

Gedächtnisprotokoll mündliche Prüfung Heilpraktiker-Psychotherapie vom 17.05.2017

Ich war ziemlich aufgeregt, denn es war mein zweiter Anlauf, aber dieses Mal wusste ich ja, was auf mich zukommt und ich war sehr gut vorbereitet. An den Namen des Protokollanten (er holte mich rein und begleitete mich raus) erinnere ich mich leider nicht, er sprach seinen Namen sehr undeutlich, war aber in seiner Art vertrauensvoll und freundlich. Genauso verschluckte auch die Prüferin ihren Namen, aber auch sie war freundlich, zugewandt, lächelte und nickte hier und da. Herrn Alf (HPP) kannte ich bereits vom ersten Mal, er hatte eine ruhige, besonnene Art. Zunächst waren die Formalien (Ausweis, Unterschrift, Tonband, Papier zurechtlegen). Dann startete die Prüferin:

Zunächst stelle ich Ihnen einige Einstiegsfragen, bevor wir dann zum Fall übergehen. Wenn Sie direkt ans Ende der Therapie denken, was kann denn da passieren? Was kann da sein?

Zunächst habe ich erzählt, wie sich das reguläre Ende einer Therapie gestaltet, wenn die Therapieziele erreicht werden:

- Ziele sind messbar, Symptome sind zurückgegangen, bestenfalls nicht mehr vorhanden, Pat. hat Problemlösetechniken gelernt, kann mit Problemen umgehen, Lösungen finden, kann Techniken auf andere Lebensbereiche übertragen, hat neue Verhaltens- und Denkmuster, seine Ressourcen sind aktiviert, Kräfte zurückgekehrt, soz. Umfeld und Arbeitssituation hat sich stabilisiert, Beziehungen sind tragfähig, kann wieder selbstwirksam leben, übernimmt Verantwortung, hat gesteigertes Selbstwertgefühl, bringt zunehmend freudvolle Ereignisse in die Therapie, ist vernetzt mit Selbsthilfegruppe, kennt Beratungs- und Anlaufstellen
- Bilanz ziehen: wertschätzen des Erreichten, Würdigung der Leistung des Pat., Handwerkskoffer anschauen,
- Vorgehen bei Rückfall/Vorfall
- Termine ausschleichen
- Kleine Abschiede schon vorher geübt (Urlaub oä), jetzt endgültiger Abschied: vielleicht das erste Mal, das Pat. positive Abschiedserfahrung macht und integrieren kann
- Pat. kann wiederkommen, wenn erneut Probleme, neues Thema

Das sind ja nun alles positive Aufzählungen, sozusagen ein Bilderbuchende. Woran merken Sie denn, dass ein Patient noch nicht gehen möchte?

- Habe Ende der Therapie von Anfang an im Blick, sage das bereits am Beginn (Aufklärungspflicht)
- Struktur ist wichtig für Therapie, für Patient, für mich
- Betonen Selbstwirksamkeit, Verantwortung, Hausaufgaben und Umsetzung
- Sehe, Pat. entwickelt immer wieder neue Symptome (er „kann“ nicht aufhören)
- Pat. hat sekundären Krankheitsgewinn
- Pat. lobt mich und meine Arbeitsweise als sehr besonders, fühle mich geschmeichelt, bin selbstverliebt
- Pat. kann abhängig werden, ich kann abhängig werden (vom Geldfluss des Pat.), bzw. könnte ihn missbrauchen (keine privaten Kontakte)
- Habe Sorgfaltspflicht (nicht zum Schaden des Pat.), Supervisionspflicht, Haftpflicht, mache Intervision mit Kollegen, reflektiere Protokolle
- Besprechen, Abstände vergrößern, Selbstwirksamkeit betonen

Danke, das reicht. Kommen wir nun zum Fallbeispiel. Sie haben etwas zum Schreiben?

(Aufschrieb durfte ich später mitnehmen, deshalb sehr genau. Beim ersten Mal musste ich alles abgeben.)

