

## Gedächtnisprotokoll zur mündl. Prüfung Heilpraktiker Psychotherapie München Land April 2023

Ich bin zwar eine Dreiviertelstunde vor dem Termin vor Ort, erscheine jedoch aufgrund einer äußerst schwierigen Parkplatzsuche wenige Minuten zu spät am Prüfungsort. Dort werde ich vom Empfang gleich in den Prüfungsraum geleitet. Ich sitze gegenüber der Amtsärztin, links und rechts am Tisch die Beisitzer. Ein leerer Zettel für Notizen und ein Stift liegen vorbereitet an meinem Platz.

Ich, beim Reinkommen: „Tut mir total Leid. Ich war schon vor 45 min. hier, aber die Parkplatzsuche hat mich schlicht überfordert.“

Beisitzer (BR): „Sie hätten in der Tiefgarage parken können.“

Ich: „Das wusste ich nicht.“

### **„Einleitung“**

Amtsärztin (AÄ): „Sind Sie in der Lage, die Prüfung abzulegen?“

„Ja.“

Beisitzerin (BN): „Erzählen Sie uns doch mal in 2-3 Sätzen, was Sie bisher beruflich gemacht haben, wie Sie sich auf die Tätigkeit als Heilpraktiker vorbereitet haben und was Sie mit der Heilerlaubnis tun möchten.“

Ich nenne meine relevanten Ausbildungen und Berufserfahrungen sowie gegenwärtige Tätigkeit. Allgemeines Nicken, als ich erwähne, dass ich mir gut eine Spezialisierung auf die Begleitung leichter depressiver Episoden vorstellen kann.

AÄ: „Möchten Sie dafür dann eine Praxis eröffnen?“

Ich: „Ja. Der Raum, in dem ich aktuell als Paarberater tätig bin, ist dafür geeignet.“

### **Fallbeispiel**

Keine allgemeinen Wissensfragen vorab (kein „ICD-Karussell“).

BN gibt mir ein ausgedrucktes Fallbeispiel und liest es dann laut vor:

Eine sehr reflektierte, 22-jährige Frau kommt in Ihre Praxis. Sie leidet seit Monaten an rezidivierenden Panikattacken. Sie habe sich früher bereits oft ängstlich gefühlt, jedoch seien die Panikattacken neu. Ihre Stimmung habe sich deutlich verschlechtert. Die erste Panikattacke hatte sie in der Nacht bei einem Urlaub am Gardasee mit ihrer Schwester. Ihr fehle in letzter der Sinn, sie fühle eine allgemeine Überforderung und komme auch aus dem Gedankenkreisen nicht mehr heraus. Deshalb könne sie zur Zeit nicht zur Uni gehen und ihr Studium fortsetzen. Auf Nachfragen erfahren Sie, dass sie ihr Abitur mit 1,5 bestanden hat und seit 3 Semestern Jura studiert. Sie wohnt noch bei ihren Eltern, gemeinsam mit ihrer Schwester. Die Patientin kann sich eine Beziehung mit einem Mann gut vorstellen, fühlt sich dazu aber aktuell nicht in der Lage. Sie zieht sich von ihren Freunden und ihrer Familie zurück und geht ihren Interessen nicht mehr nach, was alle verwundere, da sie eine gesellige, lustige und aktive Person gewesen sei.

BN: „Da werden viele Symptome genannt. Welche möglichen Differentialdiagnosen kommen Ihnen in den Sinn und was sind Ihre Gedanken dazu?“

Ich: „In der Praxis würde ich im Anschluss an ein freies Anamnesegespräch einen vollständigen psychopathologischen Befund erheben. Verstehe ich es richtig, dass ich das jetzt nicht tun soll, sondern mich an den Informationen im Text orientieren soll?“

BN nickt so halb: „Sagen Sie einfach mal Ihre Gedanken dazu.“

Ich lese jeweils einen Satz vor und nenne dann die Symptome, die mir auffallen, sowie mögliche passende Diagnosen: „... Rezidivierende Panikattacken. Das könnte auf eine Panikstörung oder eine Angststörung aus F40 oder F41 hindeuten, zumal ängstliche Symptomatik genannt wird. Panikattacken können aber auch im Rahmen anderer Erkrankungen vorkommen, etwa einzelne Panikattacken im Rahmen einer depressiven Episode. Depressionen und Angsterkrankungen gehen oft Hand in Hand. Diese Panikattacken hier sind allerdings rezidivierend, das ist eher untypisch für eine reine Depression.“

