

Gedächtnisprotokoll: Mündliche Überprüfung HPP am 06.11.2024, Gesundheitsamt Freiburg

Prüfungsausschuss: Psychologische Psychotherapeutin Frau Dr. V., HPP, Amtsarzt Herr. E., Mitarbeiterin vom Gesundheitsamt.

Dauer: ca. 30 Minuten

Atmosphäre: wohlwollend, freundlich, unterstützend.

Es wurde sogar validiert, durch Kopfnicken, aufmunterndes zulächeln und Hinweise, wenn noch was fehlt oder ich einen Hänger hatte. Das war für mich mega gut und wichtig, weil das eine meiner größten Ängste im Vorfeld war, dass mir Menschen ohne Mimik gegenüber sitzen, was zumindest in meinem Nervensystem als Gefahr gedeutet werden und somit Überlebensreaktionen (Kampf/Erstarrung) hervorrufen kann. Trotzdem hatte ich mich auch darauf eingestellt, mit einer lieben Kollegin (EMDR-Therapeutin) solch einen Fall mit somatischen Ankern, kognitiven Sätzen und Visualisierungen im Vorfeld eingeübt.

Setting: Um 10.30 hatte ich Prüfung. Um 10.15 saß ich im Wartebereich, atmete, spürte meinen Körper, Fokus auf den Moment, regulierte mich. Gefühlte 10 Minuten später wurde ich von Herrn E. abgeholt und in den Raum gebeten. Freundliche Begrüßung. Zunächst wurden kurz die formalen Sachen geregelt (Perso zeigen, Einwilligungserklärung zur Aufzeichnung abgeben), dann stellte Herr E. die beiden anderen Ausschussmitglieder vor. Ich dürfe mir Notizen machen, einen Kuli hatte ich schon in der Hand, er reichte mir ein Blatt rüber (obgleich ich einen Block im Rucksack hatte, aber vor Aufregung vergaß rauszuholen)

Beginn der Überprüfung:

Die Psychotherapeutin begann die Befragung.

"Wir fangen zum Reinkommen mit einer einfachen Frage an: Was ist ihre Motivation und mit welchen Patienten wollen Sie später arbeiten?"

Auch das hatte ich alles zuvor ausgiebig in Rollenspielen geübt und konnte es somit gut abrufen. Kurz und knapp erläuterte ich meinen Werdegang, warum ich nun die Heilerlaubnis erlangen möchte (das ist individuell, dürft ihr vorher euch überlegen als Tipp). Ich erwähnte, dass ich dann gerne im Bereich F4 mit Anpassungsstörungen, sozialen Phobien und allgemein Angststörungen arbeiten möchte.

Dann kam die erste Fachfrage:

"Wie erkennen Sie einen suizidalen Menschen in ihrer Praxis?"

Als Erstes fällt mir hier Pöldinger mit seinen 3 Phasen und 10 Fragen ein

Ich erwähnte die 3 Phasen (Erwägung - Ambivalenz - Entschluss), und dass ich mit einer Skalenfrage (1-10) nach dem persönlichen Leidensdruck des Pat. fragen würde. Wie oft er suizidale Gedanken habe, ob sich die Gedanken aufdrängten, konkrete Vorbereitungen bereits getroffen sind etc., und ich sah, wie Sie auf ihrer Liste Haken setzte (Check, die erste Hürde schon mal genommen).

"Was können Sie ambulant bei Suizidalität tun?"

Hier erwähnte ich als Erstes das Wort Compliance bzw. Absprachefähigkeit, dass dies lementar vorliegen muss bei dem Pat., damit ich überhaupt in Erwägung ziehen kann, ihn ambulant hier weiter zu begleiten oder an eine stationäre Einweisung denken darf. Dann erwähnte ich, dass ich alle Fragen nach Pöldinger abfragen würde, um zum einem herauszufinden, in welchem Phase sich der Pat. befindet und zum anderen, umso mehr er diese mit Ja beantwortet, für mich ein Gefühl zu bekommen, ob hier ein Notfall vorliegt bzw. ich ihn auf einen stationäre Einweisung hinweise müsste.

