

Mündliche Prüfungsprotokolle für Heilpraktiker Psychotherapie

Freiburg

Dezember 2010

Es waren 3 Frauen. Frau Kohler hat das Protokoll geschrieben und nichts gefragt. Frau Kubizek (?) und Frau Engelhardt haben die Fragen gestellt. Es war eine angenehme Atmosphäre.

Fall: Junge Frau, ängstlich, Schlafstörungen, unruhig, kommt zu Ihnen.

Es ist das Erstgespräch. Wie gehen Sie vor?

Anamnese. (u.a. Alkohol, Drogen, Medikamente, Suizidgedanken, wenn ja wie, wann, wo, Vorkehrungen getroffen, Suizidversuche, Arzt abgeklärt, wie war sie als Kind/Teenager –DD Persönlichkeitsstörung) ..., Psychopathologischer Befund mit der DD (HOPS, Zwang, Phobien, Panik, Anpassung, PTBS)

hier wurde ich dann unterbrochen: Frau Kubizek: „Und diese geben sie weiter...“

Ja, da ich nicht in Traumatherapie ausgebildet bin. Hier ist meine Grenze. Ich bin im Netzwerk... Ich habe noch gefragt, wie lange die Symptome bestehen?

Antwort: ca. 3. Monate

Ja wenn die Patientin das so genau sagen kann, kennt sie auch die Situation und kann mir sagen, was da geschehen ist, z.B.... ist jemand, der ihr nahestand, gestorben, oder hat es eine Veränderung gegeben z.B. Arbeitsplatz, ist sie zu Hause ausgezogen, oder war sie in großer Gefahr oder Lebensgefahr. Das würde ich näher erfragen.

Was sind Diagnostische Kriterien für PTBS?

Aufzählen: Lebensbedrohliche Gefahr, Ereignis in den letzten 6 Monaten, Flashback erklärt, Trigger z.B. Parfum, Ort, Stimme

Was gibt es noch, wo diese o.g. Symptome auftreten können?

Weiter mit Depression, Süchte Intoxikationen

Woran erkennen Sie eine Intoxikation?

Bei Alkohol: abfragen, wann, wie, wie oft, was, seit wann, noch aufhören, ..., Drogen: wirkt überdreht, ist nicht bei der Sache.. gehört zum Arzt

Was kommt vor im Gespräch?

Auftrag, Therapieziel erarbeiten, wichtig Bewältigungsstrategien, Ressourcen aktivieren, Soziale Kompetenz, Aufklären, dass Therapie ü Krankenkasse bezahlt wird, es gibt Ärzte kassenärztlicher Zulassung ev. Wartezeiten, Rahmenbedingen besprechen, z.B. was ist, wenn Patientin kurzfristig absagt, Kosten, Schweigepflicht (das Gesprochene bleibt in diesem Raum), Erstverschlechterung erklärt.

Zwischen Frage: das (Erstverschlechterung) besprechen Sie in dem Erstgespräch?

Nein, wahrscheinlich nicht, erst später, wenn es zum Tragen kommt. Dann fuhr ich weiter: Ich erkläre mit welcher Methode ich arbeite (erklärt)...

Mit was müssen Sie noch rechnen?

Widerstand (erklärt woran ich das erkenne), Übertragung (sie sieht in mir die Mutter, Lehrerin, ist auch Chance für die Nachreifung im Innern), Gegenübertragung (deswegen gehe ich in Supervision, da ich auch noch nicht fertig bin und zu lernen habe)

Wie planen Sie eine Therapie?

Ich plane 12 Sitzungen ein, zum Ende schleiche ich die Termine aus, d.h. Rhythmus von wöchentlich auf.... damit sie nicht abhängig wird von mir und Erfolgserlebnisse im Alltag erlebt und somit auch motiviert und aufgebaut ist.

Was machen Sie, wenn die Patientin am Ende der Therapie noch weitermachen möchte?

Das kommt darauf an, weshalb. Ist das Therapieziel erreicht, benötigt es keine weiteren Termine. (nochmals erklärt)

Woran erkennen Sie das Ende der Therapie?

Wenn Symptome reduziert sind bzw. im Besten Falle, wenn sie verschwunden sind, die Patientin, Bewältigungsstrategien gut umsetzen kann, ihre Ressourcen nützt. Ich erarbeite zum Ende hin auch nichts Neues mehr, sondern bespreche und vertiefe das bereits Erkannte weiter.