BN: „Schauen Sie auch nochmal, die Patientin ist 22 Jahre alt. An was könnte man da noch denken?“

Ich: „22 liegt nahe des häufigsten Erkrankungsalters für Schizophrenie bei Frauen. Man könnte auch an eine Persönlichkeitsstörung denken, am ehesten an eine ängstlich-vermeidende. Dagegen spricht allerdings, dass es in der letzten Zeit deutliche Veränderungen gab. Die aktuelle Symptomatik hat nicht in Kindheit und Jugend begonnen.“

AA: „Was sind denn Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung?“

Ich nenne die Kriterien nach F60: Beginn in Kindheit und Jugend, tiefgreifend, extreme Ausprägung von Denk- und Verhaltensmustern, die wir grundsätzlich alle haben (4 Bereiche: Kognition, Wahrnehmung, soziale Beziehungen, Affektivität). „Dazu kommen dann die Kriterien für die jeweilige Persönlichkeitsstörung. Bei der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung werden unter anderem andauernde Anspannung und ein eingeschränkter Lebensstil zugunsten von Sicherheit, auch rein physisch, genannt. Solches wird im Fallbeispiel nicht genannt, würde man in der Praxis aber erfragen.“

BN: „Ok. Welche Differentialdiagnosen sehen Sie noch?“

Ich: „Die Stimmung hat sich verschlechtert. Es gibt also eine affektive Symptomatik. Die erste Panikattacke war am Gardasee, da war die Patientin also nicht zu Hause. Normalerweise würde ich dazu Nachfragen stellen Sie war in der Nacht, es war also dunkel. Ich weiß nicht, ob sie vielleicht gecampt haben und ob die Beziehung zur Schwester eine Rolle spielen könnte. Der Patientin fehlt in der letzten Zeit der Sinn. Das könnte möglicherweise mit einem verringerten Selbstwert zusammenhängen oder mit einer negativen Zukunftsperspektive. Beides würde zu den Nebensymptomen einer Depression zählen, jedenfalls laut der blauen ICD-10 aus dem Hogrefe Verlag. In der orangefarbenen werden die düsteren Zukunftsperspektiven durch die psychomotorische Agiertheit oder Hemmung ersetzt.“

Prüfer lachen: „Haben Sie das auswendig gelernt?“

Ich: „Es ist mir aufgefallen und war Thema in mehreren Lerngruppen. Als nächstes wird eine allgemeine Überforderung genannt, Auch das würde zu verringertem Selbstwert passen, kann aber eher noch auf eine Antriebsstörung hindeuten. Die Patientin hat ja eine Menge auf dem Kasten, eine Intelligenzminderung würde ich jedenfalls mal deutlich ausschließen. Das Gedankenkreisen klingt nach Grübeln, was bei Depressionen oft vorkommt, aber auch bei Angststörungen eine Rolle spielen kann. Häufig geht Grübeln mit Einschlafstörungen einher, was ein weiteres depressives Symptom wäre, hier aber nicht ausdrücklich genannt wird, das müsste man erfragen. Man könnte auch an einen Grübelzwang im Sinne der F42 denken. Dazu wäre Voraussetzung, dass das Grübeln nicht als Symptom einer anderen Erkrankung auftritt. Hier gibt es aber eine Reihe von affektiven Symptomen und Angstsymptomen, sodass ich hier nicht von der F42 ausgehen würde. Dass die junge Frau nicht mehr zur Uni gehen kann, verstärkt die Annahme einer Antriebsstörung.“

BR: „Wir müssen ein wenig auf die Uhr schauen.“

BN: „Könnten Sie noch kurz nennen, welche weiteren Differentialdiagnosen Sie wichtig finden bzw. was Sie fragen müssten?“

Ich mach einen Versuch, halbwegs rasch die F-Kategorien durchzugehen: „Es könnten organische Ursachen vorliegen. Sind die schon abgeklärt worden?“

BN: „Ja, die können Sie ausschließen.“

Ich: „Außerdem können Substanzen einige der Symptome auslösen. Nimmt die Patientin Medikamente, Alkohol oder Drogen ein? Man könnte beispielsweise bei manchen der Symptome an ein amotivationales Syndrom im Rahmen eines längeren Cannabiskonsums denken.“

