie auch als gefühlssteigernde Hilfsmittel für ihre Gefühlsregulation ausprobiert. Fachpersonen bezeichnen dieses Verhalten als «Selbstmedikation». Bestehen eine emotionale Belastung in der Familie wie chronischer Ehestreit der Eltern, ein chronisch kranker Elternteil, ein krankes Geschwister oder andere schwierige Umstände, verwenden Teenager Drogen vor allem, um sich emotional abzuschotten, quasi als Schutzmechanismus gegen die belastenden äusseren Umstände. Aus der Gewohnheit heraus kann der Suchtmittelkonsum als regelmässige Konfliktlösungsstrategie dann zur Suchtkrankheit führen. Jugendliche mit ADHS neigen wegen ihrer hohen Sensitivität und ihres gleichzeitig impulsiven Temperaments besonders leicht dazu, sich in einem emotional belastenden Familienumfeld mit Drogen zu beruhigen. Cécile gehörte auch zu dieser Kategorie von gefährdeten Jugendlichen.

Eltern reagieren auf den Drogenkonsum ihrer Teenager meistens mit Verbieten. Verbote und Bestrafungen halten temperamentvolle, eigenwillige Jugendliche vom Typ ADHS aber nicht davon ab, dagegen zu verstossen und trotzdem weiter zu konsumieren. Für Eltern bieten sich Verbote jedoch geradezu als erzieherische Ausrede an, wenn sie nicht mehr weiterwissen, wie sie mit dem Widerstand ihrer Teenager umgehen und sich persönlich in den Ablösungskonflikt einlassen sollen.

Verbote von Staates wegen sind sinnvolle Rahmenbedingungen, um den Drogenkonsum im öffentlichen Raum einzuschränken. Sie sind aber kein Handbuch für Eltern, um den Umgang mit ihren Drogen konsumierenden Teenagern entwicklungsfördernd handhaben zu können. Jugendliche müssen Regeln und elterliche Vorschriften überstreiten können, damit sie herausfinden, wo sie mit ihrer Haltung stehen. Eltern können, auch wenn sie noch so besorgt sind, die Verantwortung für das Verhalten ihrer Teenager nicht mehr übernehmen, auch nicht im Bereich der Gesundheit, was ihnen meist schwerfällt. Eltern wie Fachleute müssen sich mit Drogen konsumierenden Jugendlichen immer wieder auf Augenhöhe persönlich ausein-

andersetzen. Verbieten und Bestrafen bringen keinen Fortschritt in der Persönlichkeitsentwicklung. Die Entwicklung dieser jungen Menschen zu fördern heisst Verantwortung abgeben, damit sie eigene Verantwortung übernehmen und allmählich autonom werden können.

Schizophrenie – eine Folgekrankheit von ADS und ADHS

Schizophrenie und bipolare Störung sind zwei weitere gefürchtete Krankheiten, die in 80% in der Adoleszenz ihren Anfang nehmen. Laut Aussage von Eltern haben Jugendliche, die später an Schizophrenie erkrankten, oft gar keine Pubertät durchgemacht. Während der Adoleszenzphase waren sie stets angepasst und rebellierten kaum. Erst in der ersten schizophrenen oder manischen Phase sprengten sie plötzlich ihre Fesseln, um anschliessend in eine Depression zu verfallen, reuig zu werden und sich schamvoll zurückzuziehen.

Adoleszente, die eine Schizophrenie-krankheit entwickeln, gehören häufig zum introvertierten Neurotyp des ADS. Sie sind von Natur her eher scheu und gleichzeitig hochsensibel. Sie überlegen viel, bevor sie sich auf etwas einlassen. Ihre Impulsivität geht vor allem nach innen in Form von Gedanken- und Gefühlswälzeri. Da sie vor neuen Situationen eher Angst haben, reagieren sie auf neue Herausforderungen mit Ausweichverhalten. Im Gruppenverband in der Schule fallen sie meist nicht auf. Im Gegensatz zu den Kindern vom Neurotyp des ADHS wollen sie möglichst keine Probleme verursachen. In der Adoleszenz aber werden sie – für das Umfeld unverständlich – plötzlich störrisch, wenn man etwas von ihnen fordert, das ihnen nicht entspricht. In ihrer Sicherheitszone in Bedrägnis gebracht, können sie unvermittelt ausfällig werden und sich trotzig verweigern. Ihre nach innen gerichtete emotionale Impulsivität kann sich zu diesem Zeitpunkt so stark aufstauen, dass sie in eine Psychose geraten.