Zusätzlich erwähnte ich die Schlagwörter wie Non-Suizid-Vertrag, die gefühlsmäßige Einengung des Pat. versuchen durch Verständnis und Raum geben aufzubrechen, damit er Gefühle wie unterdrückte Wut etc. endlich mal aussprechen und fühlen kann. Zu guter Letzt fiel mir noch Stärkung der vorhandenen Ressourcen ein, wie Einbeziehung des Umfeldes (Achtung: Schweigepflichtsentbindung einholen), zB. in dem ich ihn Frage, ob er Freunde, Angehörige hat, oder ob er sich vorstellen könnte, dass ihn sein Hund total vermissen würde.

Die Psychotherapeutin nickte, fragte aber nach: "Ja, richtig, wie nennt man das?"

Mir war zunächst nicht klar, auf was genau sie hinauswollte. Nach ein paar Sekunden meines Nachdenkens, das sie offenbar bemerkte, antwortete Sie selbst: "Das nennen wir in der Fachsprache ..." (ich hab den Ausdruck vergessen, es war nur ein anderes Wort für das was ich in Sachen Ressourcen/Umfeld einbeziehen schon umschrieb).

Dann stellte der Amtsarzt eine Mini Fangfrage: **"Sagen Sie mal, Sie sprechen von Vertrag, ist so ein Non-Suizid-Vertrag eigentlich rechtlich bindend?"** (Nein, natürlich nicht).

"Was sind die Gefahren eines Non-Suizid-Vertrages?"

Ich vermute, hier wollte er gleich nachsetzen und mich testen, ob ich den nächsten Fallstrick bei solch einem Non-Suizid-Bündnis erkenne. Ich erwähnte, dass der Pat. sich natürlich trotzdem umbringen kann, er lügt, auch wenn er solch einen Vertrag unterzeichnet. Ich als Therapeut weiter darauf achten muss, mich wegen solch eines Vertrages nicht in falscher Sicherheit zu wiegen und deshalb weitere Suizidgedanken / Signale übersehe. Damit war er dann einverstanden.

"Was steht denn in solch einem Non-Suizid-Vertrag drinnen?"

Jetzt kommt es. Jetzt beim Schreiben kriege ich da noch Gänsehaut. Es war nämlich so, dass mir am Abend vor der Prüfung im Bett genau das noch einfiel und ich bis dato mir den Inhalt solch eines Muster-Vertrages nicht angesehen hatte. Ich googelte also schnell eine Vorlage - und am nächsten Morgen kam genau diese Nach-Frage, Hammer. Weil sonst hätte ich die nur mit rumstochern beantworten können. So konnte ich es *sicher* beantworten (Verpflichtung des Pat. sich bis zur nächsten Stunden nichts anzutun, egal, was passiert, und im Fall einer Not, welche Telefonnr. / Personen oder sogar mich als Therapeut er sofort anruft).

Fallbeispiel

Dann kam das Fallbeispiel, vorgestellt von der Psychotherapeutin. Es war relativ lang, mit vielen Angaben, aber das hatte ich schon in einigen Protokollen aus Freiburg gelesen und mich auch darauf innerlich versucht einzustellen. Ich versuche es hier sinngemäß wiederzugeben:

"Mann, 43 Jahre, Produktmanager, 3 Kinder. Er kommt zu mir mit genauen Vorstellungen einer Therapie, er will von mir auch Hausaufgaben aufgegeben bekommen. Vor 6 Monaten hatte er einen Radunfall, dabei Handgelenk gebrochen. Nach diesem Unfall hatte er auch noch einen (Nerven?) Zusammenbruch. Er sei seitdem antriebslos, alles sei ihm zu viel. Nach der OP wären die Schmerzen stark gewesen, dann aber wieder weggegangen. Vor ein paar Wochen kamen sie mit voller Wucht zurück, diesmal auch im Hüftgelenk, er war bei zig Ärzten, die aber hinreichende Erklärung für die starken Schmerzen fanden. Eine Studentin würde im Haushalt helfen. Der Mann hätte auch Probleme mit einer Mitarbeiterin auf der Arbeit. (das ist das, was mir so primär hängen geblieben ist)."

"An was denken Sie bei dem Fall, was fällt ihnen direkt auf und stellen Sie dann bitte eine oder mehrere VD"

Ich fragte zunächst, ob ich kurz zusammenfassen könnte, was ich gehört hätte, da es ein langes Fallbeispiel gewesen sei. (Alleine beim Mitschreiben war die Seite schon fast voll). Ja, können Sie. Ich fing also an, alles zu wiederholen, was ich gehört hatte, fragte dann an 1-2 Stellen nochmal nach, merkte dann aber schnell, dass dies der Psychotherapeutin zu lange ging:" Sagen Sie mir bitte, an was Sie denken".

