



„Wo ist eigentlich das Ammoniak?“

Dissoziation im Kontext der Akutpsychiatrie

Gliederung

1. Was ist eigentlich Akutpsychiatrie?
 1. Besonderheiten der Ki/Ju-Akutpsychiatrie und unserer Klinik
 2. Warum werden die immer gleich wieder entlassen?
2. Vorgehen bei unbekannten Kindern und Jugendlichen (Ki/Ju) mit dissoziativer Symptomatik
3. Vorgehen bei bekannten Ki/Ju mit dissoziativer Symptomatik
 1. Wer macht was?
 2. Exkurs: Medikation
4. Aspekte des Kinderschutzes
5. Was hat sich bei uns verändert?
 1. Konzepte vs. Alltag

1. Was ist eigentlich Akutpsychiatrie?

„aber da steht doch Krankenhaus draußen dran“

„Sie wollen die doch wohl nicht schon wieder entlassen?!“

„wo Hammer auf Amboss trifft“

„wie Notaufnahme und ITS im gleichen Zimmer“

„wie im Gefängnis“

„Hier bin ich krank, hier darf ich's sein“

„Notaufnahme für die Seele“

„Gucken Sie mal auf mein Schild, da steht Psychologin! Hier ist kein Arzt heute Nacht!“

1. Was ist eigentlich Akutpsychiatrie?

- fachlich: Teilgebiet der (Ki/Ju-)Psychiatrie, das sich psychiatrischen Notfällen widmet
 - Eigengefährdung
 - Fremdgefährdung
 - fehlende Übersichts- oder Steuerungsfähigkeit
 - hirnorganische/substanzbedingte Notfälle
- strukturell: Raum zwischen „draußen“ und Psychotherapie
- Kinderschutz: sicherer Ort
 - Begleitung von Krisen und für die Ki/Ju belastenden Ereignissen

1.1 Besonderheiten der Ki/Ju-Akutpsychiatrie und unserer Klinik

- auf den ersten Blick wenig „klinisch“
- Auch Ki/Ju haben Rechte:
 - Einwilligung in medizinische Behandlungen
 - Schweigepflicht
 - körperliche Unversehrtheit
- Wir sind keine...
 - Erziehungsanstalt
 - Kinderklinik
 - Psychotherapiestation

1.2 Warum werden die immer gleich wieder entlassen?

- Hospitalisierung
- Auch Ki/Ju haben Rechte!
- Einzugsgebiete und Kapazitäten

2. Vorgehen bei unbekannten Kindern und Jugendlichen mit dissoziativer Symptomatik

- Ankommen
 - Reorientierung
 - Informationen sammeln
- Entscheid über stationäre **Aufnahme**

falls ja:



falls nein: →

- Häuslichkeit
- andere Klinik
- Inobhutnahmestelle

- Diagnostik
 - Kennenlernen (von beiden Seiten)
 - Fremd- vs. Eigenanamnese
 - Verhaltensbeobachtung
 - psychometrische Diagnostik
 - somatische Ausschlussdiagnostik

Entlassung (jederzeit) möglich

3. Vorgehen bei bekannten Kindern und Jugendlichen mit dissoziativer Symptomatik

- Krisenintervention
 - für Sicherheit sorgen
 - Tagesstruktur, (Selbst-)fürsorge
 - schrittweise (Wieder-)Übernahme von Verantwortung
- längere Behandlung
 - aufrechterhaltende Faktoren finden und reduzieren
 - Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit unterstützen
 - Psychoedukation
 - Beginn therapeutischer Arbeit mit Fokus auf Stabilisierung, Emotionsregulation, antidissoziative Fertigkeiten
 - Funktionalität der Symptomatik

3.1 Wer macht was?

	in akuter Dissoziation	im stationären Alltag	immer
Pflege- und Erziehungsdienst (PED)	Erkennen, was passiert Begleiten/Beobachten Raum schaffen Gefährdungsaspekte einschätzen Reorientierung unterstützen Informationen weitergeben	Beziehungsaufbau Gefühle erkennen, rückmelden und koregulieren Warnzeichen erkennen und rückmelden Strategien/Interventionen auswerten	Arbeit im multiprofessionellen Team
TherapeutInnen	Reorientierung unterstützen Entscheid über Zwangsmaßnahmen (RS mit OberärztInnen)	Beziehungsaufbau Diagnostik Situationsanalysen Psychoedukation	
ÄrztInnen		psychiatrische Versorgung	
Ki/Ju	im Kontakt bleiben	Gefühle erkennen, rückmelden und regulieren Warnzeichen erkennen und rückmelden Situationsanalysen	

3.2 Exkurs: Medikation

- Dissoziation nach ICD-10: “Teilweiser oder vollständiger Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen”
 - für Medikamente schwer „erreichbar“
- Problem:
 - kein allgemein anerkanntes pathophysiologisches Modell
 - keine externe „Überprüfbarkeit“
 - insgesamt wenig belastbare Daten und wenig einheitliche Empfehlungen
- ggf. medikamentöse Therapie der Grunderkrankung (wenn indiziert)
- verschiedene Ansätze in Studien und individuellen Therapieansätzen, bspw.
 - Olanzapin
 - Naltrexon
- keine Akutmedikation
 - Ausnahme: Zwangsmaßnahmen

4. Aspekte des Kinderschutzes

- Wahren persönlicher Grenzen
 - der Ki/Ju und der Mitarbeitenden
 - körperliche Grenzen (Intimsphäre, Körperkontakt)
 - emotionale Grenzen (unterschiedliche Rollen)
 - Privatsphäre
- Schutzmechanismen
 - Einhalten von Abläufen und Hierarchien
 - Geschlechterrollen
 - Psychoedukation auch zu rechtlichen Aspekten

5. Was hat sich bei uns verändert?

- Weniger
 - Entzug von Zuwendung
 - Festhalten
 - Ammoniak
 - Medikation
- Mehr
 - Begleiten
 - Aushalten
 - An- und Ernstnehmen
 - Nachbesprechen
- Wie haben wir uns verändert?

5.1 Konzepte vs. Alltag

- Herausforderungen
 - Umgang mit „Simulation“
 - Umgang mit Aggression und Gewalt
 - lang anhaltende dissoziative Zustände
 - fehlende Bereitschaft (Ki/Ju, Umfeld, Mitarbeitende)
- Wo hilft Wissen nicht weiter?
- Die Reise beginnt mit jedem und jeder Ki/Ju immer wieder neu!
- Der Patient sagt „Ich kann nicht“;
es sieht aus wie „Ich will nicht“,
aber es ist „Ich kann nicht wollen“ (James Paget, 1873)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Wir freuen uns auf einen regen Austausch – bis später...