Andrea Günther
Robert-Koch-Str.47
76756 Bellheim

Mündliche Prüfungsprotokolle für Heilpraktiker Psychotherapie

Karlsruhe

Juli 2024

Anwesende, soweit ich mir das merken konnte: Amtsärztin Fr. Dr. Onken (Psychiaterin), Psychologische Psychotherapeutin Frau Grönlein (?), HPP Frau Stammel (?)
Dauer: ca. 30 Minuten
Atomsphäre: ruhig, entspannt, wertschätzend – und immer wieder der Hinweis, dass die Zeit drängt (wirkte schon fast entschuldigend).

Die Prüfung begann pünktlich um 9Uhr, ich wurde von Frau St. aus dem Wartebereich abgeholt. Die drei stellten sich mir vor. Mir wurde der Ablauf erklärt und mein Einverständnis eingeholt, dass die Prüfung nicht aufgezeichnet würde, sie hätten mit der Tonqualität immer wieder Probleme.

Zum Ablauf wurde mir gesagt, dass ich einen Fall bekomme, anhand dessen ich den psychopathologischen Befund durchgehen, eine Verdachtsdiagnose stellen und auch weiter differentialdiagnostisch abklären soll – zum Teil im Rollenspiel. Ich solle mich darauf beschränken und nicht zu weit ausholen (also biographisch z.B.) – erster Hinweis auf das Zeitargument. Im Anschluss würden sie gerne hören, wie ich die ersten Stunden mit dem Patienten gestalte, wie mein Therapiekonzept aussieht.

Beginnen sollte ich damit, vorzustellen, was ich mit der Heilerlaubnis vorhabe. Ich habe kurz zusammengefasst, dass ich meine bereits bestehende Praxis für Psychologische Beratung erweitern möchte und habe auch kurz meine Motivation dazu ausgeführt. Ich hatte den Eindruck, es sollte mir helfen, mich in die Prüfungssituation einzufinden und weniger, dass sie Interesse am Inhalt hatten.

Erst hier begann die eigentliche Prüfung, es wurde auf die Uhr geschaut und die Zeit festgehalten. Dann bekam ich den Fall vorgestellt – recht ausführlich, wie alle Antworten auf meine diagnostischen Fragen und immer in der dritten Person.
Ein Mann, 66 Jahre, kommt zu mir in die Praxis und erzählt, er hatte vor 4 Monaten einen Schlaganfall. Er war 5 Tage in der Klinik, danach in der akuten Reha. Mit der rechten Seite habe er noch ein bisschen Schwierigkeiten, das Gedächtnis sei noch nicht so ganz wieder auf der Höhe und auch die Sprache sei noch etwas verwaschen. Insgesamt habe er sich gut erholt. Was ein bisschen schwierig gewesen wäre, ist, dass der Schlaganfall kurz vor der Rente aufgetreten sei. Er sagt, er hätte nicht mehr so viel Kraft und mit dem Schlafen klappe es nicht mehr so. Seine Frau schicke ihn letztlich, weil sie ihn ein bisschen bedrückt erlebe, er sitze einfach oft nur so da.
Ich sollte mit Rollenspiel beginnen. Zunächst erwähnte ich kurz, dass ich verschiedene Symptome aus verschiedenen Bereichen gehört habe, dass ich mich daher erstmal für eine Richtung entscheide. Beim Sprechen habe ich mich kurz sortiert und führte dann weiter aus, dass ich den Anfang damit machen wolle, die depressive Symptomatik abzuklären. Im Rollenspiel habe ich den Mann aus Zeitgründen erstmal verkürzt „abgeholt“, wie ich zuvor auf der Metaebene schon angekündigt hatte. Aus Prüfungsprotokollen, in denen Frau Dr. O. Prüferin war, hatte ich

entnommen, dass sie nicht erwartet, dass man den psychopathologischen Befund von oben nach unten durchgeht, sondern dass man nur zeigt, dass man weiß, wo man sich befindet.
So habe ich die Haupt- und Nebensymptome der Depression abgefragt und sie jeweils im psychopathologischen Befund verortet. Zu allen Fragen erhielt ich sehr ausführliche Antworten. Aus diesen ging nicht immer eindeutig hervor, wie stark die Symptome ausgeprägt waren. Ich habe herausgehört, dass Antrieb und Interesse nicht mehr so ganz da wären, auch ein wenig Anhedonie konnte ich wahrnehmen (den Begriff „Anhedonie“ wollten sie explizit hören). Dass seine Stimmung zum Teil bedrückt war, hatte ich indirekt schon durch seine Frau erfahren. Er selbst konnte das nicht so richtig schildern. Er erwähnte noch, dass seine Konzentration nicht mehr so gut sei. Wie seine Schlafprobleme aussehen, darauf antwortete er, dass er schlecht einschlafe, sich in erster Linie Sorgen mache, weil er vieles nicht mehr so machen könne und er auch nicht wisse, wie es in Zukunft weitergehen soll, auch dass die Ergotherapie nicht so ganz klappen würde. Sein Appetit sei so weit normal. Im Krankenhaus hätte er nicht so gegessen und ein bisschen abgenommen. Ich warf ein, dass Krankenhausessen auch nicht immer so schmeckt, dazu meinte er, dass das sein könne. Und auf die Frage, ob es ihm bei seiner Frau wieder schmeckt, bekam ich eine umschriebene positive Antwort. An dieser Stelle fragte ich, trotz des anfänglichen Wunsches, es nicht zu tun, ob er ähnliche Phasen kenne, in denen andere ihn bedrückt erlebt hätten, etc. Wieder wurde mir sehr ausführlich geschildert, dass er im Studium schon mal so eine Phase hatte, da sei er ein bisschen verloren gewesen, irgendwie, als er dann angefangen hätte zu arbeiten, wäre es wieder besser gewesen. Auf meine Frage, ob er denn damals beim Arzt war, es vielleicht eine Diagnose gäbe oder etwas in der Art, um eine rezidivierende Depression oder eine bipolare Störung etc. auszuschließen, wurde mir das entsprechend verneint.
Bevor ich die Suizidalität abgeklärt habe, bin ich nochmal raus aus dem Rollenspiel, um zu erklären, dass ich nahezu alle Symptome der Depression abgefragt habe, nun noch die Gefährdungen abklären wollte. Bevor ich das tun konnte, wollte sie nochmals genau alle Haupt- und Nebensymptome der Depression aufgezählt hören.
Ebenso an dieser Stelle erklärte ich, wo ich gerade gedanklich stehe, dass ich die Depression abgefragt habe, weil mir die Symptome oben aufliegend erschienen, dass ich aber auch Ängste heraushöre, weshalb ich später gerne noch weiter in den Angststörungen explorieren würde, besonders die Generalisierte Angststörungen aufgrund der vielen Sorgen, die er sich mache. Genauso würde ich eine Anpassungsstörung in Betracht ziehen, das Zeitkriterium (max. 6 Monate) würde passen und sowohl ein Schlaganfall als auch die Tatsache, dass er den Übergang von Arbeit zu Rente nicht „normal“ erlebt hat und vielleicht auch noch nicht richtig verarbeiten konnte, könnten Auslöser dafür sein. (Oder die Rente selbst – dass habe ich allerdings vergessen zu erwähnen.)
Mir war hier wichtig, zu zeigen, dass ich nicht nur Symptome heraushöre, sondern den Menschen in seiner Lebenssituation wahrnehme und darauf eingehe – das kam sehr gut an.
SOSP war so weit unauffällig (die Antworten jeweils waren wieder sehr ausführlich und ich musste die eigentliche Antwort „heraushören“, die Fremdgefährdung hatte er schon irgendwann zuvor selbst ausgeschlossen).
Danach erklärte Frau Dr. O. das Rollenspiel aus Zeitgründen für beendet und wollte Verdachtsdiagnosen und meine differentialdiagnostischen Überlegungen hören. Da mir noch nicht so klar war, was ich an meinen ersten Verdachtsdiagnosen schon ausschließen konnte, gab ich ehrlich zu, dass ich mich zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht gerne festlegen würde. Dann habe ich nochmal so ähnlich aufgezählt, wie oben bereits beschrieben, was ich vermute und wieso. Dass ich zwar Symptome einer Depression wahrnehme, diese aber auch anderen Ursachen zurechnen könnte. Ich habe verschiedene F-Kategorien ausgeschlossen. Entweder hier oder bereits früher, ich weiß nicht mehr genau wann, habe ich noch die leichte kognitive Störung aus der F0 erwähnt, dass ich die auch im Hinterkopf habe, dass sie nach einem Schlaganfall ebenfalls auftreten könne und sich mit seinen Symptomen weitgehend deckt. Wo eine leichte kognitive Störung noch auftreten kann, wollten sie darauf wissen. Das hat mich etwas irritiert, und ich habe im Kopf alle F-Kategorien