In die Obhut einer psychiatrischen Institution abgegeben, werden sie mit Psychopharmaka behandelt, eine therapeutische Methode, die ausschliesslich auf die Symptome ausgerichtet ist. Zudem werden diese Jugendlichen als Symptomträger in

der Familie zum Projektionsobjekt für sämtliche Probleme verantwortlich gemacht. Sie selbst sehen sich nicht als krank, sondern als Sündenbock der Familie, was ja auch zutrifft. Sie fühlen sich behindert in ihrer Entscheidungsfreiheit und Selbstständigkeit, was ebenfalls eine Realität ist. Therapeutische Institutionen werden von ihnen deshalb meist nicht als Hilfe, sondern vielmehr als verlängerter Arm ihrer Eltern, als eine erneute einengende Macht wahrgenommen, gegen die sie sich mit aller Kraft zur Wehr setzen müssen. Ein typischer Ausspruch von ihnen lautet deshalb häufig: «Lasst mich doch alle endlich in Ruhe».

Dolorosa, die Ältere von zwei Mädchen, war seit ihrer Pubertät in der Entwicklung von der bipolaren Störung ihrer Grossmutter väterlicherseits beschattet. Ihre Mutter hatte grosse Angst, ihre Tochter könnte ebenfalls psychisch krank werden.

Dolorosa war ein eigensinniges Mädchen voller Kreativität. Sie wollte das Gymnasium für Kunst und Musik besuchen, was jedoch keine Option für ihre Eltern war. Nach der Matura begann sie Wirtschaft zu studieren – mit dem Ziel, möglichst schnell Geld zu verdienen, um vom elterlichen Diktat loszukommen. Doch das Studium gefiel ihr nicht. Sie wechselte das Fach und zog in eine andere Stadt. Da sie nach dem Abschluss aber keinen geeigneten Job fand, wurden ihre Eltern ungeduldig und machten ihr Vorwürfe: Es wäre doch bald an der Zeit, Geld zu verdienen. An einem Familienanlass kam es zu einer Auseinandersetzung mit ihrem Vater, die in einer Einweisung in eine psychiatrische Klinik endete. Sie erhielt die Diagnose Borderlinestörung. Bei der nächsten Klinikeinweisung stellte man die Diagnose paranoide Schizophrenie. Dolorosa war derart verzweifelt, dass sie die Sprache verlor, sie zensurierte sich nach jedem ausgesprochenen Wort.

Beim nächsten Klinikaufenthalt fühlte sie sich von ihrem Kunsttherapeuten sehr gut verstanden und aufgemuntert zu kreativer Tätigkeit. Sie fand wieder zurück zur Sprache und wollte nun kreativ arbeiten mit Kindern.

Sie äusserte sich erstmals offen kritisch zu ihrem schwierigen Verhältnis zu ihren Eltern. Zuvor war sie aus Loyalitätsgründen dazu ausserstande gewesen.

Die psychiatrischen Standardbehandlungen von Schizophreniekranken mit

Psychopharmaka dämpfen zwar die Symptome im akuten Stadium der Psychose erfolgreich. Eine ausschliesslich medikamentöse Behandlung reicht aber niemals aus, um die Persönlichkeitsentwicklung und somit das Schicksal dieser jungen Menschen erfolgreich nachhaltig zu verbessern. Auch die häufig verwendeten kognitiven Trainingsprogramme sind nicht spezifisch auf die Persönlichkeitsentwicklung der einzelnen Jugendlichen ausgerichtet. Entsprechend häufig wird die Therapie von ihnen verweigert. Vom Fachpersonal wird diese Verweigerungshaltung dann als fehlende Krankheitseinsicht bewertet. Die vom Fachpersonal geforderte Krankheitseinsicht in die diagnostischen Kriterien der Psychiatrie hilft diesen jungen Menschen jedoch nicht weiter. Es ist vielmehr das Erarbeiten eines funktionalen subjektiven Krankheitsmodells, das ihnen weiterhilft. Eine vertiefte Einsicht in ihre schwierige Lebenslage unter Mit hilfe von Fachpersonen zu erlangen, verschafft ihnen Einblick in die emotionalen Verstrickungen ihres Familiensystems und somit einen persönlichen Zugang zu ihrer Leidengeschichte.

