

Gedächtnisprotokoll – Mündliche Überprüfung zur Heilpraktikerin für Psychotherapie am 06.12.2023 im Gesundheitsamt Erfurt.

10:30 Uhr war der Termin und ich sollte lt. Einladungsschreiben ca. 20 min vorher da sein. Nachdem ich der Empfangsdame meinen Perso gezeigt hatte, saß ich auf dem Gang und wartete. Übrigens: Atemübungen (47/11), EFT-Techniken u.ä. helfen wirklich :D Meine Vorgängerin kam lächelnd aus dem Prüfungsraum, sagte, sie hätte bestanden und „die sind echt nett.“ Damit beruhigte ich mich noch einmal mehr.

Ich wurde sehr freundlich empfangen und eingangs gefragt, ob ich mich gesundheitlich in der Lage fühle, die Prüfung abzulegen. Die Prüfung wurde mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet. Es waren eine Amtsärztin, ein Psychologischer Psychotherapeut und ein HP als Beisitzer anwesend.

Als erstes wurde nach meinem beruflichen Werdegang gefragt und warum ich jetzt die Heilerlaubnis möchte. Die Amtsärztin fragte außerdem, ob ich schon praktische Erfahrung habe. Ich verneinte, erzählte aber von eigenen Therapieerfahrungen und dass ich als Psychologische Beraterin bereits einige Kontakte/Begleitungen hatte. Sie riet mir dennoch zu einem Praktikum auf einer Psychiatrischen Station in einer Klinik oder ähnliches. Außerdem fragte sie, was ich dann machen möchte, wenn ich die Prüfung bestanden habe. Ich erklärte, dass ich da aktuell zwei Möglichkeiten hätte. Zum einen würde ich gern in meinem Wohnort eine eigene Praxis gründen. Zum anderen hätte ich die Möglichkeit, mich stundenweise bei einer befreundeten Physiotherapeutin einzumieten, was aber weiter weg wäre. Doch bis dahin werde ich auf jeden Fall eine Weiterbildung in der Gesprächstherapie nach Carl Rogers absolvieren, für die ich mich bereits angemeldet habe und die im Januar 2024 beginnt. Das wurde recht wohlwollend aufgenommen.

Dann ging es los:

→ „Welche Gesetze sind für den HP-P wichtig?“

Habe hier alles aufgezählt, was mir einfiel (HeilprG, ThürPsychKG, AMG, BtMG etc.), während die Amtsärztin auf ihrem Zettel abhakte. Eins fiel mir nicht ein, da gab es eine kleine Hilfe „Schauen Sie doch mal dort an die Wand.“ Da hing ein Plakat über die AHA-Regeln – Ja klar! Das IfSG! Es wurde lächelnd genickt und abgehakt.

→ „Welche Pflichten hat der HP-P? Und was darf der HP-P, aber auch der HP allgemein nicht?“

Da kam ich kurz ins Schwimmen. „Meine“ Pflichten und Verbote konnte ich gut aufzählen, doch was der „große HP“ nicht darf, hatte ich mir nur einmal kurz angeschaut, da wusste ich nicht wirklich viel. Sie wollte aber generell hören, keine Arznei-/Betäubungsmittel, Atteste, Gutachten, körperliche Untersuchungen, nicht im Umherziehen, keine Zahnheilkunde usw. Für den „großen“ HP wusste ich nur noch: keine Bluttransfusionen und Röntgen. Das reichte ihr aber. Sie fragte dann noch, wie es mit Geburtshilfe aussieht. „Ach ja klar! Nein, das ist den Hebammen und Fachärzten vorbehalten! Öhm, und Zahnheilkunde darf ich natürlich auch nicht, das ist den Zahnärzten vorbehalten!“, was wohlwollend mit freundlichem Nicken und Abhaken honoriert wurde.