Also schaute ich auf die Symptome und begann *laut zu denken*: "Antriebslos, da denke ich sofort an F3 und eine depressive Episode, die es in leicht, mittelgradig, schwer gibt. Die 3 Hauptsymptome sind Antriebslosigkeit, Interessenverlust, Niedergeschlagenheit, da sehe ich 2 in dem Beispiel vorliegen, ich müsste noch weiter nach Nebensymptomen explorieren.

Dann fallen mir als nächstes die Schmerzen in Handgelenk und Hüfte auf, für die es keine hinreichende organische Erklärung gibt. Da denke ich an F4, an die somatoformen Störungen. Ich vernahm ein Nicken von ihr.

Welche Störungen gibt es da? Also zählte ich die 4 großen Diagnose hier auf: Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung hypochondrische und die anhaltende Schmerzstörung. Zu der nannte ich das Zeitkriterium (6 Monate).

Haben Sie ausreichend Hinweise für eine anhaltende Schmerzstörung, welche diagnostische Kriterien gibt es hierfür? Und ist der Radunfall als Auslöser dafür ausreichend?"

Hier kam ich etwas in Straucheln. Zunächst sagte ich ja, aber im selbem Moment korrigierte ich mich: "Ach nein, wir sind ja im Bereich F4, da sagt man ja grundsätzlich bei allen somatoformen Störungen, dass dahinter ein psychischer, ungelöster Konflikt liegt, der sich somatoform über den Körper ausdrückt. Also es muss auf jeden Fall einen psychischen / emotionalen Auslöser oder Konflikt geben, insofern wäre der Radunfall zur Diagnoseerstellung nicht ausreichend". Bestätigendes nicken seitens der Therapeutin.

"Es gibt noch eine chronische Schmerzstörung außer der anhaltenden, wissen Sie die zufällig. Ist eine etwas fiese Frage, da eine Unterkategorie der Anhaltenden"

Ich überlegte, mir fiel aber aus anderen Kategorien nix ein. Sie nannte Sie dann selbst (ich schlug im ICD-10 später nach F45.41: chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren)

Nun sprang der Amtsarzt ein: **"Ja Moment mal, Sie sind mir hier etwas zu schnell auf diese VD zu geschossen, fehlen da nicht noch ein paar Frage aus der Anamnese, bevor Sie das stellen können?"**

Anamnese und Diagnostik war eine sichere Bank, das hatte ich komplett auswendig gelernt. "Danke für den Hinweis. Deshalb fragte ich ja zu Beginn, ob ich Nachfragen stellen darf. Also hier würde ich auf jeden Fall als Erstes nach stoffgebundenen Süchten wie Alkohol oder Medikamenten nachfragen, da gerade Menschen mit diesen anhaltenden Schmerzen gerne zur Betäubung oder Selbstmedikation neigen. Zudem aus dem Psychopathologischen Befund Dinge erfragen, wie Grübeln als formale Denkstörung..." Damit war er zufrieden, das wollte er hören.

"Wie würden Sie die leichte depressive Episode nun behandeln?, wollte die Psychotherapeutin als Nächstes wissen?"

Ich-Stärkung, schauen, welche Ressourcen bei dem Pat. schon da sind, wie dass er gerne Sport machte, ihn dazu ermutigen, diese wieder zu aktivieren. Zudem könnte man aus der KVT mit dem kogn. Umstrukturieren nach Beck arbeiten, da depressive Menschen oft negative Gedanken über sich selbst, und die Umwelt arbeiten. Diese zusammen mit dem Pat. erarbeiten und dann disputieren, also abschwächen. und gegen positive Sätze ersetzen **"Danke, das reicht mir"**

Amtsarzt: Sie haben ja im Fallbeispiel gehört, dass der Mann mit genauen Vorstellungen in die Therapie kommt, er Hausaufgaben haben will. Was könnte hier schwierig im weiteren Therapieverlauf werden?

Hier musste ich überlegen, fiel mir zunächst nichts ein, was ich gelernt hatte, wurde etwas unruhig. Ich fing an mir das ganz logisch und plastisch zu überlegen, wenn der Pat. vor mir sitzen würde. Ich erwähnte was von Klärung der Erwartungshaltung an mich, ich fragen würde, warum dem Mann dies wichtig wäre, was eventuell dahinter stecken würde. Hier war ich mir unsicher, ob das ausreichte.