ausgeschlossen, bis ich darauf kam, dass sie „nur“ wissen wollten, wo die gleichen Symptome so auch auftreten könnten: bei der Depression. Diese Antwort genügte.
Es war auch in Ordnung, dass ich mich nicht festgelegt habe auf eine Verdachtsdiagnose, sondern es offengelassen habe – Frau Dr. O. bemerkte, dass sich die Diagnose ja meist sowieso erst mit der Zeit bestätigen würde.

Nun wollten sie wissen, wie die ersten 5 bis 8 Therapiestunden aussehen würden.
Weil ich wusste, dass in Karlsruhe sehr viel Wert auf die Therapeuten-Patienten-Beziehung gelegt wird, erwähnte ich Dinge wie weitere Anamnese, Behandlungsvertrag usw. nur kurz. Als erstes würde ich ihm psychoedukativ verschiedenes erklären, (ich weiß nicht mehr so genau, was ich da alles erzählt habe) z.B., dass es nach so einem Schlaganfall durchaus ein Weilchen dauern kann, bis verschiedenes wieder „normal“ ist, dass er da geduldig und barmherzig mit sich sein darf. Weiter würde ich ihm einiges psychoedukativ über Depression erzählen. Das kann ihn schon sehr entlasten und Hoffnung geben. Ich würde mit ihm gemeinsam erarbeiten, wie eine Tagesstruktur aussehen könnte, welche angenehmen Aktivitäten er zu dem Zeitpunkt schon wieder aufnehmen kann, (es könnte ihm z.B. guttun, jeden Tag sich draußen ein wenig zu bewegen, vielleicht auch nur bis zur nächsten Bank laufen etc.), seine Frau mit einbinden (Schweigepflichtsentbindung!) etc. – dazu habe ich erwähnt, wieso ihm das helfen würde. Z.B., dass durch die Aktivitäten, so klein sie auch seien, er wieder mehr Selbstwirksamkeit erleben, Handlungsfähigkeit erreichen würde. Das ermutige und würde Hoffnung geben.
Für später könnte man auch ein Sonnenbuch oder Tagesprotokolle oder ähnliches schreiben lassen, um dabei auch destruktive Gedanken oder Glaubenssätze aufzufinden, die man wiederum umstrukturieren könnte. (Vermutlich bin ich auch nochmal auf die Rentenübergangssituation eingegangen.)
Und ich würde auch auf die Sorgen eingehen, sie näher mit ihm anschauen – z.B. würde ich sie mit ihm aufschreiben, sie hierarchisieren, aufteilen und jede einzelne anschauen, ob real, ob veränderbar etc.
Vermutlich habe ich noch mehr aufgezählt, (ich erinnere mich nicht mehr so ganz) … wurde aber unterbrochen – das Zeitargument.

Anschließend stellte mir Frau G. einen weiteren Fall vor:
Ein Mann, Mitte 30, schon länger bei mir, manchmal sei er sehr unangepasst und auch schnell erregt, auch seiner Frau gegenüber. Er kommt jetzt alkoholisiert in meine Praxis - was ich machen würde? Wie die Alkoholisierung aussah, wurde wieder sehr ausführlich beschrieben – kurz: eine leichte Fahne. Ich würde freundlich und wertschätzend auf ihn eingehen, aber klarmachen, dass ich laut Verhandlungsvertrag nicht therapeutisch arbeiten kann.
Sie fragten immer weiter und ich habe nicht ganz verstanden, was sie von mir hören wollten. Ich sagte weiter Dinge wie, ich würde mit ihm in den nächsten 2-3 Tagen einen neuen Termin machen, um über den „Vorfall“ zu reden, ich würde schauen, dass er sicher nachhause komme, vielleicht könnte ihn jemand abholen etc.
Ich hätte gern gesagt, ich bitte ihn erstmal rein, frage was los ist etc., habe mich aber nicht getraut, das schien mir zu „einfach“. Im Feedback danach klärten sie mich auf, dass sie genau das hatten hören wollen, und z.B. dass ich hätte fragen können, was denn anders gewesen wäre heute etc. Sie würden es aber der Prüfungssituation anlasten, dass ich das hier nicht gesagt hätte.

