

Prüfungsprotokoll Karlsruhe Juni 2025

bestanden, 45 min. Dauer, Therapie: Systemische Th./Hypnotherapie

Prüferinnen:

Frau Dr. Vollmer (Amtsärztin)

Psychologische Psychotherapeutin (Name vergessen, irgendwas englisch anmutendes), HPP
(Name vergessen, Brille/kurze braune Haare, eher jünger)

Beginn sollte um 10.30 Uhr sein, leider gabe es eine Verzögerung von fast 40 Minuten, was natürlich den Nervositätspegel nochmal weiter nach oben getrieben hat...dann nette Begrüßung durch Frau Vollmer, die insgesamt sehr nett, wohlwollend und freundlich war. Die Psychologische Psychotherapeutin hatte zuerst offenbar etwas die Rolle des „bad cop“ und hatte erst mal einen strengen und prüfenden Blick, im Laufe der Prüfung wurde sie aber deutlich kommunikativer und auch sehr wohlwollend. Die HPP saß außerhalb meiner Blickrichtung, wenn ich kurz Blickkontakt hatte kam ein nettes Lächeln zurück. Also kann man sagen, dass alle Prüferinnen nett und wohlwollend waren und ich zu keinem Zeitpunkt das Gefühl hatte, dass die mich „rausprüfen“ wollen, sogar eher im Gegenteil.

Der Ablauf war der typische: Begrüßung, kurze Erläuterung zum Ablauf und dann sogleich die Fallvorstellung (meine Motivation und Werdegang war zunächst kein Thema, vermutlich aus Zeitgründen): Mann, ca. 30J, seit 3 Monaten AU, daheim, „lustlos“, „kann nicht mehr“, und wisse nicht mehr wie es weitergehen solle. Starke Konzentrationsschwierigkeiten (diese seien immer schon da gewesen), Fehler auf der Arbeit, Ärger auf der Arbeit, Hausarzt hat ihn „rausgenommen“. Er mache sich starke Sorgen um seinen 9jährigen Sohn und habe an allem möglichen das Interesse verloren. Seine Frau habe ihn geschickt, da diese mit ihm und seinem Zustand nicht mehr klar komme.

Dann sollte ich den PPB erstellen und hier muss man sagen dass die Prüferinnen wert auf eine gute Struktur legten. In der anfänglichen Nervosität ist mir einiges durchgerutscht, weil ich es beim Zuhören der Fallschilderung einfach „überhört hatte“. Da wurde dann ein-m oder zweimal das Rollenspiel unterbrochen, um einen zurück zum PPB zu lenken, da ich zu schnell zu tief im Explizieren der VD Depressive St. war. Da waren sie dann „anstrengend“ und glücklicherweise ist mir letzten Endes nichts beim PPB durchgerutscht. Also den SICHER drauf haben! ZVING SOSP F/ZVANG SOSP ist super, allerdings entspricht dies ja bekanntlich nicht oder nur unvollständig den Elementarfunktionen im PPB und da grätschen sie dann rein. Bei einem ziemlichen Hänger meinerseits haben sie dann allerdings versucht, mich zu führen und auf den fehlenden Aspekt hinzuweisen, dass hatte dann eher den Charakter eines Prüfungsgesprächs und man wird nicht komplett hingelassen und angeschwiegen wenn man „hängt“.

Dann nach der Frage ob ich aus meiner Sicht alles Wesentliche hätte, die Bitte um Stellen der VD und DD: Depressive Episode, derzeit mittelgradig oder schwer, evtl. somatisches Syndrom, DD: GAS, Zwangsstörung (Zwangsgedanken), AD(H)S (das hatte ich zuerst vergessen, da mir das mit den „schon immer dagewesenen“ Konzentrationsschwierigkeiten durchgerutscht war, wurde also von den Prüferinnen im Gespräch über die VD ergänzt; war aber kein Problem), Alkohol, Cannabis (schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit; beim Explizieren kam zuvor heraus, dass der Klient ca. 1 l Bier pro Tag konsumiere, „früher“ auch gekifft habe und täglich 7-8h exzessiv Gaming betreiben würde, seine einzige Möglichkeit sich den Symptomen zu entziehen und überhaupt noch eine Art von Antrieb zu irgendwas zu spüren), also auch noch Computerspielabhängigkeit (hatte noch im

Kopf, dass es in der ICD-10 hierfür keine eigenständige Diagnose gibt, aber in der ICD-11, das fanden sie gut)

