

mündliche Überprüfung - HPP Karlsruhe

Belinda Barth

Die Prüfung begann 15 Minuten vor meinem eigentlichen Termin, da ich schon da war und die Prüfer offensichtlich motiviert waren. Mir war das ganz recht.

Zunächst klärte mich die erste Prüferin über den Ablauf der Prüfung auf. Zuerst sollte ich über meinen Werdegang berichten und erläutern, was mich dazu bewegt hat, heute diese Überprüfung zu machen. Danach würde mir die zweite Prüferin einen Fall erzählen und ich sollte durch Nachfragen zu einer Diagnose kommen. Im Anschluss würden mir, je nach Zeitlage, noch diverse Anschlussfragen oder weitere Fragen gestellt. Insgesamt veranschlagten sie 30-45 Minuten für die Überprüfung. Ich wurde darüber informiert, dass die Überprüfung nicht aufgezeichnet würde. Man habe das vor Corona versucht, doch nun sei durch die FFP2 Masken auf den Aufnahmen nichts mehr zu verstehen.

Ich berichtete also zunächst von meinem beruflichen Werdegang: Abitur, staatlich geprüfte Logopädin, Spezialisierung in die Fachgebiete „Stimmstörungen“, „Atmung“, „Stottern“ und „Mutismus“, Überschneidungen zur Psychotherapie, Interesse für Systematische Therapie über die Therapiekonzepte „sysMut“ und „DortMut“ für selektiven Mutismus, Ausbildung an der Akademie für Psychotherapie Speyer (Systemischer Therapeut, HPP).

Dann begann die zweite Prüferin mit dem Fall:

Eine 37jährige schlanke und sportliche Frau, die vor vielen Jahren aus Russland hier nach Karlsruhe gezogen sei, kommt zu Ihnen, weil sie sich nicht mehr traue Auto zu fahren. Sie habe vor ein paar Wochen einen Autounfall gehabt - nicht schlimm, nur ein milderer Blechschaden, aber sie habe sich schon erschreckt. Nun traten bei einer folgenden Autofahrt Schwindel, Zittern und Schweißanfälle auf. Sie traue sich nicht mehr zu Auto zu fahren. Da Sie aber zur Arbeit kommen müsse, sei sie auf das Auto angewiesen. Derzeit fahre Sie höchstens als Beifahrerin bei ihrem Mann mit. Dabei habe sie so ein seltsames Gefühl, drehe sich zur Tür hin weg und erinnere sich im Nachhinein nicht, wie sie am Ziel angekommen seien.

Ich sollte nun durch Fragen eine Verdachtsdiagnose stellen. Dabei sollte ich die Prüferin wie meine Klientin behandeln.

Ich befragte Sie zunächst zu der Angstsymptomatik: Treten diese Symptome nur in Verbindung mit dem Autofahren auf, oder noch in weiteren Situationen? (N) Haben Sie diese Symptome nun schon häufiger verspürt oder erst einmal? (1x), Haben Sie

einen spezifischen Auslöser für die Angst verspürt (Objekt oder Situation)? (N),
Kennen Sie diese Symptome bereits von früher? (N), Würden Sie sich selbst eher
als ängstliche Person beschreiben? (N) Würden Sie sagen, dass zu Ihren
Symptomen auch die „Angst zu sterben“ dazugehörte? (J) > Panikattacke.

Ich sollte dann alle Angststörungen aufzählen. Außerdem bei der Agoraphobie den
Angstkreis und die negative Verstärkung der Angstsymptomatik erklären. Ich
erwähnte gleich noch die Therapiemethode Expositionstherapie und sollte noch die
systematische Desensibilisierung bei Phobien erklären. (Wie würden Sie das
GENAU machen?) Ich erläuterte dann die Stufen der systematischen
Desensibilisierung am Beispiel „Angst vor dem Autofahren“.

Dann erfragte ich weiter die dissoziativen Symptome und versuchte eine Verbindung
zu früher herzustellen. Da berichtete die Prüferin/Klientin, dass sie 10 Jahre zuvor
bereits einen Autounfall gehabt habe, bei dem Sie Beifahrerin gewesen sei. Damals
sei während eines Urlaubs ein Wagen mit hoher Geschwindigkeit in die
Beifahrerseite gerast. Dem Fahrer und ihr sei nichts passiert, allerdings sei das Auto
Schrott gewesen.

Ich fragte, wie es dem Unfallverursacher ergangen sei, um eine PTBS
auszuschließen (alles ok!). Ich fragte nach weiteren Ereignissen in der Kindheit.
Darüber wollte die Klientin nicht reden und überhaupt, hätte das mit dem jetzigen
Problem und dem Wunsch wieder Autofahren zu können, wegen dem sie ja
schließlich hier sei, nichts zu tun.

Ich erklärte daraufhin der Prüferin/Klientin, dass zwischen die Symptome und einem
Ereignis damals eine Verbindung bestehen könnte und die Symptome heute eine
Reaktivierung eines alten Gefühls sein könnten.

Daraufhin musste ich genau erläutern, wie ich der Klientin das schonend beibringen
würde (oder ob ich das so sagen würde)?