BN: „Nein, bei Cannabis hätte die Patientin viel zu große Sorge, die Kontrolle zu verlieren.“

Ich: „Eine Schizophrenie passt zwar nicht so richtig zur Symptomatik, aber psychotisches Erleben wäre auch abzuklären. Nimmt die junge Frau vielleicht Dinge wahr, die andere nicht wahrnehmen? Oder gerät sie aufgrund ihrer Ansichten auffallend oft mit anderen in Streit? Hier im Text gibt es erst einmal keine Hinweise auf Psychotik oder wahnhaftige Symptome.“

BN: „Nein, keine Psychotik.“

Ich: „Auch Suizidalität möchte ich auf jeden Fall abklären. Die depressive Symptomatik legt das nahe. Hat die Patientin schonmal darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen?“

BN: „Nein, das ist nicht der Fall.“

Ich: „In der F3 kommt wie gesagt die Depression in Frage. Da die aktuelle Symptomatik als etwas Neues vorgestellt wird, geht es nicht um eine rezidivierende Depression. Interessant wäre möglicherweise, ob es in der Familie Depressionen oder auch bipolare Erkrankungen gibt.“

BN: „Könnte sein.“

Ich: „In der F4 kommen wie gesagt Angsterkrankungen in Frage. Auch eine Anpassungsstörung könnte in Frage kommen. Die Patientin studiert seit 1,5 Jahren, da gab es also eine Veränderung. Für eine Anpassungsstörung mit verlängerter depressiver Reaktion würde das Zeitkriterium

passen. Allerdings darf eine Anpassungsstörung nur diagnostiziert werden, wenn nicht das Vollbild einer anderen Erkrankung aus F3 oder F4 vorliegt. Hier haben wir aber eine Menge depressiver Symptome. Eine PTBS ist zwar nicht ausgeschlossen, aber passt nicht recht zur Symptomatik, es wird auch kein katastrophales Ereignis erwähnt und auch keine Intrusionen.“

BR: „Wir müssen etwas schneller machen.“

BN: „Ja. An welche Diagnose könnten Sie noch denken?“

Ich: „Die F5 passt nicht recht. Wie gesagt vermute ich Schlafstörungen bei der Patientin, weiß das aber nicht sicher. Sie werden in F5 nur diagnostiziert, wenn sie im Vordergrund stehen, was hier nicht der Fall ist. Auf Essstörungen gibt es keine Hinweise und über die Sexualität der Patientin wissen wir auch nichts - gut, sie kann sich eine Beziehung mit einem Mann vorstellen, aber mehr steht hier nicht.“

BN: „Dann lassen Sie uns jetzt mal zur Verdachtsdiagnose kommen. Was vermuten Sie?“

Ich: „Ok, dann verschaffe ich mir nochmal schnell einen Überblick über die wichtigsten Symptome. Ich sehe hier eine Menge depressiver Symptome.“ Ich lege dar, dass alle drei Hauptsymptome einer Depression vorzuliegen scheinen, und beginne die Nebensymptome durchzugehen.“

BR: „Wir müssten etwas schneller machen.“

BN: „Was ist also Ihre Verdachtsdiagnose?“

Ich: „Ok, es soll schnell gehen. Also zum jetzigen Zeitpunkt gehe ich von einer Depression aus.“

BN: „Welcher Ausprägung? Leicht, mittelgradig oder schwer?“

Ich: „Ich war ja mit den Symptomen noch nicht durch. Das hängt ja in der ICD-10 von der Zahl der Symptome ab. Es liegen alle drei Hauptsymptome vor, bei den Nebensymptomen müsste ich nochmal schauen.“

BN: „Ok. Ist es eine leichte Depression?“

Ich: „Ich denke, das können wir ausschließen.“

BN: „Also eine mittelgradige oder schwere Depression.“

Ich: „Ja.“

BN: „Ok, ist das alles? Was gibt es noch?“

Ich: „Da sind noch die Panikattacken. Da es schnell gehen soll, gehe ich jetzt mal von einer Panikstörung aus.“

BN: „Ok, dann nehmen wir jetzt einfach mal an, dass das so ist. Eine mittelgradige oder schwere Depression plus Panikstörung. Was bedeutet das für die Therapie?“

Ich: „Ich beginne mal mit der Depression. Bei einer mittelgradigen oder schweren Depression ist Psychopharmakotherapie indiziert, in der Regel vor allem mit Antidepressiva.“