Wonach entscheiden Sie, ob sie mit der Patientin weitermachen nachdem die geplante Therapiezeit zu Ende ist?

Eben nach den genannten Kriterien. Ich möchte die Therapie nicht unnötig hinauszögern aber auch nicht vorzeitig aufhören. Eine generelle Antwort kann ich Ihnen nicht geben. Es kommt auf die Patientin an, in wie weit sie gefestigt ist und Ihre Ressourcen nützen kann und die Bewältigungsstrategien umsetzen kann. Da ist jeder ganz unterschiedlich.

Bei wem müssen Sie mit Suizid rechnen?

Depressiven, Manischen (Sie bringen sich nicht in dem Sinne um, sondern sind gefährdet durch ihre Selbstüberschätzung... Eigen- u. Fremdgefährdung), Süchte, Krisen (z.B. bei Ehen die auseinander gehen, Todesfällen), Schizophrenen, Psychotischen Menschen, Älteren und Einsamen zurückgezogenen Menschen.

Das hat ihnen dann gereicht und ich war fertig.

Ich habe bestanden. Gott sei Dank dafür.

Bei all den Antworten ist es wichtig, auszuholen, Beispiele zu nennen, frei zu reden sowie eine Struktur erkennen zu lassen. Das Thema Suizid ist wichtig zu vertiefen, auszuholen und nachzufragen. Die DD ist ebenso sehr wichtig.

Vielen Dank für die Unterstützung

April 2010

Als ich ankam war ich zunächst echt aufgeregt. Kurz nach mir kam ein zweiter Prüfling, der ebenfalls um 9 Uhr Termin hatte, sie machte den großen HP und als ich sah, dass sie deutlich mehr angespannt war, dachte ich, dass es mir anscheinend noch gut geht :-). Dann kam Frau Pressler, sie erkundigte sich, wo ich genau herkomme und wie die Fahrt war, plauderte über die Landesgartenschau in Villingen... Diese normale freundliche Art tat einfach gut.

Dann wurde ich bereits kurz vor 9 Uhr aufgerufen von Frau Kohler (?), sie führte mich in einen Raum wo die anderen Prüferinnen saßen, Fr. Dr. Ba... (Doppelname, Psychologin)?, Fr. ? Leider konnte ich mir die Namen nicht merken :-). (Frau Kohler und Fr. Ba. schauten echt freundlich und wohlwollend, die dritte Dame (Heilpraktikerin) schaute etwas missmutig / unfreundlich in die Runde.

Zuerst wollten sie meinen Ausweis und als sie meinen Geburtsort Kirchheim-Teck lasen, meinten sie, dass dies ja ein Heimspiel wäre, da sie alle aus dem Schwäbischen seien und sofort verfiel sie in den Schwäbischen Dialekt, besprach das Tonband und dann ging es los.

Fr. Ba... stellte die meisten Fragen und zweimal hat Fr. HP dazwischen gefragt:

Die erste Frage war: „**Was müssen sie bei einer Therapie beachten?**“

Ich fragte nach, ob sie die Risiken einer Therapie meine, wo sie nur mit den Schultern zuckte und ich fing dann einfach mal mit den Risiken und Nebenwirkungen an:

„...jede Therapie führt zu Veränderungen und da wir in einem Beziehungsgefüge leben, kann dies im Umfeld des Klienten zu Reibungen / Widerstand führen, auch kann es zu einer Erstverschlechterung bei der Symptombearbeitung kommen, wo man v.a. bei Depressiven an Suizid denken müsste...“

Hier wurde ich unterbrochen: **„Wie merken sie dies?“**

„... Klient äußert Hoffnungslosigkeit, es hätte alles keinen Sinn, steht plötzlich aufgewühlt auf und möchte gehen oder kommt erst gar nicht mehr, direktes Nachfragen...“

Hier unterbrochen sie wieder: **„Was fragen sie da?“**

Ich meinte: „Direkt nach Suizid fragen, wie z.B.: haben sie vor sich das Leben zu nehmen? Wissen sie schon wie? Wann?“

Frage: **„Was machen sie dann?“**

„... Klient auf keinen Fall gehen lassen, Vertrag abschließen, dass er es nicht tut, sehr engmaschig, ca. alle 2-3Tage einbestellen, sagen, dass mir das sehr leid täte, dass ich auch eine Verantwortung hätte, wenn er sich von seinem Vorhaben nicht abbringen lässt, muss ich eine Unterbringung veranlassen ...“