Die zweite Prüferin sagte dann, das die Klientin bei mir in der Sitzung während der
Beschreibung des früheren Unfalls immer leiser spricht, sich zur rechten Seite neigt
und schließlich ganz verstummt. Was würden Sie in diesem Fall KONKRET tun?

Ansprechen, versuchen die Klientin wieder ins Hier und Jetzt zu holen,...

Sie fragte weiter: Und WIE? WIE würden Sie das GENAU tun?

Ich würde mich auf die Klientin vorbeugen, mich auf ihre Höhe begeben, würde
meine Stimme entsprechend anpassen. (Mir fiel noch ein, dass Gabriele in der
Ausbildung gesagt hatte, dass scharfe Dinge (Menthol, Chilli) eine Dissoziation
unterbrechen können - habe mich aber nicht getraut das zu sagen.)

Daraufhin wurde ich gebeten einen Therapieplan für 10 Stunden zu beschreiben.

Donnerstag, 4. Februar 2021

Atemübungen, Entspannungsübungen (PMR), Biofeedback, Angst Externalisieren, Genogramm - Angst im System, Psychoedukation (Angstkreis), Übungen zum langsames Heranführen an Verbindung zwischen Psyche und körperlichen Symptomen.

Die zweite Prüferin wechselte daraufhin das Thema: Beschreiben Sie mir bitte die Zwangsstörung. Ich legte los mit den Kriterien nach ICD-10, erwähnte, erklärte die Entstehung von Angst, wenn Zwangshandlungen nicht ausgeführt werden können und dass viele Patienten aus Scham lange unbehandelt bleiben und im Durchschnitt erst nach 11 Jahren mit hohem Leidensdruck zur Therapie kommen. (wohlwollendes Nicken allseits). In diesem Zusammenhang zählte ich comorbide Störungen auf (Angst, Depressionen, Suizidalität). Daraufhin sprang die erste Prüferin direkt auf die Suizidalität an:

Die erste Prüferin: Sie erwähnten Suizidalität. Stellen Sie sich vor ein 45jähriger Mann kommt zu Ihnen und berichtet, er wisse nicht mehr weiter. Er habe immer wieder solche Gedanken und weiß nicht, ob er noch weiter machen könne. Welche Fragen stellen Sie dem Mann und was tun Sie?

Ich begann zu fragen: Haben Sie bereits daran gedacht sich das Leben zu nehmen? Wie würden Sie das tun? Haben Sie bereits mit jemandem davon gesprochen oder Ihre Gedanken jemandem gegenüber erwähnt? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen. Ich erläuterte, dass ich dadurch die sozialen Phasen auch Pöddinger abzuklappen versuchte.

Die Prüferin ergänzte den Fall weiter: Der Mann berichtet, dass er schon häufig auf dem Weg zur Arbeit daran gedacht habe, gegen einen Brückenpfeiler zu fahren. Dann sei alles ganz schnell vorbei. Gestern habe er das Gefühl gehabt, dass er es fast getan hätte.

Ambilvalenzphase aber akute Suizidgefahr.

Krisenintervention: Ansprechen der Suizidalität, Einbeziehen von Bezugspersonen und Freunden, Stabilisierung, Talking-Down, Sinngebung, Suizidvertrag.

Zum Suizidvertrag wurde ich dann noch genauer befragt: Was sollte GENAU drin stehen? Was könnte ich dem Patienten noch Konkret an die Hand geben, um ihm die Möglichkeit zu geben bei Suizidimpulsen handlungsfähig zu bleiben und seine Kontaktperson anzurufen? Bei dieser Frage stand ich (gefühlte) lange auf dem Schlauch, artikuliert das aber auch. Sie wollten hören, dass zum Beispiel eine Atemübung helfen könnte, den Patienten im Hier und Jetzt zu ankern.

Sie wollte daraufhin wissen, ob ich diese denn auch tatsächlich anleiten könnte? Das bejahte ich, aufgrund meiner langjährigen Erfahrung im Bereich der Atemtherapie.

Donnerstag, 4. Februar 2021

Daraufhin bedankten Sie die Prüfer und ich wurde nach draußen geschickt.

Als ich wieder hereingerufen wurde, sagte mir die erste Prüferin, dass ich meine Sache gut gemacht hätte. Ich sollte kurz beschreiben, wie ich mich gefühlt hätte.

Ich sagte, dass ich sehr aufgeregt gewesen sei und gemerkt hätte, dass in dieser Situation der Zugriff auf mein Wissen viel schwieriger gewesen sei als sonst in entspannten Situationen. Das habe mich dann noch zusätzlich verunsichert.

Sie meinten, dass man das gemerkt habe. Als ich jedoch über die Therapie gesprochen habe, habe man gemerkt, dass ich langsam angekommen sei.

Sie fragten auch, wie ich mir in Zukunft nun die Arbeit als HPP vorstellte in Verbindung mit der Logopädie.

Ich erläuterte, dass ich einer meiner Angestellten einen Teil ihrer Anstellung als Praxisleitung übergeben würde und zusätzlich noch eine One-Woman-Heilpraktiker-Praxis führen würde.

Danach hätte ich noch die Möglichkeit gehabt Fragen zu stellen, war aber wunschlos zufrieden und durfte gehen.