→ „Was ist die häufigste psychische Erkrankung in Deutschland und ob ich diese behandeln würde?“

Depression ist die häufigste. Habe erklärt, dass es auf den Schweregrad und auf die Beteiligung des somatischen Syndroms ankommt, ob es medikamentöse Behandlung braucht und der/die Betroffene auf jeden Fall zur Abklärung zu einem Facharzt gehen muss. Dass vor allem bei der schweren, aber auch oft bei der mittelgradigen Depr. erst einmal die Pharmakotherapie notwendig ist, um den Pat. zu stabilisieren. Dass es aber eben auch zu unerwünschten Wirkungen kommen kann, z.B. eine Erhöhung der Suizidgefahr vor allem zu Beginn einer Pharmakotherapie, weil die antriebssteigernde Wirkung viel eher einsetzt als die stimmungsaufhellende Wirkung und es daher auch zu Beginn eine engmaschige Beobachtung braucht.

→ „Da haben Sie mir ja einen Teil der nächsten Frage schon vorweggenommen: Was sind denn die Hauptkriterien für eine Depression, wie viele Kriterien müssen jeweils für die Schweregrade vorhanden sein und was sind die größten Gefahren bei der Depression?“

Also die depr. Stimmung, Interessen-/Freudlosigkeit, Antriebsminderung/erhöhte Ermüdbarkeit; 2+2, 2+4, 3+4-5 – Wollte noch die Nebensymptome aufzählen, wurde aber unterbrochen „Das genügt mir schon.“; bei den Gefahren natürlich generell die Suizidalität, hab noch auf ein möglicher Weise erhöhtes Risiko für Substanzmittelmissbrauch zur Selbstmedikation v.a. bei mangelndem Selbstwertgefühl, Schlafstörungen etc. hingewiesen und die Gefahr durch Antriebssteigerung vor Stimmungsaufhellung kurz wiederholt.

→ „Welche Krankheiten dürfen Sie als HP-P nicht behandeln?“

Hier habe ich von F0, also alles, was organische Ursachen hat (v.a. Demenz, Delir, amnestisches Syndrom), über die F1, wo meine Tätigkeit max. im Bereich der Motivation bzw. auch Nachsorge liegt, bis zur F2 (Psychotik) aufgezählt, dann noch die mittelgradigen, schweren Depressionen wiederholt, die Manie aufgezählt, in der F4 die PTBS erwähnt, da es hier meist gut ausgebildete Traumatherapeuten braucht, auch die Dissoziativen bzw. Konversionsstörungen insoweit angesprochen, dass es hier auf jeden Fall auch erst einmal ein intensives Screening braucht, um eine org. Ursache auch wirklich ausschließen zu können und ich bis dahin außen vor bin, sie dann aber unter anderem mit der KVT u/o Gesprächstherapie gut behandelbar sind. Wollte dann bei der F5 mit der Anorexia nervosa weitermachen (Krankheitseinsicht, ggf. Klinikaufenthalt etc.), wurde aber wieder freundlich unterbrochen: „Das genügt mir.“

→ Fallbeispiel: 50-jähriger Mann kommt zu Ihnen in die Praxis. Ihnen fällt auf, dass er sehr fahrig und unruhig ist. Er schwitzt und die Hände zittern. Er sagt Ihnen, dass er seit 2 Tagen nicht schlafen kann.

Ich fragte nach dem äußeren Erscheinungsbild, ob mir neben dem Zittern und Schwitzen sonst noch etwas auffällt. Keine Angabe. Habe die Schlafstörungen genauer hinterfragt (Ein-/Durchschlafstörung usw.), er ist einfach unruhig, kommt nicht zur Ruhe. Die Frage nach einem Auslöser wurde verneint. Hat einfach so auf einmal angefangen. Ich fragte das SOSP ab. Stimmung sei zwar leicht gedrückt, aber nicht suizidal. Organische Ursachen könne ich vernachlässigen. Kein psychotisches Geschehen. Aber die Substanzen – Bingo! Er hat bis vor 3 Tagen jeden Abend nach Feierabend 6-8 Bier getrunken. Warum er seit 3 Tagen nichts trinke wäre irrelevant. Meine Verdachtsdiagnose Alkoholentzugssyndrom untermauerte ich mit den wenigen aber doch recht eindeutigen Symptomen im Fallbeispiel und dass jeden Abend 6-8 Flaschen Bier über einen längeren Zeitraum doch „recht sportlich“ ist und natürlich für eine psychische und physische Abhängigkeit sorgen kann.