Frage: **„Wie würden sie das machen?“**

„... Untere Verwaltungsbehörde, bei uns zuerst den Hausarzt, dann das DRK, die bringen Arzt mit, ggf. Polizei...“

Frage: **„Vorher sagten sie, wenn Klient nicht kommt, was machen sie dann?“**

„... anrufen, ich lasse mir auch am Anfang / Erstgespräch die Telefonnummer und Name von einer Bezugsperson geben, die ich im Notfall anrufen darf...“

Frage: **„An was müssen sie noch denken?“** „... Widerstand?...“

Frage: **„Ja, woran erkennen sie das, was machen sie?“**

„...zögerliches Antworten, oberflächliches Antworten, ich-weiß-nicht-Antworten, zu spät kommen, kurzfristig absagen, nicht kommen, ... dann spreche ich es an, es könnte sein, dass ich zu schnell war, überfordert habe, zu direkt war, falsche Diagnose, versuche dann langsamerer auf einem anderen Weg an das Problem heran zu kommen, überdenke Diagnose...“

Hier wurde ich unterbrochen, **„Das reicht, was für Risiken kennen sie noch?“**

„Ich habe eine falsche Diagnose gestellt, auch dies könnte Widerstand auslösen, oder die Diagnose verändert sich, z.B. wenn einer mit einer Depression plötzlich manisch wird...“

Hier wurde ich wieder unterbrochen: **„Woran erkennen sie, dass einer plötzlich manisch ist?“**

„Er wird plötzlich heiter, euphorisch, hat keine Probleme mehr, oder er könnte auch gereizt sein, ...“

Hier nickte sie, und fragte: **„Was ist die Gefahr?“**

„Klient überschätzt sich, er bringt sich nicht um im Sinne eines Suizids, sondern, er denkt plötzlich, er könne z.B. über ein Hochspannungsseil laufen und sich wegen seiner Selbstüberschätzung in Gefahr bringen...“

Hier wurde ich wieder unterbrochen: **„Was noch?“** „... er eckt in seinem Umfeld an, er greift, wenn er aggressiv ist, andere an...“ **„Was noch?“** Hier wurde sie zum ersten Mal etwas ungeduldig. „Er könnte auch verrückte Geschäfte abschließen, z.B. Haus und Hof verkaufen ...“ Hier nickte sie wieder und schien zufrieden.

Dann fragte sie wieder: **„Was für Gefahren in einer Therapie kennen sie noch?“**

„Übertragung und Gegenübertragung“, habe dann die Begriffe erklärt, bei der Gegenübertragung erwähnte ich noch, dass Supervision sehr wichtig ist und ich auch über mich noch viel zu lernen hätte und man nie wirklich fertig ist, sich selber gut kennen. Darauf waren sie zufrieden...

„Was kennen sie noch für Risiken?“

„Die Abhängigkeit, da über die Dauer der Therapie eine Beziehung wächst und die Zeit sehr intensiv und persönlich sein kann, ist die Gefahr der Abhängigkeit, da ist es einfach gut, wenn man von Zeit zu Zeit seine Ziele überprüft, den Klienten auf die Erfolge und was er bereits geschafft hat hinweist, das Gelernte immer mehr in den Alltag überträgt und am Ende der Therapie, die Termine ausschleichen lassen...“

Hier wurde ich wieder unterbrochen, **wie ich das denn machen würde?**

„Erst mal zweiwöchig, dann dreiwöchige oder vierwöchige Abstände, eben immer mehr, das ist individuell verschieden, irgendwann evtl. nach einem halben Jahr oder so...“

Hier wurde ich wieder unterbrochen: **„Wie oft bestellen sie denn eigentlich ein?“**

„Das kann ich so nicht sagen, das kommt auf die Diagnose an, auf das Krankheitsbild, wie es dem Klienten geht, z.B. ein Depressiver, der evtl. sogar Suizidgefährdet ist, bestelle ich 3x pro Woche, jemand dem es bereits relativ gut geht, oder eben nur ein spezielles Problem z.B. mit seinem Arbeitgeber hat, da können die Abstände größer sein, das kann ich so nicht generell festlegen, das ist individuell verschieden...“ Da schienen sie zufrieden.