Frau Dr. O. stellte mir eine weitere Situation vor, wieder sehr ausführlich: wieder kommt jemand zu mir, der schon länger bei mir ist, wegen Depression, wir seien schon sehr gut vorwärtsgekommen. Nun sei er sehr erschrocken über sich, da er auf der Fahrt hierher den Gedanken hatte, gegen eine Laterne zu fahren.
Letztlich ging es auch hier nicht darum, die Suizidalität bis ins Detail abzufragen, sondern den Menschen abzuholen, einen Notfallplan für das nächste Mal, wenn so ein Gedanke wieder auftritt, zu erarbeiten (Notfallnummern – welches es denn gibt, wurde ich gefragt, und mir Infos zur

Vernetzung des AKL (Arbeitskreis Leben) in Karlsruhe gegeben), alternative Aktivitäten sammeln, soziale Kontakte nutzen, etc. bis zum Anti-Suizidvertrag und engmaschig Termine ausmachen und so weiter.
Was ich tun würde, wenn er jetzt akut suizidal wäre? Es reichte, zu sagen: „Die Polizei anrufen!", ihn nicht nachhause gehen zu lassen.
Wie ich ihm das erklären würde? Das PsychKHG wollten sie nicht hören, sondern dass ich erklärte: „ihr Leben ist mir so wertvoll, dass es mir wichtig ist, dass sie Hilfe bekommen." (oder so in der Art). Auf diesen Satz hat die Kommission richtig begeistert reagiert. Überhaupt reagierte besonders Frau G. immer nonverbal begeistert, wenn ich etwas in diese Richtung formuliert habe (in allen drei vorgestellten Fällen). Bei richtigen Antworten auf Wissensfragen nickte sie „nur" kurz mit dem Kopf.
Danach haben sie mich rausgebeten – und etwa 5 Minuten später wieder reingeholt. Als erstes teilten sie mir mit, dass ich bestanden hätte! (Meine Freude darüber wurde sichtlich geteilt). Bis auf den Kritikpunkt, den ich schon erwähnt habe, fanden sie, dass im ersten Fall erkennbar gewesen wäre,

- dass ich eine Struktur im Kopf hatte, den psychopathologischen Befund betreffend,
- dass ich nicht nur die akuten Symptome abgefragt hatte, sondern auch biographisch reingefragt habe,
- dass ich den Mann gut abgeholt hätte und auch gut gesehen hätte, dass es vielleicht auch noch etwas zu verarbeiten gibt, was den Übergang zur Rente betrifft etc.
- Ebenfalls positiv erwähnt wurde, dass ich die Symptome der Depression sicher abgefragt habe.

Frau Dr. O. fügte nochmals hinzu, wie wichtig Psychoedukation ist, dass die Menschen erstmal verstehen, was mit ihnen los ist. Und dass sie mir, wie allen, sehr ans Herz legen würde, regelmäßig Supervision in Anspruch zu nehmen.

Es war eine sehr praxisnahe Prüfung, die nicht nur Wissen abfragen sollte, sondern vor allem Wert daraufgelegt hat, wie wir mit dem Menschen umgehen, wie wir Beziehung gestalten und auch am Menschen selbst bleiben und nicht nur Konzepte im Kopf haben. Psychoedukation war einer der Schlüsselbegriffe und die Art und Weise der Gesprächsführung spielte eine große Rolle.

Praxiserfahrung kommt einem in Karlsruhe sehr zugute – und eine Prüfungsvorbereitung, in der man ganz viel reden übt: Wissen wiedergeben, Rollenspiel, psychoedukatives Reden und wie die ersten Therapiestunden für jedes einzelne Störungsbild aussehen.

Juni 2024

Pünktlich um 9 Uhr wurde ich freundlich von Frau Dr. Onken im Wartebereich abgeholt und in das kleine Prüfungszimmer gebracht. Sie war die Amtsärztin (Psychiaterin), die die Prüfung leitete. Neben ihr saß Herr Hegner? (Psychologischer Psychotherapeut), der ebenfalls Fragen stellte und Frau Winter, die als Heilpraktikerin das Protokoll führte aber nichts fragte. Außerdem war eine weitere Frau anwesend, die hospitierte. Ich wurde gefragt, ob ich damit einverstanden sei und auch, ob es in Ordnung für mich ist, wenn derzeit die Prüfung nicht aufgezeichnet werden kann (aus technischen Gründen).

Frau Dr. Onken informierte mich über den Ablauf. Wir haben maximal 40 Minuten, ich bekäme gleich einen Fall präsentiert, den ich im Rollenspiel mit ihr bearbeiten und dabei den psychopatholgischen Befund erheben, eine Verdachtsdiagnose äußern und mein Therapiekonzept für die ersten Stunden entwerfen solle.

Zunächst bat sie mich jedoch zu sagen, weshalb ich die Heilerlaubnis erlangen möchte. Darauf war ich gut vorbereitet und konnte ihr von meinen langjährigen Erfahrungen im ehrenamtlich seelsorgerischen Bereich und meiner vierjährigen Ausbildung zur Individualpsychologischen Beraterin & Seelsorgerin berichten. Ich erwähnte, dass die Ausbildung auf den Säulen

- Theorievermittlung verschiedener psychologischer Konzepte und Interventionen (mit Schwerpunkt auf der Individualpsychologie)
- Führen von Klientengesprächen mit Falldokumentationen
- Einzel- und Gruppensupervisionen und
- Eigenreflexionen und Lehrberatungen beruhte.

Mein Eindruck war, dass die viele Praxis während meiner Ausbildung als sehr wertvoll bewertet wurde.

Dann wurde mir der Fall geschildert:

Ein Mitte 30jähriger Bankkaufmann, mit Freundin zusammenlebend, wurde zu mir von seiner Freundin und seinem Hausarzt geschickt. Es ginge ihm ganz schlecht. Oft müsse er deshalb früher von der Arbeit nach Hause, sei öfter krankgeschrieben. Er ziehe sich sehr zurück, gehe kaum noch raus. Ins Fußballtraining gehe er nicht mehr und auch das zur Zeit stattfindende PublicViewing könne er nicht mehr besuchen, obwohl er das gerne würde. Der Arzt habe Herz und Lunge untersucht, auch der Ultraschall und die Laborwerte seien unauffällig. Die vielen langen Untersuchungen seien für ihn sehr anstrengend. Er sei davon völlig kaputt und möchte diese Termine zukünftig reduzieren.

An der Stelle sollte ich ins Rollenspiel einsteigen.

Ich fragte den Klienten, was ihn genau zu mir führt, es ginge ihm ja gerade sehr schlecht. Damit wollte ich sein Erleben von ihm hören, um Symptome heraushören zu können. Frau Dr. Onken kürzte das ab und sagte, das habe sie mir ja alles bereits beschrieben.

