

## Prüfungsprotokoll mündliche Prüfung Karlsruhe, 4.2.2021

Anwesend waren Amtsärztin Frau H.... (Hobel, Dobel....), HPP Frau Winter zum Protokollieren und eine ältere Psychiaterin Dr. Färber ??... ich weiß leider die Namen- bis auf Frau Winter- die sich ein selbstgemaltes Schild hatte, nicht mehr.

Die Amtsärztin ist noch recht jung und ist wohl auch ganz neu am Landratsamt, die Psychiaterin war wohl prüfungserfahren und ebenfalls sehr freundlich. Die Heilpraktikerin hat nur Protokoll geführt, da sie über Ecke saßen an drei Tischen, hab ich sie kaum wahrgenommen. Der Raum ist relativ klein, alle drei hatten einen Spuckschutz und die FFP2 Masken mussten von Allen jederzeit getragen werden.

Sehr freundliche und zuvorkommende Prüfungsatmosphäre, erklärte erst, sie werden nur Protokoll führen, da die Tonaufnahmen leider immer so schlechte Qualität hatten.

Zuerst wollte sie mich darüber aufklären und ob ich damit einverstanden sei.

Ich sei ja schon einmal dagewesen...

Ich war schon innerlich darauf vorbereitet und sagte ganz offen, dass das ja aufgrund meiner Prüfungsängste nicht so ganz gelungen gelaufen wäre, ich aber sehr viel daran gearbeitet hätte. Anscheinend hatte die Amtsärztin vom letzten Mal das tatsächlich notiert. Sie hatte die Unterlagen vor sich liegen.

Sie wollten mir doch jetzt die Gelegenheit geben zu erzählen wie ich mich auf die Prüfung vorbereitet hätte. Erwähnte meine dreijährige Ausbildung zur Kunsttherapeutin in Münster, dass dort sehr praktisch, mit Testklienten gearbeitet wurde, zirka 720 Stunden. Ich aber gemerkt hätte dass das nicht reiche und bei der Akademie für Psychotherapie bei Gabriele Gail Schwetzingen/ Speyer den Kompaktkurs HPP-Vorbereitung und Systemische Therapie (640 Stunden zirka) gemacht hätte. (Glaube die Ärztin nickte, sie kannte wohl Gabriele 😊) Erwähnte meinen Wunsch eine eigene Praxis aufzumachen und dass es mir wichtig sei, das auf rechtlich sichere Füße zu stellen - dazu bräuchte ich die Heilerlaubnis.

Ob ich die Eigenerklärung dabei hätte bezüglich Covid, die hätte sie fast vergessen.

Sie erklärten zuerst den Ablauf, die Prüfung würde 30-40 Minuten dauern, sie würden mir einen Fall vorlesen, nach einer Verdachtsdiagnose solle ich die ersten 10 Therapiestunden beschreiben, was ich mit der Klientin/Klienten machen würde. Da der Termin nach mir ausfiel war ich gute 45 Minuten im Raum.

Ich sagte ich würde eher nicht bei dem Fall mitschreiben, ob ich eventuelle Rückfragen stellen könne. Gerne, jederzeit.

### **FALL:**

Ein Mann, 45 Jahre alt, von Beruf Krankenpfleger könne nicht mehr. Er habe eine Frau und zwei Kinder. (Anmerkung der Ärztin- das sei jetzt aber nicht wegen Covid, das sei schon vorher so gewesen, das wolle sie gleich erwähnt haben.) Er sei völlig erschöpft und vom Arzt 4 Wochen krank geschrieben und wäre seitdem nicht arbeiten gewesen. Er hätte Schlafstörungen. und von. Bei der Arbeit hätte er gewöhnlichen Stress, er hätte aber irgendwann nicht mehr gekonnt. Auf dem Weg zur Arbeit sei er mit dem Auto rechts rangefahren und hätte angefangen zu zittern

Jetzt kämen noch zwei Masterfragen.

Erste Frage der Psychiaterin: Panikattacken- was würden Sie denn damit machen?