Hier wollte dann Fr. HP wissen, **wie ich eine Therapie aufbaue?**

„... Bitte Klient freundlich rein, Small-Talk zum Ankommen, dann stelle ich mich vor, wer ich bin, dann frage ich Klient, was ihn zu mir führt, wie er von mir erfahren hat, ob er geschickt wurde oder freiwillig, von sich aus, gekommen ist, was das Problem ist, welche Probleme, dabei beobachte ich, Sprache: zusammenhängend, stockend, logisch, wiederholend,..., äußeres Erscheinungsbild: gepflegt, verwahrlost, Blickkontakt, selbstbewusstes Auftreten..., dann gehe ich über zu einem strukturierten Teil: erfrage die Anamnese: Familien-, Eigene Krankheitsgeschichte, Suizid (früher schon mal, aktuell Suizidgedanken), Biographische Daten, Art der aktuellen Lebenssituation,..., dann kommt der Psychopathologische Befund: Stimmung, Antrieb, formale und inhaltliche Denkstörungen, Schlafstörungen, Morgentief, Halluzinationen,...“
Hier durfte ich recht frei reden und habe die einzelnen Punkte ausgeführt... Bei einzelnen Stichpunkten, die fielen nickten sie zustimmend, so dass ich merkte, dass ich auf dem richtigen Weg bin.

Dann fragte Fr. HP, **was mir noch für Risiken im Laufe der Therapie einfallen.** Da wusste ich zuerst nicht recht, was sie meinte, fing dann wieder an, z.B. Suizid, da nickte sie, **was ich da noch für die Diagnose bräuchte**, da stocke ich etwas, denn ich hatte schon so viel zu Suizid gesagt, fing dann an, dass ich in jeder Anamnese und wenn es während der Therapie aktuell wird, direkt nachfrage, ob Klient sich etwas antun möchte, ob er es früher schon einmal getan hat, ob es in der Familie oder im Umfeld früher oder jetzt aktuell Suizid oder Todesfälle gab/gibt... Hier nickte sie und meinte: „Genau, das ist sehr wichtig.“

Dann fragte Fr. Ba ...: **„Was machen sie, wenn sie nicht da sind? Oder nicht erreichbar sind?“**
„Ich habe ein spezielles Handy, dessen Nummer ich nur z.B. bei gefährdeten Patienten hergebe, dass sie mich im Notfall erreichen können.
Da unterbrach sie mich wieder: **„Das meine ich nicht, ich denke eher, wenn sie im Urlaub sind oder krank werden.“** „Dann habe ich einen AB auf dem meine Vertretung angegeben ist, eine Notfallnummer vom Roten Münster (die nächste Notfallambulanz einer Psychiatrischen Klinik) und die Nummer eines Notfall-Seelsorgetelefons...“

Hier unterbrach sie mich wieder, fragte in die Runde ob noch mehr Fragen sind, als alle den Kopf schüttelten, meinte Frau Kohler ich solle doch draußen Platz nehmen.
Ich hatte ein gutes Gefühl und wartete. Als ich wieder rein gerufen wurde, lächelten alle und Frau Kohler meinte, dass sie eine gute Nachricht für mich hätten und sie gratulierte mir zur psychotherapeutischen HP. Dann meinte Frau Ba. Dass ich alles gewusst hätte, nicht immer sofort aber bei Nachfragen immer dann draufgekommen wäre.
Ich bedankte mich für die freundlich Atmosphäre und das gute Ergebnis!
Was mich irritierte war, dass ich ständig unterbrochen wurde und zwischen gefragt wurde, so konnte ich meinen roten Faden z.B. bei Suizid oder NW nicht verfolgen, sondern musste immer wieder auf die neue Frage antworten, bevor ich meiner Meinung nach die alte vollständig beantwortet hatte.

Dauer ca 25min

Januar 2010

Die Amtsärztin holte mich kurz nach 9:30 Uhr ab und führte mich in einen Raum, wo schon zwei weitere Frauen warteten. Leider konnte ich mir keinen einzigen Namen merken.
Nachdem die Formalitäten erledigt waren, ging es los:

Nehmen wir an, sie haben nun ihre Prüfung bestanden und möchten therapeutisch arbeiten. Was könne sie mir bezüglich der Risiken und Nebenwirkungen sagen?

Ich war glücklich über diese Frage und legte los:

Falsche Diagnose stellen und dadurch Therapieabbruch/ Therapieresistenz, Überforderung des Klienten, Erstverschlechterung, Probleme/ Druck im Umfeld des Klienten durch Veränderungen während der Therapie, Gegenübertragung, (suizidale) Krisen.

Wie würden sie das merken?