Da Frau Dr. Onken zu Beginn sagte, sie wünsche sich einen psychopathologischen Befund, war ich etwas verunsichert und fragte, ob Sie möchte, dass ich nun durch die gesamte Abfrage durchgehe. (Aus anderen Protokollen hatte ich in Erinnerung, dass das aus Zeitgründen eigentlich nicht erwünscht ist und man eher direkt dort den „Pflock einschlägt“, wo man es aufgrund der geschilderten Symptome vermutet). Sie sagte, ja, machen Sie mal.

Dann begann ich (unsicher, ob ich jetzt wirklich alle Elementarfunktionen erfragen sollte): Ich erlebe den Mann bewusstseinsklar, voll orientiert – liege ich da richtig? Sie antwortete: „Ja!“, ich müsse das nicht weiter abfragen. Ich solle – aus Zeitgründen- direkt zu den offensichtlich betroffenen Elementarfunktionen gehen.

Da mir geschildert wurde, dass der Mann sowohl am Herz als auch an der Lunge ausgiebig untersucht wurde, vermutete ich etwas in Richtung Panikattacken/Panikstörung. Ich fragte im Rollenspiel also direkt nach vegetativen Symptomen. Das bejahte mir der Klient. Herzrasen, Angst keine Luft mehr zu bekommen, sich ganz komisch und schlecht zu fühlen, Angst, zu sterben.

Ich fragte nach der Häufigkeit / seit wann und ob es einen Auslöser gab. Einen direkten Auslöser konnte Klient nicht mehr erinnern. Er habe diese Anfälle seit mehr als vier Wochen und ca. 2-3 pro Woche, ohne erkennbare Ursache. Er habe aber bei der Arbeit seine Abteilung gewechselt, bekam einen Aufgabenbereich dazu.

Ich ging kurz aus dem Rollenspiel und sagte in die Runde, dass ich aufgrund der Symptome eine schwere Panikstörung erkennen kann.

Zurück im Rollenspiel ging ich dann auf den Rückzug und das Vermeidungsverhalten ein. Klient bestätigte mir, dass er, als er die ersten Anfälle hatte, vermieden hat, irgendwo hinzugehen, wo es hätte wieder passieren können, daher auch die vielen Krankschreibungen.

Frau Dr. Onken holte mich aus dem Rollenspiel und bat mich, mit Hinweis auf die Uhr, meine Verdachtsdiagnose zu äußern. Ich sagte, dass die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt seien und

ich Anzeichen für eine Agoraphobie sehe: Vermeiden von Menschenmassen, Öffentlichkeit, Reisen/weitere Entfernung von Zuhause. Hier müsste ich aber differentialdiagnostisch weiter abklären, weshalb er die unterschiedlichen Situationen meide. Es könne sich ggfs. auch um eine Sozialphobie (in neuer Abteilung könne er evtl. jetzt Kundenkontakt haben, den er davor nicht hatte; die soziale Interaktion bei den Arztterminen könnte ihn ängstigen) oder andere spezifische Phobien handeln. Es könne auch eine Anpassungsstörung sein mit vorwiegender Störung anderer Gefühle (Angst/Anspannung/Sorge). Einen Auslöser gab es durch den beruflichen Wechsel.

Außerdem müsse ich abklären, ob der Klient Substanzen konsumiert, die für die vegetativen Symptome verantwortlich sein könnten.

Der soziale Rückzug gibt mir Hinweise auf eine mögliche depressive Symptomatik, die ich auch näher explorieren müsse. Das wurde nickend zur Kenntnis genommen, ich sollte das aber nicht weiterverfolgen.

Psychotik müsse ich noch abklären. Das ängstliche Verhalten könne auch daher kommen. Ich wurde gefragt, wie ich das genau abfragen würde: Nehmen Sie Dinge wahr, die andere nicht wahrnehmen (hören, sehen, …). Haben Sie das Gefühl, dass Sie von außen beeinflusst werden? Hier wollte sie wissen, was ich da genau abfrage. Die Ich-Störungen. Was gehört denn alles zu den Ich-Störungen. Das habe ich aufgezählt.

Ich sagte noch, dass sehr wichtig sei, dass ich die Suizidalität abkläre. Frau Dr. Onken sagte, dass mir der Klient auf meine Frage nach der Suizidalität sagen würde, dass er darüber nicht nachdenke. Ich solle nun sagen, wie ich mit ihm arbeiten würde.

Dann wiederholte ich, dass ich als Grundlage von einer Agoraphobie mit Panikstörung ausgehe. Hier bekam ich erst einmal keine Bestätigung, ob ich richtig lag.

In meiner Arbeit mit dem Klienten würde ich zunächst Wert auf einen Behandlungsvertrag bzw. die Einwilligung des Klienten legen. Ohne Einwilligung darf ich nicht an ihm handeln, auch keine Diagnose stellen.

Dann würde ich ihm, im Rahmen der Psychoedukation erklären, „was mit ihm los ist“. Ich würde den Angstkreislauf erklären und auch auf die eigentlich (bei tatsächlich gefährlichen Situationen) normale und harmlose Angstreaktion des Körpers bei Panikattacken eingehen. Das könne schon helfen, eine erste Stabilisierung zu bewirken.

Ich würde ihm zur Behandlung die Verhaltenstherapie mit Konfrontationsverfahren, hier Exposition empfehlen, die er auch von seiner Krankenkasse bezahlt bekäme. Bei mir ist er Selbstzahler.

Frau Dr. Onken meinte, dass er lange auf einen Platz bei einem Verhaltenstherapeuten warten müsse. Ich sei richtig gelegen mit meiner Diagnose. Ich habe ihm ja schon einiges angeboten im Rahmen der Psychoedukation. Gäbe es denn noch etwas, das ich tun könne, so lange er auf einen Platz warte?

Ich ging auf die Panikstörung ein. Hier könnten nicht verarbeitete Gefühle beteiligt sein, die ich mit ihm nachbearbeiten könnte. Ich würde dem Klienten, mit Hilfe eines Gefühlsrads helfen, wahrzunehmen, welche Gefühle überhaupt da sind und wozu sie ihm dienen wollen. Das reichte ihr schon und sie beendete diesen Fall.

Es meldete sich dann der psychologische Psychotherapeut zu Wort. Er werde mir nochmal einen Klienten vorstellen, möchte aber kein Rollenspiel mehr machen.

Der Klient komme zu mir in die Praxis und sage, er wolle unbedingt mit dem Trinken aufhören, es gelänge ihm aber nicht. Seine Frau leide sehr unter seinem Konsum. Er würde in letzter Zeit täglich mindestens ein Glas Wodka trinken, zuvor war es noch Bier. Er müsse schon morgens trinken.

Was machen Sie mit ihm? Bitte, mit Blick auf die Uhr, nur kurz.

Ich sagte, zunächst müsse ich abklären, ob es noch schädlicher Gebrauch ist oder ob schon eine Abhängigkeit vorliege. Wie machen Sie das?