Damit waren sie dann zufrieden und wollten dann den Therapieplan für die „ersten Stunden“ hören. Habe mich entschieden, stringent an dem konkreten Fall zu bleiben und alle eingehenden systemischen Abreitsweisen und Interventionen (vor allem aufdeckenden) zunächst nicht zu bringen, sondern den Klienten zunächst mit Krisenintervention, supportiven Maßnahmen und praktischen Hilfestellungen zu versorgen. PSYCHOEDUKATION. Das MUSS als ERSTES kommen. Da habe ich einen auf den Deckel bekommen, weil ich erstmal Tagesstruktur, empathische Gespräche über die aktuellen Themen des Kleinten und – als systemischer Komponenten – erste positive Konnotationen, Reframing und vor allem Ressourcenarbeit machen wollte. Wäre das nicht gekommen, hätte hier Ende sein können, da legen sie sehr großen Wert drauf. Damit waren sie einverstanden, dass ich angab, zunächst erst mal nicht aufdeckend zu arbeiten, also auch erstmal nicht zu tief einzusteigen mit zB. Genogramm usw. Da haben sie dann öfter nachgehakt („wie genau machen sie das?“) Gut fanden sie dann, dass ich meinte dass ich ihn auf jeden Fall nachdrücklich bitten würde, sich zumindest dem Hausarzt nochmal vorzustellen wegen einer Medikation, die ja bei der im Raum stehenden schweren Episode laut den Leitlinien indiziert ist. Sie meinten dann später: unbedingt direkt an einen FA Psychiatrie verweisen, da nur der in so einem Falle eine Pharmakotherapie einleiten darf und auch entscheiden muss, ob ggfs. Ein stationärer Aufenthalt bereits angezeigt ist.

Dann kamen noch einige Fragen zur VD, die ich nicht mehr erinnere. NEU war: nochmal zur Suizidalität. Habe meine Eindrücke (latenter, gelegentlich aufkeimender Todeswunsch, keine akute Phase nach Ringel/Pöldinger) nochmal dargelegt und dann wollten sie nochmal ins Rollenspiel zurück (diesmal mit der Ärztin Frau Vollmer) mit dem Szenario, dass der Klient nach 3 Sitzungen wiedererscheint und passiv-teilnahmslos wirke, aber auch weniger „depressiv“ sondern fast schon entspannt-teilnahmslos. Also wieder Rollenspiel: Ambivalenz- bzw. Erwägungsphase prüfen. Das habe ich anscheinend sehr überzeugend hinbekommen. Letztlich: akute Suizidalität, konkrete Planung mit Diabetesmedikament der Großmutter. Als ich dann besonders betont empathisch das Gespräch führte mit der Bitte, den Notarzt rufen zu dürfen mit seinem Einverständnis, war gefühlt die Prüfung gelaufen. Das fanden sie gut. Im Gespräch über das Rollenspiel habe ich ergänzt dass ich nicht wie ein FA in der Klinik fürsorglich zurückhalten dürfe und man bei körperlichem Zwang sehr schnell im Bereich der Freiheitsberaubung sei. Einzig richtiges Verhalten, wenn der akut suizidale Klient „stiften geht“: 110 Polizei. Also mit rechnen dass das Thema Suizidalität mehrfach angesprochen werden könnte, da sollte alles sitzen.

Trotz einiger holpriger Phasen haben die Prüferinnen mit nettem Lächeln das Bestehen verkündet und sodann noch einige Feedbacks gegeben: PBB stringent abarbeiten, wenn auch ggfs.kurz (zB. Hatte ich Dnekstörung, Hallus, Ich-Erleben usw. abgeprüft, aber nicht näher wahnhaftes Verhalten), Klienten direkt an einen FA Psychiatrie verweisen, auch wenn Klient wenig zugänglich erscheint (im Fall wurde der Mann ja von seiner Frau dazu „verdonnert“, sich zu mir zu bewegen), indirekte Wege über Hausarzt (Schweigepflichtsentbindung, Kontakt zum Hausarzt mit Vorschlag Vorstellung Facharzt wegen Medikation) eher vermeiden. Ich habe mich dann bei den Prüferinnen für die faire Prüfung bedankt und dan wohlwollenden Charakter betont, dass mit einem netten Lächeln quittiert wurde:

Kernpunkte:

- Suizidalität absolut sicher drauf haben und richtig entscheiden, ob passiv/latent oder akut, richtige
- Notfallmaßnahmen treffen können
- PBB auch unter Stress und Nervosität durchexerzieren können ohne was zu vergessen
Psychoedukation als erste wichtige Maßnahme, bei allen Klienten.

Wir weisen keine Menschen ab, die zu uns kommen, selbst wenn andere Verfahren oder eine Vorstellung beim FA sinnvoll oder notwendig wäre. Mindestens IMMER supportiv und unterstützend mit dem Klienten arbeiten, bis ein Therapieplatz zur Verfügung steht bzw. der Klient in fachärztlicher Behandlung ist. Ich hatte nicht den Eindruck dass die jetzt mit dem 1x1 der Systemsichen Therapie in heruntergebeter Form konfrontiert werden wollten. Vermutlich gibt es durchaus mehrere Ansätze mit einem Klienten zu arbeiten, man sollte halt zu seinem Ansatz stehen und auch kritische Rückfragen beantworten, dann scheint dass durchzugehen, auch wenn man sich entscheidet, mit der eigenen Therapieform vielleicht zunächst zurückhaltend zu sein bis der Klient stabiler und vllt. Auch mediziert ist.