

## Gedächtnisprotokoll mündliche Überprüfung in Karlsruhe 27.11.2024

Ich wurde sehr freundlich aus dem Wartebereich abgeholt und in das Prüfungszimmer begleitet. Insgesamt waren drei Prüferinnen anwesend. Die Atmosphäre war die ganze Prüfung über sehr angenehm, ich habe die Prüferinnen als sehr wohlwollend und unterstützend erlebt.

Mir wurde ein Fall vorgelesen und anschließend wechselten wir in ein Rollenspiel.

In die Praxis kommt ein 62-jähriger Mann, er geht an einem Stock, zieht ein Bein nach und hat eine Gesichtslähmung. Er ist vor zwei Jahren frühberentet worden, geschickt wurde er von seinem Hausarzt. Der meine, dass ihm das gut tun würde. Er isst gerne Schokolade und nimmt an, dass er aus diesem Grund Diabetes und Bluthochdruck entwickelt hat. Kommt morgens nicht mehr aus dem Bett. Die Schwester ärgert sich darüber, dass er keine Tagesstruktur mehr habe.

Im Rollenspiel klärte ich SOSP und ZVING ab.

Da er bei Abklärung zur Suizidalität äußerte, dass er es nicht schlimm finden würde, wenn er am nächsten Morgen nicht mehr aufwacht, klärte ich im Gespräch die akute und latente Suizidalität (beides konnte ich ausschließen) und direkt alle möglichen Kriterien einer depressiven Episode:

Der Mann trifft sich nicht mehr mit seinen ehemaligen Kollegen, seine Interessen sind zurück gegangen. Frühberentet wurde er wegen seiner körperlichen Einschränkungen, die Arbeit war ein wichtiger Bestandteil seines Lebens. Er sitzt am Computer, ansonsten könne er sich nicht mehr so gut konzentrieren.

Organisch fragte ich noch nach, ob eines der neurologischen Erscheinungsbilder neueren Datums sei, dies wurde verneint. Bemerkte die Komorbidität von Diabetes und Depression. Kein Substanzmissbrauch. Auslöser war der Renteneintritt, fühlte sich nutzlos. Es lag auch keine Orientierungs-, Gedächtnisstörungen vor.

Ich ging auf die Metaebene und erklärte mein Vorgehen:

Das ich auf jeden Fall später nochmals auf das Thema Suizid eingehen möchte, wegen seiner Äußerung und mir ein Bild über seine Compliance machen möchte. Gegebenenfalls einen Notfallplan erarbeiten und habe dies erklärt.

Ich erklärte, dass wenn eines der neurologischen Erscheinungsbilder aktuellen Datums wäre, ich ihn direkt zum Hausarzt oder in das Krankenhaus schicken würde, um einen Notfall auszuschließen (Schlaganfall).

Ich erwähnte, dass ich noch abklären müsse, ob psychotische Zeichen vorhanden seien, dies wollten sie wieder im Rollenspiel sehen - keine vorhanden Ich klärte noch das Essverhalten ab, um zu schauen, ob eine Essstörung vorlag, wurde auch verneint. Abklären von Zwängen oder Ängsten, Gegenteilige Affekte.

Im Anschluss wollten sie meine VD und DD hören:

Da mir der Fall sehr viel bot, konnte ich in viele Richtungen gehen und erklärte die dazugehörigen Kriterien, die für oder gegen eine Diagnose sprachen. Erwähnte, dass dies zum jetzigen Zeitpunkt sich für mich so darstellt, es sich aber im Laufe der Therapie auch ändern könne.

VD: F3: Mittlere depressive Episode (alle 3 Hauptkriterien erfüllt, plus Nebenkriterien)

DD: Ging ich den ICD 10 durch

F0: vaskuläre Demenz; organische affektive Störung

F3: Dysthymia, Rezidivierende Depression

F4: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, Angststörung

F5: Binge Eating, Bulimia Nervosa

Im Anschluss sollte ich mein therapeutisches Vorgehen beschreiben. Ich erwähnte nochmals kurz den Notfallplan, die Wichtigkeit der Psychoedukation (Zusammenhang/Wirkung Psyche und Körper). Aus dem systemischen Kontext habe ich erst einmal von der Auftragsklärung gesprochen und verschiedene möglichen Ansätze aufgezeigt: Selbstwert, Aktivität, Tagesstruktur, gedrückte Stimmung und Gewicht.

Die Prüferin wollte dann wissen, wie ich bezüglich der gedrückten Stimmung und der Aktivität vorgehen würde. Ich erklärte, dass ich eine ‚Aktivitätenliste‘ aufstellen lassen würde mit den Dingen, die er gerne macht oder früher gemacht hat und mit ihm herausarbeiten, wie er diese umsetzen kann und was ihn daran hindert. Wichtig sind in diesem Fall Hausaufgaben, damit er wieder ins Tun kommt. Eine weitere Möglichkeit sei die Emotionen herauszuarbeiten, die zum Beispiel hinter dem reduzierten Selbstwertgefühl stecken und mit diesen arbeiten. Ich erwähnte verschiedene Techniken und wie ich sie in diesem Fall anwenden würde.

Ich wurde gefragt, was ich tun würde, wenn ich bemerken würde, dass die Stimmung sich nicht ändern würde. Ich sagte, dass ich ihm auf jeden Fall empfehle zu seinem Hausarzt zu gehen, um eine mögliche medikamentöse Behandlung abklären zu lassen und ich in diesem Fall natürlich weiterhin begleitend therapieren würde.

Das genügte den dreien zu diesem Fall und mir wurden Stichworte zu einem zweiten Fall gegeben:

Ein 12-jähriger, der nur noch unregelmäßig zu Schule geht, hat Kopf- und Bauchschmerzen organisch abgeklärt ohne Befund.

Auch dieser Fall gab mir sehr viele Möglichkeiten zum Explorieren und das tat ich dann auch. Habe Beispiele zu Schulangst angebracht: Mobbing über soziale Medien und die dazu gehörigen Gefahren. Die Wichtigkeit zur Aufklärung von Eltern, Lehrern und Schüler. Erwähnte eine mögliche Überforderung: Intelligenz, ADS, beziehungsweise müsste seine Schulleistung und sein Verhalten in der Klasse und zuhause abgeklärt werden. Erwähnte ADHS und dadurch eventuell erfahrene Ablehnung von Schülern und Lehrer.

Beziehung des Jungen zu seinen Eltern, beziehungsweise die Beziehung der Eltern hinterfragen: Trennungsgängste.

Abklären von verschiedenen Ängsten (Agora und Sozialphobie).

Das genügte den Prüferinnen und die Zeit war zu meinem Erstaunen schon vorbei. Ich wurde hinausgebeten und erhielt dann nach kurzer Zeit die frohe Botschaft, dass ich bestanden hätte. Danach unterhielten wir uns noch darüber, was ich in nächster Zukunft plane.