Eltern wie Fachpersonen werden oft ungeduldig, wenn nicht schnell genug eine Besserung eintritt. «Jetzt muss unbedingt etwas geschehen, so kann es nicht weitergehen!», heisst es dann. Grundsätzlich jedoch gilt für Eltern wie auch für Fachpersonen: niemals Druck aufsetzen auf die Betroffenen und nicht erziehen wollen, sondern lediglich eine stabile Beziehung herstellen und sich mit einer klaren eigenen Position auf Augenhöhe wieder und wieder geduldig mit ihnen und ihrer ganz speziellen Persönlichkeit auseinandersetzen. Denn: «Das Gras wächst nicht schneller, auch wenn man daran zieht.»

Investition in die Prävention

Ist man daran interessiert, auf dem Gebiet der Adoleszentenpsychiatrie eine wirksamere und nachhaltigere Prävention voranzutreiben, ist Jugendlichen mit beginnenden psychischen Fehlentwicklungen und ihren Familien eine kompetente Prozessbegleitung anzubieten und nicht nur auf Symptombehandlung mit Psychopharmaka abzustellen. Psychiatrische Krankheiten stehen laut Statistik bei den

Diagnosen in der ärztlichen Praxis an erster Stelle, mit 11,5% sogar vor den Herz-Kreislauf-Krankheiten. Die Kosten für stationäre Behandlungen inklusive der psychiatrischen Hospitalisationen betragen 44,7% der gesamten Gesundheitskosten. Psychiatrische Hospitalisationen sind meist von längerer Dauer als somatische Hospitalisationen. Psychiatrische Krankheiten verursachen mit 72,6% die höchsten indirekten Kosten im Gegensatz zu Herz-Kreislauf-Krankheiten von nur 28,9%. Durch eine effektivere Behandlung in der Adoleszentenphase mit einem systemisch vernetzten Coaching des Familiensystems könnten viele psychiatrische Krankheitsentwicklungen schon in der Entstehungsphase verhindert werden.

Die Gesundheitspolitik und insbesondere die Psychiatrie sind deshalb aufgefordert, ein weit grösseres Gewicht auf die Adoleszentenpsychiatrie zu legen und bei den zuständigen Fachpersonen das systemische Know-how für Risikofamilien im Ablösungskonflikt mit ihren Teenagern zu fördern, sodass das soziale Netzwerk als Ganzes kontinuierlich über längere Zeit beratend unterstützt werden kann. Dabei kommt es nicht so sehr darauf an, ob sie der Berufsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Erwachsenenpsychiatrie, der Pädagogik oder der Justiz angehören. Das Leid, das vielen Familien durch diese Frühinterventionen erspart werden könnte, kann uns als Gesundheitsversorger und Psychiater nicht unberührt lassen. ■

Autorin:

Dr. med. Ursula Davatz
Spezialärztin FMH für Psychiatrie
und Psychotherapie
Baden und Zürich
E-Mail: sekretariat@ganglion.ch

■19

Literatur:

- Moffitt T et al: Is adult ADHD a childhood-onset neurodevelopmental disorder? Evidence from a four-decade longitudinal cohort study. Am J Psychiatr 2015; 172(10): 967-77
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium: Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. Lancet 2013; 381(9875): 1371-9 • Davatz U: ADHS und Schizophrenie. Somedia, Edition Rüegger, 2014 • Von Monakow C: Psychologie und Biologie. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1919; Band IV, Heft 1: 13-44 • Von Monakow C: Psychologie und Biologie. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1919; Band IV, Heft 2: 235-76