Es geht um einen Mann. Er ist 55 Jahre alt und Koch. Jetzt arbeitet er im Farbengroßhandel. Er hat einen Sohn. Vor 1 ½ Jahren ist seine Lebensgefährtin verstorben an einem Herzinfarkt. Er lebte 16 Jahre mit ihr in einer Partnerschaft. Davor war er geschieden. Nun hat er eine neue Freundin. Seit dem Tod der Lebenspartnerin verspürt er starke innere Unruhe, hat Anspannungen, kann nicht abschalten. Er fühlt sich matt und erschöpft, kann sich nicht mehr anstrengen und nicht mehr konzentrieren. Er fühlt sich insgesamt nicht leistungsfähig. Er ist schwermütig und niedergeschlagen, zunehmend isoliert. Er grübelt viel darüber, wie sich alles verändert hat seit dem Tod der Partnerin. Auch um seine Gesundheit macht er sich Sorgen. Er war bereits bei einigen Ärzten. Er hat oft ein Engegefühl in der Brust, bekommt nicht richtig Luft, auch zwickt es ihn häufig im Bauch oder er fühlt sich überbläht. Seine Nackenmuskulatur ist stark verspannt. All das verunsichert ihn sehr. So war er schon beim Orthopäden, beim Lungenfacharzt und beim Kardiologen und hatte viel Untersuchungen machen lassen. Die sind alle ohne Befund. Jetzt hat er zusätzliche Sorgen, denn seit einem halben Jahr hat er keine Lust mehr auf Sex. Er hat Angst, dass seine Freundin ihm das übelnimmt und ihn deshalb verlassen will.

Gehen Sie bitte auf die diagnostische Seite. Um was geht es hier?

- Beschreibe zunächst das Vorgehen im Erstgespräch: Wertschätzung für die Offenheit, Raum zur Verfügung stellen zur emotionalen Druckentlastung, Aufbau therapeutische Beziehung (Empathie, emot. Wärme, Kongruenz)
- Sein Anliegen, sein Ziel, warum kommt er zu mir (systemische Therapeutin), warum gerade jetzt (auslösendes Ereignis, wird er geschickt, seine Motivation, sein Leidensdruck)
- Aktuelle Krankheitsanamnese, Frage nach Schweigepflichtentbindung (frage, ob er Hausarzt hat, bei dem alle Befunde zusammenlaufen), Frage nach therapeutischer Vorerfahrung,
- Psych., somatische Anamnese, soz., biogr. A., veget. A., Fam.-A., (Fremda. evtl. mgl., falls Familientherapie)
- SOS, insbesondere Suizidalität: er muss mir glaubhaft versichern, sich von Gedanken distanzieren zu können (gibt Nachsterbewunsch bei Hinterbliebenen oder Schuld der Überlebenden), organisches bereits eingeflossen, Frage nach Alkohol (Beispielfragen gestellt) und Medikamenten ärztlicherseits und Selbstmedikation sehr wichtig, auch Drogen
- ppB: bin jeden Punkt durchgegangen, zu jedem Pkt. Beispielfragen an den Pat. gestellt, Wichtigkeit der Nachfrage von Denkst., Wahrnehmungsst. Und Ich-St. benannt (sagen Pat. nicht unbedingt von sich aus, muss erfragt werden, habe Beispielfragen genannt) – gesagt, dass ich depr. Syndrom im Hinterkopf habe
- liegen testpsychologische Ergebnisse vor, ärztl. Befunde
- aus allen Symptomen und Informationen fasse ich auf Syndromebene zusammen, hier: depr. Syndrom, suche nach Ursachen (Tod Lebenspartnerin, Scheidung von Ehefrau durch ihn oder von ihr ausgehend, waren Sympt. schon vorher, Verlauf und Ausprägung)
- VD: mittelgradige (geht er noch arbeiten) bis schwere depr. Ep. (ich nehme an) ohne psych. Sympt., habe Einteilung der Depression erklärt, somatisches Syndrom, Hauptsymptome, Nebensymptome, bipolare St. und chron. Verlaufsformen genannt
- DD: bin ICD-10 komplett durchgegangen, was dafür und dagegenspricht, warum ich was ausschließe (F0 organ. Ist abgeklärt, F1 psychotr. Subst. angesprochen, F2 kein Hinweis auf schizophrene Symptomatik, F3/4 Ängste erklärt im Rahmen der