Abhängigkeit wurde von WHO mit 6 Symptomen gekennzeichnet, von denen mindestens 3 vorhanden sein müssen. Welche sind das?

Habe den AZTEKE aufgezählt. Wie sieht es bei Ihrem Klienten aus? Ist er schon abhängig?

- Andauernder Konsum trotz negativer Konsequenzen war erfüllt (Frau/ Ehe leidet)
- Toleranzentwicklung war erfüllt (Bier reicht nicht mehr > Wodka)
- Entzugssymptome war erfüllt (trinkt schon morgens).

Ich sagte, ja, der Klient ist abhängig. Wurde bejaht.

Was machen Sie jetzt? Ich habe die vier Phasen in der Therapie der Abhängigkeit beschrieben und gesagt, ich könne nur in Motivations- und Nachsorgephase tätig werden. Motivierend würde ich versuchen, ihn zu einem Besuch einer Sucht Beratungsstelle und/oder einer Selbsthilfegruppe zu bewegen.

Nein, das wolle er nicht und er wolle auch auf keinen Fall in eine Entzugsklinik gehen. So lange möchte er nicht von zu Hause weg sein. Er möchte den Entzug gern zuhause selbst durchführen.

Ich sagte, dass das aufgrund einer Delirgefahr gar keine gute Idee ist und ich dem Klienten dringend davon abraten muss. Das wurde bestätigt.

Frau Dr. Onken übernahm wieder und entschuldigte sich fast, dass die Zeit schon um sei und wir jetzt fertig seien. Ich solle doch bitte kurz raus gehen.

Ich wurde wieder hereingeholt und Frau Dr. Onken gratulierte mir zu bestandenen Prüfung. Sie sagte, man hätte gemerkt, dass ich schon einige Klientengespräche geführt habe und eine gute Struktur im PB vorweisen könnte.

Rückblickend würde ich sagen, dass für dieses Prüfungsteam das Vorweisen von Praxiserfahrung wesentlich war.

Juni 2023

Ich hatte tatsächlich 3 gut gelaunt Prüfer (da habe ich schon viel anderes gehört) und wurde (ebenfalls im Vergleich zu weiteren Prüflingen vor mir) begrüßt mit einem „Sie haben aber einen spannenden Lebenslauf“ – hatte nämlich von anderen Prüflingen gehört, dass sich die Prüfer in Karlsruhe weder den Lebenslauf durchlesen, noch irgendetwas zu den praktischen Erfahrungen oder Beweggründen zu dem Entschluss, den HP machen zu wollen, hören möchten.
So hatte ich die Möglichkeit, ein wenig von meinem Werdegang zu berichten.
Anschließend wurden mir von dem Psychotherapeuten und der Psychiaterin jeweils ein Fall geschildet.

Fall 1:
„Ein junger Mann kommt zu Ihnen mit den Worten „Meine Freundin hat mich geschickt, ich habe in letzter Zeit es nicht mehr geschafft zur Uni zu gehen und ich habe einfach keine Motivation, aber ich weiß eigentlich gar nicht, ob ich richtig hier bin“.“
Nach dem Ausschließen einer Depression habe ich nach schizophrenen Symptomen gefragt, die mich schließlich auf die Verdachtsdiagnose drogeninduzierte Psychose durch Cannabis gebracht haben (durch Erfragen der Schlafgewohnheit, zu Halluzinationen und zu einem möglichen Wahn).
Als ich zur Behandlung gefragt wurde, meinte ich nur, dass ich ihn an eine Beratungsstelle und ggf. zum Psychiater schicken würde und maximal begleitend mit ihm arbeiten würde.
Anschließend wurde ich gefragt, wie ich die Notwendigkeit eines Termins beim Psychiater dem Klienten erklären würde, sodass er auch geht.

Fall 2:

„Eine Frau kommt gerade frisch aus der Klinik mit der Diagnose Agoraphobie – sie ist Lehrerin und hat nach 20 Jahren im Beruf plötzlich eine Angst im Unterricht entwickelt. Wie arbeiten Sie mit ihr?“
Zunächst einmal habe ich versucht, eine zusätzliche Erkrankung auszuschließen: Frage nach körperlichen Symptomen, zu einem Besuch beim Hausarzt, zu ihrer aktuellen Medikamenteneinnahme, zu einer möglichen Veränderung ihrer Symptome usw.
Schließlich unterbrach mich die Psychiaterin und meinte „Jetzt sagen sie uns doch mal wie sie die Frau behandeln – und seien jetzt mal nicht so vorsichtig!“. Also habe ich meinen Behandlungsplan mit Schwerpunkt auf Systematischer Desensibilierung (inkl. Entspannungsverfahren mit einer graduierten Exposition) vorgestellt.
Anschließend wollten die Prüfer noch wissen, welche weiteren Arten der Exposition es gibt und was die Risiken einer massiven Exposition sind. Hier habe ich körperliche Risiken bei Personen mit Herzschwäche und ein Riskieren des Vertrauens des Klienten genannt.
Anschließend wollte die Prüferin wissen, was ich therapeutisch machen würde, wenn sich herausstellen würde, dass der Vater der Klientin zu einem ähnlichen Zeitpunkt an einer Agoraphobie erkrankt wäre. Hier ging es weniger um eine konkrete Antwort, sondern um ein „kompetentes Brainstorming“. Ich habe hier Punkte wie Erlerntes Verhalten, Familienaufstellung, Beziehungsdynamiken, genetische Prädisposition usw. genannt und ein bisschen darüber erzählt, wie ich das mit ihr angehen würde.

Mein Resumé: Es kommt total auf die Prüfer an! Meine Lernpartnerin hatte 3 Wochen vorher Prüfung und hatte ein komplettes Kontrastprogramm

Meine Empfehlung:
- auf jeden Fall einen Therapieplan für 10-12 Gespräche für verschiedenen Störungsbilder aufstellen
- laut denken! Beim differenzialdiagnostischen Vorgehen laut aussprechen was man denkt, sodass man sieht, dass ihr differenziert denkt

---

Dezember 2018

Anwesend waren: die Amtsärztin, ein psychologischer Psychotherapeut, der die Prüfung auch durchführte, und eine Heilpraktikerin für Psychotherapie.
Der psych. Psychotherapeut ist mit Formulierungen eingestiegen, die ich nicht verstanden habe und mit einer Aufforderung, die mir den Boden unter den Füßen weggezogen hat:
Das Einzige, was ich verstanden hatte, war: er würde mir nun eine Fallgeschichte erzählen und bittet mich anschließend, einen schriftlichen Entwurf eines Therapieablaufes über 28 Stunden anzufertigen…