Habe nicht genau verstanden was sie von mir wollte und nachgefragt. Sie war wieder bei dem Fall selbst. Was denn wäre wenn der Mann nun plötzlich nicht mehr Auto fahren könne und auch nicht mehr S-Bahn. Habe kurz Panikattacken abgegrenzt... jetzt kommt mir gerade was sie wollte- wahrscheinlich Panikstörung als DD und was die Unterschiede sind. Wir kamen dann aber auf Generalisierte Angst und Vermeidung und irgendwie landete ich bei Agoraphobie und den Phobien mit und ohne Panikstörungen, sie bei der spezifischen Phobie. Da weiß ich nicht mehr genau .... Es ging noch kurz um Therapie von den spezifischen Phobien- ich erwähnte die systematische Desensibilisierung-

Da hing ich dann. Ob ich den Angstkreislauf kennen würde?

Den an einem Beispiel erklärt. (Fand ich nicht so gelungen, aber egal, hat ihr gereicht).

Die Amtsärztin hatte noch eine Frage. Thema Trauma generell. Der ganze Hype sei ja etwas befremdlich, sie fände, dass das Thema etwas zu lax angegangen würde und – ja, zu sehr gehypt- was denn die Diagnostik so besonders machen würde?

Ich habe mit der PTBS angefangen – nein, keine Kriterien nennen – und dann trotzdem noch erwähnt dass ich es dennoch für einen guten Schritt halte, dass die Komplexe PTBS aufgrund ihrer erweiterten Systematik mit ins neue ICD-11 aufgenommen würde.

Sie wollte allerdings keine Kriterien hören, sondern den genaue Wortlaut der ICD-10- ich fing an mit der außergewöhnlichen Bedrohung, Gewalt etc. Nein, das meine sie nicht. Einfacher.

Sie wollte hören, dass das katastrophentartige Ausmaß, das eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, sich ja auf eine Sichtung von Gewalt mit Todesfolge oder einer extremen Erfahrung mit Tod beziehen würde. Dass das heute ja manchmal vergessen würde, dass die Ursprungsdiagnose sich auf diesen Todesschrecken/Todesgewalt beziehen würde und die Diagnostik hier diesen Aspekt deutlicher beinhalten solle.)

(Ich weiß, dass ich irgendwo einen Artikel darüber gelesen habe, über genau das, aber ich weiß wirklich nicht mehr, wo.)

Dann noch einmal Wechsel zu der Psychiaterin.

Schizophrenie. Wie man damit arbeite? Hier hat es mich, glaube ich inzwischen, echt fast meine Prüfung gekostet- irgendwie hatte ich mich im Ausdruck verheddert und irgendwann vorher – ja, genau- ich hatte erwähnt, dass man beim Pacing ja bei Depression etwas langsamer werden müsse in der Sprache und bei Schizophrenie wäre es ja die klare Sprache, die ganz eindeutige Kommunikation die in so einem Fall wichtig wäre. Sie dachte irgendwie dann wohl, ich würde jemanden mit Schizophrenie behandeln. Ich habe ganz deutlich gemacht, dass WENN überhaupt supportive Arbeit, dann im Residuum oder supportiv in Begleitung Psychiater/Soziotherapie. Dass ich das ja bezogen hatte auf die Erklärung von Pacing.

Wie ich denn eine Schizophrenie erkennen würde, wenn so jemand dann doch in meine Praxis käme wollte sie wissen.

und zu weinen. Die Tränen seien ihm nur so über das Gesicht gelaufen. Er hätte sich nicht mehr beruhigen können. Er sei direkt zum Hausarzt gefahren, der ihm irgend solche Tabletten verschrieben hätte, damit er wieder schlafen könne. (Noch ein paar Erläuterungen, weiß ich nicht mehr, sie las den Fall von einem vollgeschriebenen, handgeschriebenen DinA4 Blatt teilweise ab.)

Was ich denn jetzt fragen würde?

Abklärung Medikamente: Ach irgend so ein Zeugs, wüsste er jetzt auch nicht.

Ob er sonstige Substanzen zu sich nehmen würde? Ja, zum Einschlafen hätte er früher mal ein, zwei Bier getrunken, aber seit er die Tabletten hätte nicht mehr. Also nichts Auffälliges.

Andere Substanzen auch nicht.

Seit wann die Schlafstörungen?

Schon länger.

Ob er Suizidale Gedanken hätte?

Ja, so ab und an hätte er die schon mal gehabt.

Hier sollte ich Fragen stellen, wie ich die Suizidalität erfrage. Das wollte sie ganz genau haben.