Trauerreaktion und in Verbindung mit Depr., F42 kein Hinweis auf Zwänge, DD F43: Anpassungsst. passt noch vom Zeitkriterium, aber Symptome zu heftig und gleichbleibend, keine PTBS weil keine Flashbacks od. Albträume, F44 keine diss. Sympt., F45 DD: Somatoforme St., bin durchgegangen Somatisierungsst., Zeitkriterium passt nicht, Sympt. nicht wechselnd, DD: somatoforme autonome Funktionsst. bezogen auf kardiovaskuläres System – erfragen, ob Sympt. start herzbezogen erlebt werden, wieder Beispielfragen, könnte mgl. sein, da Lebenspartnerin an Herzinfarkt gestorben, DD: hypoch. St., erklärt, was dann vorliegen müsste, ebenso somatoforme Schmerzst., F5 kein Hinweis auf psych. St. mit Organbeteiligung, Schlafst. erfragt und in Kontext Depr. gestellt, F6 kein Hinweis auf PS, würde wenn von Symptomen überlagert

- Verifizieren der VD „mittelgradige depr. Ep.“ durch Psychiater
- Therapeutisches Vorgehen: Antidepressiva (genannt bei bipolar plus Stimmungsstabilisierer)
- Arbeite in Rücksprache mit Arzt supportiv mit Patienten (bin zufälligerweise Trauerbegleiterin)

Ich habe ohne Unterbrechung reden dürfen. Das fand ich super und bekam durch angedeutetes Lächeln und dezentes Kopfnicken Bestätigung zum Weiterreden.

Vielen Dank! Ich gebe weiter an meinen Kollegen.

HPP: Gehen wir mal weg vom Fall, bleiben aber bei den Depressionen. Was ist wichtig, was ist zu beachten bei der Behandlung von depressiven Patienten?

- Zusammenarbeit mit dem Psychiater (Sorgfaltspflicht), verifizieren Diagn.
- Med., Ursache Hirnstoffw. (Antidepr. zu Beginn antriebssteig., stimmungsaufhellend erst später: Suizidgefahr! Lithium: Lithiumspiegel, geringe therap. Bandbreite)
- Therapeutisch zunächst nur supportiv
- Kann Widerstand geben bei Pat.
- Kann Gegenübertragung geben, die ich nicht reflektiere (falle selber in Loch oder werde ärgerlich)
- Wichtig Protokolle, Supervision, Intervention
- Zu Beginn steht Aktivierung

Worauf müssen Sie noch achten? Was könnte noch passieren?

- Dass Pat. sich nicht überfordert fühlt
- Durch Druck Symptomverschlimmerung od. suiz. Krise (Hoffnungslosigkeit steigt, Sinnlosigkeit herrscht vor, Hinweis: erlernte Hilflosigkeit nach Seligmann)
-

In Anbetracht der Zeit: Vielen Dank erstmal. Warten Sie bitte draußen.

Gerade abgesetzt wurde ich schon wieder hereingerufen. Alle waren am Grinsen.

„Herzlichen Glückwunsch! Das war sehr gut. Sie waren sehr klar und sehr gut strukturiert. Alles Gute für Sie.“

Ich bin überglücklich, es geschafft zu haben! 1000 Dank an Babette und mein Lern-Team. Ein Tipp: übt Fallgeschichte schreiben. Ich hatte die bekannten Fallbeispiele im normalen Sprachtempo auf mein Handy gesprochen und immer wieder das Mitschreiben geübt und eigene Kürzel entwickelt. Das hat sich heute bei dem langen Fall überaus bewährt! Und übt laut zu sprechen, immer wieder, auch wenn es sich anfänglich komisch anhört. Toi toi toi für Alle!