BN: „Wohin schicken Sie die Patientin dafür?“

Ich: „Zum Psychiater oder zur Psychiaterin, möglicherweise aber auch in eine Klinik.“

BN: „Was noch?“

Ich: „Die Psychopharmakotherapie kombiniert man Psychotherapie. Hier ist die kognitive Verhaltenstherapie die Methode der ersten Wahl, aber auch andere Methoden sind indiziert. ... Dann stellt sich noch die Frage nach ambulanter oder stationärer Behandlung. Das müsste ich mir noch näher anschauen. Schwere Depressionen jedenfalls werden in der Regel stationär behandelt. Es ist aber kein Muss, wenn die Suizidalität nicht da ist.“

BN: „Was würde hier für eine stationäre Behandlung sprechen?“

Kurze Pause. Sie spricht rasch weiter, noch bevor ich antworten kann: „Die Patientin hat ja auch eine Panikstörung. Wie behandelt man die, was wäre da der Vorteil in der Klinik?“

Ich stehe auf dem Schlauch und sage das Wenige, was mir einfällt: „Manchmal werden Angsterkrankungen auch psychopharmakotherapeutisch behandelt. Bei der Gabe von Benzodiazepinen muss man allerdings auch an das Risiko der Niedrigdosisabhängigkeit denken. Es geht hier nicht um eine Phobie, also nicht um systematische Desensibilisierung oder Flooding. Was man sicherlich auch macht, sind Entspannungsverfahren. Die sind im stationären Setting ja eigentlich immer mit dabei. Meistens wird Progressive Muskelentspannung nach Jacobson angeboten. ... Aber mein Kopf sagt, dass ich gerade noch etwas Wichtiges übersehe.“

### **Betreuungsrecht**

AA: „So weit zu dem Fall. Sie haben viel gelernt. Dann frage ich zum Betreuungsrecht. Welche Bedingungen müssen denn erfüllt sein, damit ein Betreuer bestellt werden kann?“

Ich nenne das Vorliegen einer körperlichen oder psychischen oder seelischen Erkrankung oder Behinderung. Die betroffene Person ist nicht mehr in der Lage, bestimmte Tätigkeiten bzw. bestimmte Entscheidungen verantwortungsvoll auszuüben (bin terminologisch ungenau, aber das

wird nicht kritisiert). Außerdem darf die Betreuung nicht gegen den freien Willen der betroffenen Person angeordnet werden, wenn sie ihren Willen frei bilden kann.

AÄ: „Eine Bedingung fehlt noch. Was ist denn, wenn ein 16- Jähriger mit Downsyndrom seine Angelegenheiten nicht selbstständig regeln kann?“

Ich: „Ach, klar. Für eine Betreuung muss die Person volljährig sein. Bei Kindern greift das Vormundschaftsrecht bzw. meistens das Sorgerecht, denn meistens sind die Eltern ja da.“

AÄ: „Welche Teilbereiche können denn zur Betreuung gehören?“

Ich nenne Gesundheitspflege, finanzielle Angelegenheiten, Behördenangelegenheiten, Telekommunikation und spreche ungenau von Umgangsrecht.

BR: „Umgangsrecht? Da meinen Sie wahrscheinlich etwas Anderes.“

Stimmt wohl, aber das Aufenthaltsbestimmungsrecht ist mir in dem Moment nicht eingefallen. Dafür erwähne ich noch den Einwilligungsvorbehalt.

Die AÄ teilt mit, dass ich bestanden habe.

### **Nachgespräch**

BN: „Jetzt juckt es mir doch noch in den Fingern. Die Soziale Phobie hätten Sie noch nennen können.“

Ich: „Ach, ja klar. Die war am Anfang auch mal in meinem Kopf.“

*(Anmerkung: Hinweise auf eine mögliche Soziale Phobie finden sich recht am Ende des Textes, wo seitens der BN bereits auf Vorankommen in Richtung Verdachtsdiagnose gedrängt worden war, sodass ich die letzten Sätze des Fallbeispiels nicht mehr näher auf Symptome abgeklopft habe bzw. abklopfen konnte.)*

Insgesamt war die Atmosphäre weder besonders warm noch besonders kühl, aber nach meinem Empfinden der Prüfungssituation angemessen. Die Prüferinnen und Prüfer habe ich weder als tendenziell wohlwollend empfunden.