Nachdem ich den 1. Schock überwunden hatte konnte ich nur noch „ja“ sagen und schon ging es mit der Fallbeschreibung los.
Anschließend hat sich dann das Sprichwort bewahrheitet, dass „nicht so heiß gegessen wie gekocht wird“…
Mein Fallbeispiel bestand dann aus einer jungen verheirateten Mutter zweier Kleinkinder, deren Mann sehr oft auf Geschäftsreise war und die sich oft überfordert fühlte und deshalb den Gang zur HPL für Psychotherapie antrat.
Ich konnte dann ein Anamnesegespräch führen, da sich der Psychotherapeut als Patientin zur Verfügung stellte.
Ab diesem Moment wurden alle 3 Prüfer ganz sanft und liebenswürdig und ich konnte meinen anamnestischen Schwerpunkt auf die Eruierung des sozialen Umfeldes der Patientin und deren Symptome legen. Wichtig waren mir dabei der zeitliche Beginn der Krankheitssymptome, wie „Händewaschzwang“, der Angstsymptome und der Zwangsgedanken.

Durch die Aussagen der Patientin zu diesen Symptomen konnte ich differentialdiagnostisch eine affektive Störung, eine Persönlichkeitsstörung und eine Belastungsstörung ausschließen.
Allerdings hatte ich mir zu diesem Ausschluss Zeit genommen, denn ich wusste bis dahin noch nicht, ob mir die Prüfer die Diagnoseermittlung einer Zwangsstörung wirklich so einfach machen würden.

Die nächste Frage war dann die der Therapie.
Nachdem ich zuerst die Notwendigkeit einer genauen hausärztlichen Untersuchung mit Blutlaborparametern, EKG und ggf. Schädel CT formuliert hatte, nannte ich die Verhaltenstherapie das Mittel der Wahl und beschrieb dann die Technik der Klassischen Konditionierung.
Hierbei führte ich Beseitigungstechniken wie „system. Desensibilisierung", die „graduierte, abgestufte Exposition" und das „Flooding" an.
Der Prüfer legte auch auf die Formulierung der Tatsache wert, dass „Entspannung" und „Angst" nicht gleichzeitig vorhanden sein können.
Außerdem war noch die Psychoedukation des Patienten wichtig, deren Inhalt das Erklären des Zustandekommens der Angst und deren Symptome ist.

Nach der Reflektion der mündlichen Prüfung kann ich sagen, dass ich fair, zuvorkommend und ermutigend behandelt wurde und diese Tatsache möchte ich auch als Ermutigung an all' diejenigen weitergeben, die diese Prüfung noch vor sich haben!

Januar 2016

Die Prüfung war alles mehr ein Dialog als ein einseitiges Explorieren, hat mir sehr geholfen da ich ja keine Übungsgruppe hatte und das meiste mir selber erzählt habe 😊

Es waren drei Prüfer: ein Psychologischer Psychotherapeut, Amtsarzt Dr. Hopp und eine Heilpraktikerin.
Dr. Hopp fing an, klärte mich über den Ablauf auf und wollte dann meinen Werdegang wissen.
Hat auch nach der IP gefragt, christlich und psychologisch, hab ihm dann Adler erklärt.
Das mit unserer Vision hat ihm dann offensichtlich gefallen.
Hat mich noch nach meiner Lieblingsmethode gefragt. Ich KVT und dass ich viel Erfahrung mit ABC-Methode von Ellis hätte.

Dann hat mir der Psychomensch einen Fall aus der Praxis geschildert zu dem ich meine Verdachtsdiagnose stellen sollte.

Patientin kommt in Praxis, kann seit 5-6 Wochen schlecht schlafen, hat Albträume, wacht nachts öfters auf, zieht sich zurück und ist missgestimmt.
Sie arbeitet als Kellnerin, lebt mit ihrem Partner zusammen, die Partnerschaft sei gut. Sie war schon beim Hausarzt, sei erschöpft und seit 2 Wochen krankgeschrieben.
Was ist meine Verdachtsdiagnose?
Ich: PTB oder Depressive Episode. Richtig
Woran ich das festmache und wie ich weiter fragen würde.
Hab dann nach belastendem traumatischem Erlebnis gefragt. Ja, sie hatten vor 7,5 Wo in der Kneipe einen Überfall mit Pistole und Kollegin hat dann das Geld rausgegeben.
Hab dann noch nach dem freuen können und Interessen gefragt, das war unauffällig.

Was mach ich mit der? Ich, die schick ich zum Trauma-Therapeuten, denn das bin ich nicht. Darauf meinte der Amtsarzt, naja nach der kurzen Zeit, bis die da einen Termin kriegt ...
OK, Wenn ich sie therapieren würde (darauf war ich nicht eingestellt) dann wie, soll mal die ersten 5-10 Stunden schildern.

Ich fing dann an mit dem sicheren Ort finden. Wie ich das machen würde? Habe erzählt, dann Gesprächstherapie und Entspannungsübungen.
Evtl. noch kognitiv, Gedanken – Gefühle – Verhalten beeinflussen sich gegenseitig, weg von den Gefühlen.
Dann hat Dr. Hopp mich noch den Unterschied zur Anpassungsstörung erklären lassen, wollte, die 2 Arten von Traumata wissen, den Verlauf bzw. die Prognose und was im schlimmsten Fall daraus werden könnte. Da wollte er hauptsächlich auf die Persönlichkeitsänderung raus.

Wenn es ein Testverfahren für die Feststellung einer PTB geben würde welche 7 Fragen würde ich da reinschreiben? Weiß nicht mehr ob wir überhaupt auf sieben kamen. Das lief dann mehr so im dialogischen Gespräch ab.

Danach fragt mich die Heilpraktikerin nach den Differenzialdiagnosen der Demenz.
Das habe ich dann auch alles aufgezählt.

Daraufhin sagte mir der Amtsarzt, dass sie mir jetzt noch zwei Fragen stellen würden.
Der Psychologe fragte mich, wenn ein Arzt einem Patienten eine "Richtlinientherapie" verordnet, was meint er dann damit?
(Sowas wurde doch auch Inge gefragt, gell, die wusste nur den Begriff nicht mehr.)
Ich habe erst ein bisschen rumgefaselt und dann gesagt, dass ich das noch nie gehört habe und nicht wüsste was er damit meinte.
Das seien die Standartmethoden wie VT, Psychoanalyse und noch eins, hab's vergessen, Gesprächstherapie? welche die Kassen finanzieren würden, nur eben nicht bei mir als HP.