Ich zählte die bekannten Fragen zum Suizid auf, d.h. haben sie schon mal drangedacht sich das Leben zu nehmen...

Ja, aber wie können sie das noch merken? Ohne speziell zu fragen?

Patient äußert, dass alles sinnlos ist, dunkel, hoffnungslos, Patient sagt, dass er ein Testament gemacht hat, er sucht mehr oder weniger grundlos den Arzt auf.

Gut. Und welche Risiken und Nebenwirkungen kennen sie noch? Misserfolge, Widerstand nicht wahrnehmen.

Und was noch? Jetzt wurde es mir etwas ungemütlich, denn das war im Moment alles (und ich fand schon ganz schön viel), was mir einfiel. Deshalb fing ich an mich mit etwas anderen Worten zu wiederholen. Ja, das hatten sie schon. **Was kann in einer Therapie noch passieren – denken sie mal dran, wenn der Klient nun schon recht lange zu ihnen kommt...**

Da fiel dann der Groschen: Die Abhängigkeit! Dieses Stichwort wollten sie unbedingt hören und als ich es dann sagt, nickten sie zufrieden.

Was tun sie, um einer Abhängigkeit entgegenzuwirken, bzw. wie gehen sie vor, wenn sie eine Abhängigkeit feststellen?

Thematisieren, Termine rechtzeitig ausschleichen, Therapiezeile festlegen und immer wieder im Gespräch aufgreifen.

Sie nannten vorher das Wort „Widerstand“. Wie macht sich Widerstand in der Therapie bemerkbar?

Non-verbal durch die Körperhaltung, „ich weiß nicht- Antworten“, wenn der Klient plötzlich gehen möchte und sagt, dass es alles nichts bringt, Therapieabbruch.

Und davor? Wie kann sich Widerstand noch zeigen? Eher die kleinen Dinge?

Der Klient verschiebt kurzfristig den Termin, oder sagt ab, er kommt verspätet.

Gut, kommen wir noch zu einem Fallbeispiel:

Eine 43 Jahre alte Mutter, alleinerziehend, zwei Kinder, 9 und 11 Jahre alt, kommt zu ihnen. Sie fühlt sich in letzter Zeit sehr müde und abgeschafft, schreit auch schon mal die Kinder an, was sie sonst nie getan hat, hat sich aus verschiedenen Aktivitäten zurückgezogen, trinkt abends ab und zu gerne ein Bierchen und wacht öfters nachts auf wegen Herzklopfen und Schweißausbrüchen. Was würden sie von der Patientin noch wissen wollen?

Ich sprach vom ganzen psychopathologischen Befund, woraufhin sie mich aufforderte, dieses zu erklären. Ich tat nichts lieber als das und durfte sehr lange am Stück reden. Ohne unterbrochen zu werden machte ich gleich noch mit der Anamnese weiter und fügte noch die Differenzialdiagnosen hinzu.

Das war genug für Frau... und sie nickte ihrer Kollegin zu.

Sie nannten vorher Angststörungen. Woran erkennen sie, ob es sich um eine normale Angst, oder um eine pathologische Störung handelt?

Am Ausmaß der Angst, d.h. ob es den Alltag beeinträchtigt und am eventuellen Vermeidungsverhalten.

Ja, aber wir alle haben ja mal Angst. Woran erkennen sie nun...Sie stellte genau die gleiche Frage nochmals und ich dachte ich hör nicht richtig, da ich mir in der Antwort eigentlich sicher gewesen war. Also gab ich ihr auch nochmals fast genau die gleiche Antwort, bzw. ich entschied mich für die Beeinträchtigung des Alltags und führte sie noch an einem Beispiel aus. Zum Schluss sagte ich noch, dass ich auch Angst gehabt hätte vor dieser Prüfung und trotzdem gekommen sei, was zeige, dass es keine pathologische Angst sei.

Diese Antwort zauberte ein Lächeln auf die Gesichter und ich wurde (nach ca. 18 Min.) gebeten wieder ganz am anderen Ende des Flurs Platz zu nehmen, da die Zimmer so hellhörig seien.

Eigentlich hatte ich ein gutes Gefühl und so war es dann auch:

„Wir haben ihnen eine angenehme Nachricht mitzuteilen, sie haben die Prüfung bestanden!“

Mir fiel ein Felsbrocken von der Seele.

Eigentlich war es fast die gleiche Prüfung wie letzte Woche (vergl. Protokoll vom 13.01.10).
Die Zwischenfragen ergaben sich aus meinen Antworten.