Aber es ging gleich weiter: **"Sagen Ihnen die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung etwas?"**. Da spürte ich kurz Erleichterung, weil ich von jeher eher der "tiefenpsychologisch veranlagte" war. Also erwähnte ich, dass dies 2 Begriffe aus der Psychoanalyse sind, die auf Freud direkt zurückgehen, aus der Anfangszeit der Analyse. Ich erklärte exakt, was damit gemeint ist.

"Was macht das mit ihnen als Therapeut, wenn Sie merken, dass ein Pat. mit ihnen in die Übertragung geht?"

Hier wollte er wohl darauf hinaus, dass im Falle von in mir ausgelöste Emotionen/Trigger (=Gegenübertragung), dies ganz klar nicht beim Pat. abladen würde, sondern für mich halten kann und anschließend in einer Supervision/Intervision mir das anschauen würde. Genauso erläuterte ich es auch.

Nun übergab er an die HPP, die bisher gar nichts gefragt hatte.

"Angesichts der Zeit (sie schaute auf die Uhr), nur 2 kurze Fragen von mir:

Welche Pflichten haben Sie als HPP? Was steht im Pat. RechteGesetz?" Ich erwähnte erst die Pflichten aus dem PatRechteGesetz vollständig (Aufklärungspflicht, Behandlung nach fachlichen Standards etc.). Dann erwähnte ich noch die Schweigepflicht, Buchführungspflicht, Aufbewahrungspflicht ...alles was mir spontan einfiel, weil ich es mir zuvor beim Lernen Dutzende

Male angeschaut hatte. Sie nickte, war damit einverstanden, stellte dann aber doch noch 2 weitere Fragen:

"Was sind die Gefahren von Psychotherapie?" Glücklicherweise hatte ich auch dies mir zuvor sehr intensiv angeschaut und teils auswendig gelernt (Suizid, Verschlimmerung der Symptome, Abhängigkeit von Therapeuten etc.)

"Wie können Sie später als Therapeut diesen Gefahren vorbeugen, ihren Qualitätsstandard hoch halten?"

Hier fiel mir gefühlt 10 Sekunden erst nichts ein, also versuchte ich auch hier logisch vorzugehen, mich an den Gesetzen / Pflichten zu orientieren. Ich erwähnte, dass ich regelmäßig Supervision und/oder Intervision in Anspruch nehmen würde, ebenso mich fortlaufend fortbilden würde, was mir aber schon immer mega wichtig war ("lebenslanges lernen"), das wäre das, was mir so zu der Frage einfallen würde.

Damit war meine Prüfung zu Ende!

Ich wurde nach draußen gebeten. Ich hatte grundsätzlich ein gutes Gefühl, aber war mir trotzdem nicht sicher, erstmal nur erleichtert. Keine 60 Sekunden war ich draußen, da rief mich der Amtsarzt schon wieder rein (da wusste ich, dass ich bestanden hatte).

"Ich habe eine gute Nachricht für Sie: Sie haben bestanden. Wir mussten nicht lange überlegen, haben uns schnell entschieden. Herzlichen Glückwunsch. Sie erhalten die Urkunde mit der Post, mit einer Rechnung dabei." ("Die bezahle ich gerne", erwähnte ich mit einem verschmitzten Lächeln).

Ich legte meine rechte Hand auf die Brust und spürte eine unglaubliche Erleichterung, bedankte mich herzlich.

"Sie haben sich wacker geschlagen, das Fallbeispiel war nicht einfach und recht komplex", erwähnte die Psychotherapeutin noch. Das war das einzige Feedback, ich hatte das Gefühl, dass die Zeit drängte, der nächste Prüfling wartete.

Als ich dann aus dem Raum ging, schaute ich auf die Uhr, es war 11.05. Wie ihr seht: Ich habe es sehr ausführlich beschrieben, aber am Ende verging die Zeit im Fluge und die ganze Prüfung dauerte nur ca. 30 Minuten. Ich konnte es in den ersten Minuten nicht glauben, und spürte erst langsam vor dem Gebäude die aufsteigende Euphorie, Stolz, Erleichterung, Dankbarkeit und Tränen der Freude in den Augen.