(Gedanken über Tod, Todesfantasien, oft daran gedacht, drüber nachgedacht wie, schon mit jemandem drüber gesprochen, schon irgendwelche Vorkehrungen getroffen, ob er noch Sinn sehe im Leben (Kinder, Familie etc.), ob er noch Freude an etwas hätte. Keine akute Suizidalität.

Dann wollte ich DD stellen, fing mit Neurasthenie, Panikattacken, Schlafstörungen etc. an und das augenmerkliche depressive Syndrom.

Wie ich die Depression erfragen würde? Ganz genau.

Angefangen mit dem ICD-10 Kriterien, genannt 2 Hauptsymptome (Antriebsminderung, depressive Stimmung), somatisches Syndrom, Nebensymptome- alle genannt. Wie ich die Antriebsschwäche genau erfragen würde? Was ich da noch fragen würde? Wie genau ich das mache, welche Formulierungen? Nach ein paar Abfragen der Symptome depressive Stimmung (Würden sie das Wort benutzen?)

Sie wollte genaue Fragen gestellt haben.

Mit den zwei Hauptsymptomen und den Nebensyndromen sei eine Verdachtsdiagnose Depressive mittelgradige Episode wahrscheinlich, außerdem begleitende Panikattacken.

Keine weitere DD oder irgendwas in Abgrenzung, reichte schon.

Wie würde ich jetzt vorgehen?

Suizid, Substanzen ja bereits ausgeschlossen, Arzt- organische Abklärung und eventuell Antidepressiva. (Das kam erst später zur Sprache, da ich ja zuerst ein therapeutisches Vorgehen darlegen sollte.)

Aufbau therapeutischer Beziehung, Vertrauensverhältnis, Joining and Pacing- gerade auch bei Depression wichtig, dass man sich auf den verminderten Antrieb, die langsame Sprache einstelle sollte bei einem depressiven Patienten.

Behandlungsvertrag- hier kamen direkte Nachfragen. Ich erwähnte noch, wenn er noch schlimmere depressive Symptome hätte den Non-Suizid-Vertrag. Den sollte ich bitte erklären- was stehe denn da genau drin? Erklärt: Datum, dass er sich bis dann und dann nicht umbringen würde z. B. bei einem Wochenende zwischen den Terminen, Dinge die er tun würde wenn die suizidalen Gedanken kämen: Notfallkontakt, soziale Kontakte, etwas Ressourcenstärkendes, etc. etc.)

Dann der Behandlungsvertrag. Was da genau drin stehen würde?

Aufklärung über Therapie, DSGVO, §630 a-h BGB genauer erläutert, Schweigepflicht nicht wie bei Ärzten im StGB §222, Dokumentationspflicht etc.

Dann natürlich in den ersten Stunden eine genaue Anamnese und dann Alltagsstruktur aufbauen, Ressourcenstärkendes Arbeiten, Wochenpläne, Soziale Kontakte aufbauen, Wunderfrage, Stuhlarbeit, Seilarbeit, Genogramm wenn nur Ressourcenstärkend, Timeline, Externalisieren.

Hier habe ich das konkrete Beispiel meiner Abschlussprüfung erläutert. (Weinendes Gesicht bei Externalisierung, wie Arbeit mit Externalisierung funktioniert etc.) und ein paar kunsttherapeutische Ansätze einfließen lassen.

Zielfindung und Auftragsklärung kam noch... ich habe gesagt, dass die natürlich am Anfang stünde, also bei der Depression natürlich wieder mit Freude am Leben teilnehmen, sich wieder in der Rolle innerhalb der Familie finden in dem Fall und wieder bei sich selbst ankommen sollte. Hier die Seilarbeit erwähnt, den Gefühlsstern, der Klient müsse sich und seine Ressourcen, vor allem seine positiven Gefühle wieder spüren können, Sinngebung, Selbstwirksamkeit.

Wie das denn sei mit der Auftragsklärung? Ich sagte, dass gerade bei diesem Störungsbild es wichtig sei die immer wieder zu machen. Dass der Ansatz der systemischen Therapie immer wieder zu skalieren und immer wieder die Auftragsklärung zu erneuern (Was müsste heute hier passieren, dass sie positiv aus der Stunde gehen? Was wäre ihr Ziel für heute?) hier ja sehr positiv für die Arbeit sei.