→ „Was machen Sie mit ihm? Arbeiten Sie mit ihm?“

Auf jeden Fall kläre ich ihn über die Gefahren (Krampfanfälle, Delir, Lebensgefahr) eines kalten Entzugs auf und motiviere ihn, sich stationär bei einer Entgiftung begleiten zu lassen. Als HP-P kann ich in der Motivationsphase, aber auch in der Nachsorge tätig sein.

→ „Was sind die Abhängigkeitskriterien lt. ICD-10?“

Hier an der Stelle „mein KETCES“ (viele kennen auch ATZEKE) aufgezählt.

→ „Welche Zeitkriterien kennen Sie?“

Entweder 1 Monat lang konstant oder wenn kürzer dann wiederholt über 12 Monate.

→ „Was gehört zum Psychopathologischen Befund?“

Habe alles aufgezählt, was mir einfiel. Also die Elementarfunktionen aufgezählt, Familien-, Sozial-, Fremd-, Biografische, Somatische Anamnese, Zwänge, Ängste, Phobien, Impulskontrolle, Krankheitseinsicht etc. aufgezählt.

→ „Was sind inhaltliche Denkstörungen?“

Dazu gehören Wahn, Überwertige Ideen, Zwänge. Bei den inhaltlichen Denkstörungen geht es um das WAS? Wahn ist unkorrigierbar, ÜI können eventuell noch korrigiert werden und Zwänge werden oft als unsinnig erkannt, der Betroffene versucht vielleicht auch Widerstand zu leisten, ist dabei aber oft erfolglos und leidet sehr darunter. Bei den formalen Denkstörungen geht es um das WIE? Ich begann die ersten formalen Denkstörungen aufzuzählen, weil ich nicht wusste, ob sie sie hören wollten, denn es wurde nicht danach gefragt. Aber sie ließen sich lächelnd nickend von mir alle 13 fD aufzählen, die ich kannte.

→ „Nochmal zur Suizidalität: Was deutet für Sie auf Suizidalität hin? Was sind da so Anzeichen für Sie?“

Ich habe dann mit Ringel und Pöldinger angefangen, jeden Punkt kurz erklärt, wobei mir beim Ringel die Aggressionsumkehr nicht eingefallen ist, was aber nicht schlimm war.

→ „Nun haben Sie das ja schön erklärt alles. Aber was ich wissen möchte: Was sind für Sie die Eckpfeiler? Woran machen Sie die Suizidalität fest?“

Da war ich kurz irritiert und fing dann an, dass es mir wichtig wäre zu wissen, ob es lediglich eine „flüchtige Idee“ ist oder ob es bereits konkrete Gedanken inkl. einer gedanklichen Einengung etc. gibt, indem ich z.B. nach dem Lebensmut frage, ob es schon mal den Gedanken gab, dass es besser wäre, wenn er nicht mehr am Leben wäre, bis hin zum konkreten Suizid-Plan inkl. Vorbereitung (z.B. Tabletten sammeln, Brücke aussuchen, persönliche Dinge verschenken, Testament schreiben, Rechnungen bezahlen; die „Ruhe vor dem Sturm“ erwähnt, dass der Pat. hier recht ruhig und gelöst wirken kann etc.), um abschätzen zu können, ob er noch absprachefähig ist, ob er sich distanzieren kann, ggf. Non-Suizidvertrag, Notfallnummern (z.B. Seelsorge, Nummer gegen Kummer,...) .

Alles zusammen saß ich ca. 30 Minuten drin und wurde dann kurz hinaus gebeten. Nach vielleicht 1 Minute riefen sie mich wieder rein und fragten, wie ich es erlebt habe, was ich über meine Leistung denke. Ich meinte, dass ich schon glaube, mich gut vorbereitet zu haben, nach meinem Gefühl auch gut antworten konnte und sich das Lernen gelohnt hat. Ich konnte mir ein „Ich wünsche mir ehrlich, dass ich bestanden habe.“ nicht verkneifen. Lächelnd wurde mir dann bestätigt, dass sie gemerkt haben, dass ich mich wirklich gut vorbereitet und viel gelernt habe. Dennoch empfehlen sie mir ein Praktikum, um Erfahrungen zu sammeln. Sie wären sich jedenfalls einig und gratulieren mir zur bestandenen Prüfung.

Das nenne ich doch mal ein schönes „Nikolausi“ :D