Mein herzlicher Dank geht an meine HP-Schule, an alle Dozenten und Workshopleiter, an alle meine Mitstreiter aus meinen Lerngruppen, besonders an diejenigen, die sich die letzten Wochen vor meiner Mündlichen die Zeit für Rollenspiele mit mir genommen haben!! An Dana und ihre EMDR-Methode. Ihr seid spitze! Und letztlich danke ich dem "Leben", das es mich hierhin geführt und unterstützt hat.

Ein neuer Lebensabschnitt als angehender (Trauma)Therapeut beginnt (die erste Trauma-Fortbildung habe ich direkt nach der Prüfung gebucht ;), auf den ich mich voller Demut, Verantwortungsgefühl, Zuversicht, Aufbruchstimmung und Vertrauen unglaublich freue.

Fazit und Tipps:

- Haltet die Vorstellung kurz und prägnant (Eigenerfahrung, Therapieausbildung, geplante Methoden/Klienten)
- Mein Eindruck ist, dass den Prüfern wichtig war, den Fall und generell den Stoff "zu fühlen" und das mit Fachwörtern/Wissen zu begründen. Ihr solltet die Materie verinnerlichen und nicht nur auswendig gelernt haben, das spürt man sonst. Logisches Denken ist ebenso gefragt, gerade wenn man mal hängt ist das hilfreich.
- Wie ihr therapeutisch Vorgehen würdet ist wichtig. Im Vorfeld habe ich mir den Kopf zermartert wegen meiner fehlenden Therapieausbildung. Meine Antwort nach der Prüfung: Es geht nicht so sehr darum, eine Ausbildung zu haben, sondern zu wissen, was ganz praktisch zu tun ist, hierbei kann eine gelernte Therapiemethode hilfreich sein.
- Manchmal hatte ich das Gefühl, die Prüfer helfen mir ein wenig durch die Art zu fragen.
- Ich habe mir gerade bei der Frage nach der Behandlung der depressiven Episode den Pat. bildlich vorgestellt. Hier hat mir auch meine jahrelange Erfahrung als Life/Beziehungs-Coach im Umgang mit Klienten/Menschen geholfen.
- Seid authentisch und ihr selber. Ich hatte Klamotten an, in denen ich mich wohl fühlte und trotzdem ordentlich angezogen war (Hemd).
- Falls ihr große Aufregung vor Prüfung oder generell vorab habt, versucht das mit somatischen Therapiemethoden (wie EMDR) in den Griff zu kriegen, zu üben, sodass ihr zwar aufgeregt / konzentriert seid, aber nicht so sehr, dass es euch überflutet.
- Habt Vertrauen in euch, lauft aufrecht und mit Vertrauen/Zutrauen in den Raum, dass dort an diesem Tag genau die "richtigen Leuten sitzen werden". Haltet Kontakt mit den Prüfern (Mimik, Gestik, Augen) und ihr dürft auch mal lachen, es darf auch locker sein. Sagt, wenn euch was nicht einfällt oder ihr überlegen müsst. Ihr braucht Fachwissen und Einfühlungsvermögen und Selbstreflexion, für mich nicht nur Erfolgs-Zutaten für eine HP-Prüfung, sondern auch als späterer Therapeut aus meiner Sicht unersetzbar.
- Sprechen, Sprechen, Sprechen!! Das, was uns die Dozenten immer wieder sagten, kann ich nur bestätigen: Ich habe die letzten 3 Wochen davor zig Simulationen gehabt. Traut euch, euch im Unterricht zu melden, geht aus eurer Komfortzone heraus, überwindet euch, nutzt die "Übungsmatten" im Unterricht und in den Lerngruppen. Lieber sich "hier blamieren" oder Fehler machen als in der Prüfung. Ohne dieses praktische Üben hätte ich sicherlich nicht die Mündliche bestanden.
- Wisst, warum ihr HPP werden wollt. Meine 1,5 Jahre Studium/Ausbildungen waren meine ganz persönliche "Heldenreise" mit Zweifeln, Herausforderungen / Überforderungen / Überwindungen / Mut / Hoffnung. Hätte ich kein starkes inneres *Warum* gehabt (intrinsische Motivation), hätte ich nicht durchgehalten.
- Mir persönlich hat es mega geholfen, während meiner Ausbildungszeit auch an meinen "inneren Themen" zu arbeiten. Neben dem tieferen Verständnis meiner eigenen Baustellen, habe ich in den 1,5 Jahren ebenso viel an neuer, innerer Kapazität, Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen und Empathie hinzugewonnen. Neben dem ganzen Fachwissen.