Gedankenspirale, wie erfrage ich kognitive Gedanken?

Sokratischer Dialog erwähnt, EVA (Erkennen-Verändern-Anerkennen) und dass ich als therapeutischen Ansatz für mich auch mit dem verhaltenstherapeutischen SORCK Modell arbeiten würde um die dysfunktionalen Gedanken zu ordnen um zu sehen wo ich bei dem Klienten ansetzen kann. Zirkuläre Fragetechniken, musste ich kurz erklären-

Alles was den Klienten aus der Gedankenspirale bringt und ihn zur Distanz der wenig förderlichen Gedanken bringt. Ganz praktische Dinge. Auch die Frau würde ich mit einladen in die Therapiestunde, wenn der Klient das möchte.

... Glaub das war es so grob mit dem Fall und den Therapiestunden.

Ich habe alle Hauptsymptome und alle Nebensymptome aus der ICD-10 aufgezählt, dass bei den Hauptsymptomen ein Kriterium reichen würde, ansonsten mindestens zwei. Hatte zum Glück echt alle parat von den Hauptsymptomen, Nebensymptome fast alle. Die konnte ich zum Glück echt abrufen in dem Moment. Das war dann auch ausführlich genug.

So, das wars. Keine Fragen mehr, bitte rausgehen. Dann wieder rein, wie ich mich selber wahrgenommen hätte? Ich war ehrlich wie die ganze Zeit, sie waren so wohlwollend dass es mir echt leicht viel einfach bei mir zu bleiben und meinem Standing zu gewissen Dingen. Ich habe gesagt, dass es mir leid tue, dass ich so durcheinander geantwortet hätte. Ich hätte doch aber alle Punkte immer gut genannt sagte die Ärztin. Ideen hätte ich ja genug und auch gut dargelegt. Ich erwähnte noch, dass ich zuhause einen Ordner hätte, mit genauen Konzepten zu jedem Störungsbild und ich eigentlich sehr genau wüsste, wie ich stringent bei der Behandlung vorgehen könnte und worauf es ankommt. Natürlich auch mit dem Zielwunsch des Klienten im Blick. Und es leider wegen meiner Prüfungsangst – (wenigstens spreche ich heute hab ich gesagt, und alle lachten) etwas durcheinander war.

Wir können ihnen gratulieren kam dann.

Dann noch ein wenig Small-talk und ich fragte noch, ob ich jetzt Post bekäme. Ja, bekommen Sie. Konnte es irgendwie nicht so richtig begreifen, war mir vor der Tür nicht sicher, ob das gereicht hatte. Zumal ich mich bei dem Thema Trauma einfach von ihr belehren ließ. Grundsätzlich hatte ich ja aber im Vorfeld ihre Ansicht schon geteilt. Ich hatte noch im Ohr, dass man NICHT mit den Prüfern diskutieren solle- aber die waren so nett, dass das wahrscheinlich auch nichts gemacht hätte.

Also es ist nicht schlimm nicht immer gleich alles zu wissen und überhaupt: nicht Alles zu wissen, Fehler und Menschlichkeiten waren erlaubt. Ein gänzlich anderes Team als das letzte Mal und als erwartet (es hieß ich käme zu Dr. Hoff)- sehr freundlich und zugewandt, haben unterstützt und geholfen wenn eine Frage nicht gleich klar war.

Wenn ich jetzt sehe, was ich geschrieben habe- war da ja doch echt ganz schön viel drin 😊

P.S. Da neue Gesundheitsamt ist total schön. Super Atmosphäre, da wartet man echt gern. Die Dame am Empfang, Frau Zimmermann ist eine Perle- sie hat echt so beruhigend und lieb auf mich eingeredet, dass ich wirklich ruhiger wurde. Sie erzählte, sie hätte im Amt selbst schon Prüfungen abgehalten, da wüsste sie... Sie war auch die Einzige, die mich fragte, mit welchen Störungsbildern ich arbeiten wollte. Und lachte als ich sagte Frauen in Umbruchsphasen. Also gab es heute auch viel zu lachen- auch in der Prüfung wegen dem Spukschutz, Licht und den FFP2 Masken. Humor hilft einfach auch.