Die letzte Frage, mit der ich auch gerechnet habe, war die Frage nach der Schweigepflicht.
Dr. Hopp fragte mich, ob ich der Schweigepflicht unterstehe und ich soll nicht gleich antworten sondern drüber nachdenken.
Das hat mich etwas irritiert, weil ich mein Leben lang in allen Berufen der Schweigepflicht unterstehe und ihm die Bedeutung gerne gesagt hätte.
Aber eben nicht als Heilpraktiker, worüber ich doch sehr erstaunt war. Er klärte mich dann auf ....., fragte was ich dann machen könnte, ????
Dass man eine Vereinbarung in einem Vertrag machen kann, ich sagte, dass ich das drinstehen habe.
Das muss ich nochmal nachprüfen, war mir nicht bekannt/bewusst.

Das war alles, dann musste ich rausgehen.
Als ich reinkam fragten sie mich nach meiner Einschätzung.
Die fiel, ja klar, wieder schlechter aus als sie es erlebt haben, auf jeden Fall, ich hab bestanden.
Sie meinten, vom Wissen hätte es noch mehr sein können aber sie haben gemerkt, dass ich Erfahrung habe und wüsste was ich tue.
Während der Prüfung war ich wesentlich ruhiger als teilweise zuvor. Und es gab auch einen Moment, wo ich gesagt habe, Moment, jetzt muss ich aufpassen, was ich hier sage, hatte den Eindruck ich rede mich um Kopf und Kragen 😄

Es ist viel zu lernen aber durchaus zu schaffen, allen die in deinen Kursen sind, wünsche ich viel Erfolg.

PS. Jetzt wurde doch noch ausführlicher, konnte mir aber tatsächlich sogar die Fragestellungen merken,
gut, dass ich „Brain Formular" (rein biologisch) genommen habe. Hilft dem Gehirn.

Mai 2015

Am Anfang musste ich meinen Werdegang darstellen, dafür brauchte ich etwa 4 Minuten.

Dann kam die Frage nach einer Frau, die sich wegen Schlafstörungen bei mir meldet. Es waren aber sehr offensichtlich depressive Symptome vorhanden und ich habe mein Wissen angebracht, indem ich erwähnte, dass es natürlich Schlafstörungen als eigenes Störungsbild gibt, wenn sonst nichts vorliegt, aber hier, im Zusammenhang mit den weiteren Symptomen, habe ich die Verdachtsdiagnose depressives Syndrom.

Um meine Vorsicht zu zeigen und auch mein Wissen zu demonstrieren, habe ich ausgeführt: „Um nichts zu übersehen würde ich dennoch den pathologischen Befund vollständig erheben mit Bewusstsein, Orientierung, Gedächtnis, „, aber da unterbrach mich der Prüfer, um Zeit zu sparen und sagte, ich soll auf Depression eingehen und Differenzialdiagnose stellen.

Zunächst habe ich die Symptome ausgeführt und erläutert, dass ich nachfrage, ob es eine rezidivierende Depression ist oder zum ersten Mal, ob sie leicht, mittel oder schwergradig ist, ob es auch manische Episoden gab, um es zu differenzieren von der bi-polaren Störung. Da wurde ich wieder unterbrochen und gefragt, wie denn die manischen Symptome aussehen würden. Ich erklärte die Symptome der Manie. Und als ich dann weiter Differenzialdiagnostisch mit der PTBS weiter machen wollte, da ging der Prüfer schon zur nächsten Frage über, das reichte ihm schon und fragte, wie ich denn nun diese Depression therapieren würde, ich soll mal die ersten Stunden 1-10 meines Therapieplanes darstellen.

Ich fing an: Die ersten Stunden Gesprächstherapie um ein Vertrauensverhältnis auf zu bauen, noch mehr Hintergründe zu explorieren und die Muster zu erkennen.

Dann konnte ich sehr gut das Skript zur KGV von Robert anbringen:

Psychoedukation: Was ist Depression, emotionale Entlastung der Klientin, dass es eine Erkrankung ist und dass sehr viele Menschen dieses Leiden teilen. Ließ mit einfließen, dass Schuld- und Versagensgefühle häufig bei Depression vorkommen, die es aufzufangen gilt.
Und dann die Kognitive Vorbereitung: Die vier Faktoren: Körper, Gefühl, Verstand, Verhalten! Erklärt, wie sie sich gegenseitig beeinflussen und wie man mithilfe der KGV an jedem einzelnen Faktor ansetzen kann. Ich fing an mit Entspannungsübungen z.B. Atemübungen, weil sie wegen Schlafstörungen kam und Schlaf sehr wichtig ist. Kognitiv erläuterte ich das ABC-Modell von Ellis am Beispiel des dysfunktionalen Gedankens: "Alle schaffen es morgens auf zu stehen, nur ich nicht". Und dann auch an dem Verhalten angesetzt: Aktivitätenaufbau (ganz wichtig, wegen Verstärker-Verlust-Modell), sie bekommt durch gute Aktivitäten wieder mehr positive Verstärkung. Und natürlich Suizidalität abgefragt und auch erwähnt, dass die besten Erfolge bei mittel- bis schweren Depressionen erzielt würden in einer Psychotherapie kombiniert mit Pharmakotherapie....aber das muss der Arzt machen, nicht ich.

Bis dahin lief es sehr gut. Aber dann kam mein Schwachpunkt, von dem ich gehofft hätte, er kommt nicht: Drogen...hier Kokain:
Ein Mann kommt zurück von Südamerika und hatte dort Kontakt zu Drogen und hat Kokain genommen. Er kommt zu ihnen, was machen sie mit ihm?

Ich wusste noch, dass man Kokain auch Managerdroge nennt und dass sie aufputscht, aber als er nachfragte, machte ich aus einem Trip der max. 90 Minuten dauert einen 8-Studen Trip und erzählte von Enzugssymptomen wie Schwitzen, Übelkeit, Angstzustände und Depression. Ich war leider durch die Panik so unkonzentriert, dass ich nicht mehr strukturiert denken konnte um schädlichen Gebrauch und Abhänigkeit erst mal zu unterscheiden und die Suchtkriterien auf zu zählen. Und ich war so durcheinander, dass ich ihn körperlich und psychisch abhängig nannte, bis der Prüfer sagte, dass Kokain nur psychisch abhängig macht. Er hat dann sehr auf den Entzugserscheinungen rumgeritten.

Gott sei Dank, war Depri und Angst richtig, aber auf Halluzinationen bin ich nicht gekommen, bis er es selbst nannte und mich fragte, was für Halluzinationen es denn wären, Ich nannte das, was mir als erstes einfiel: optisch und akustisch. Der Prüfer vervollständigte dann, dass gerade die taktilen Halluzinationen sehr gefürchtet wären und mit was noch eine Gefahr sei?
Da konnte ich dann die politoxikomanie nennen, dass eben mehrere Substanzen genommen werden. Und er wollte wissen was. Ich nannte viel und er wollte Heroin hören, da konnte ich wenigstens das Stichwort Speedball noch nach schieben. Und er fragte wer Kokain nimmt und ich sagte, z.B. Leute im Verkauf, die unter großem Leistungsdruck stehen, oder Stars auf der Bühne, um gut drauf zu sein während der Show. und er fragte aber immer weiter: „Wer noch?"
Ich sagte dann, dass Drogen generell durch alle Schichten gehen, aber dass es auch bei Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, oder Dissoziale gehäufter vorkommt.

Er sagte dann, dass ich von einer Person ausgehen soll, die nicht abhängig ist, sondern nur schädlichen Gebrauch hat. Was ich mit ihm machen würde.:

Ich beschrieb, wie ich multimodal arbeite und frage ob er in einer Selbsthilfegruppe ist oder bei der Drogenberatungsstelle, ob er hier in Deutschland noch Kontakt zu Drogen hat oder ob das ein vollständiger Schnitt war, seit er zurück ist von Südamerika, Ich frage ihn nach der Taggesstruktur und ob er Vertrauenspersonen hat. Es ging dann um Rückfallprophylaxe, Frühwarnsystem, soziales Netzwerk, Selbstschutz, und Umgang mit dem massiven Craving, wo ich dann Bewältigungsstrategien nannte, wie Ersatzdroge Kaffee...
Ich wusste viel aber es kam eben nicht wirklich strukturiert rüber, wie ich das souverän anhand der KVT bei Depri gemacht habe. Es kam mehr aus dem Raten, dem gesunden Menschenverstand und aus meiner langjährigen Erfahrung.

Ich wurde dann nach meiner Ausbildung gefragt und da haben sie es nicht bewenden lassen damit, dass ich sagte, dass ich eine gemacht habe, sondern sie merkten dann schon, dass es keine Vollzeitausbildung, sondern ein Crash Kurs war. Aber so war es halt, ich konnte auch nichts dran ändern.

Zum Schluss kam noch eine Masterfrage, was eine (...)-Therapie (weiß das Wort nicht mehr) sei ... und ich führte aus, dass wenn der Hausarzt diese Art Therapie seinem Patienten empfiehlt, dann meint er damit, einen Psychotherapeuten oder Psychiater im Gegensatz zum Heilpraktiker für Psychotherapie. Das war geraten und Gott sei Dank richtig.
Und zum Abschluss: was da an Modalitäten anders sei, da konnte ich natürlich sagen, dass diese über Kasse abrechnen können und ich nicht. War auch richtig.

Trotz allem habe ich mich sehr gefreut, als ich raus ging, und hatte den Eindruck, ich habe bestanden. Und nach kurzem Warten riefen sie mich wieder rein und fragten mich, wie ich es fand, und ich sagte, gut, und sie sagten, wir auch.

Sie meinten es wäre sichtbar geworden, dass ich nicht nur Buchwissen angelesen hätte und dass ich vorsichtig bin mit den Klienten, denn sie wären doch oft recht hilflos, wenn sie in die Praxis kommen, und ich sollte noch mehr an der Ausbildung feilen, noch was oben drauf setzen. Sie wären erst skeptisch gewesen, weil ich doch sehr wenig (zertifizierte) Ausbildung nachweisen konnte, aber im Gespräch hätten sie schon gemerkt, dass da viel da ist und ich aus der Praxis komme.

Ich bin froh, dass es nicht auf das Hundertprozentwissen in allen Bereichen ankam, und dass der Prüfer auch fehlende Infos ergänzt hat und mit Fragen geholfen hat. Ich hatte das Gefühl, dass sie wertschätzend waren. Bis auf die Kokainsache habe ich viel gewusst und der Gesamteindruck hat wohl überzeugt.

Ich war sehr erleichtert als ich rauskam und sehr dankbar und froh.

Wenn ich, wie ursprünglich angefangen, über Fernstudium meine Ausbildung gemacht hätte, dann hätte ich die schriftliche evtl., aber die mündliche Prüfung auf keinen Fall geschafft. Nicht nur das

pathologische Wissen, sondern auch die viele Erfahrung, die du und Robert immer mit eingeflochten habt, und die praktischen Hinweise und Ratschläge waren einfach unersetzbar.

Ich hoffe meine Doku ist hilfreich für dich und für diejenigen welche die Prüfung noch vor sich haben.

Mai 2014

Sie dauerte 30 min und verlief sehr straff.
Mir wurden zunächst weder Fragen zu meiner Person noch zu meiner Ausbildung gestellt.
Es hieß nur: „Sie bekommen Fälle und müssen diese analysieren, Diagnose erstellen und ein Therapiekonzept entwickeln."

Der erste Fall war eine depressive Frau mit Suizid in der Familienanamnese - es war also wichtig, auf den Suizid einzugehen und ich wurde gefragt, ob ich das ansprechen würde. Mit meinem Ja waren sie dann aber auch schon zufrieden, tiefer ging es nicht.

Nach 20 min, sagte die Amtsärztin, dass wir in Anbetracht der Zeit noch einen zweiten Fall besprechen werden.

Diesmal waren die Angaben, die ich bekam, recht undifferenziert, so dass nicht so schnell deutlich wurde, was hinter dem Fall steckt.

Ich habe dann einige Rückfragen gestellt und so einiges ausgeschlossen.

Als 30 min um waren, wies die Amtsärztin darauf hin und fragte die anderen, ob sie verlängern möchten.

Alle drei haben das verneint und ich durfte hinausgehen.
Nach kurzer Zeit wurde ich wieder hineingebeten und beglückwünscht.
Rückmeldung war, ich hätte gut nachgefragt und erarbeitet, Therapiemöglichkeiten hätte ich auch noch mehr nennen können, aber es war für sie in Ordnung so.

Nun wurde ich noch kurz gefragt, wofür ich die Erlaubnis möchte, dann war Schluss.
Schriftlich wird die Erlaubnis zugestellt, bekommt man in Karlsruhe also nicht sofort.

Gesprochen haben nur die zwei Ärztinnen, ich nehme an, die dritte war Heilpraktikerin, hat sich aber gar nicht in die Befragung eingebracht.

Die Atmosphäre war freundlich und angenehm, so dass ich im Verlauf immer ruhiger werden konnte. :-)

Schade, dass man vorher nicht weiß, was sie alles nicht fragen werden. :-)

Allen, die die Prüfung noch vor sich haben, gutes Weiterlernen und gutes Gelingen!

@Andrea - und bitte auch an Robert weiterleiten - danke für die sehr gute und fundierte Vorbereitung auf diese Prüfung!

Der Kurs war sehr gut!