

## Prüfungsprotokoll Karlsruhe Dezember 2023

Pünktlich um 10:30 wurde ich in das Prüfungszimmer gebeten, wo bereits drei Damen, deren Namen mir nicht mehr präsent sind und ein Herr, Herr Häger warteten.

Zunächst eröffnete sich ein freies Gespräch über meine bisherige Tätigkeit und meinen Werdegang. Ich legte meine Motivation, warum ich HPP werden wolle dar und erläuterte kurz meine einschlägigen Ausbildungen in dieser Richtung.

Dann übernahm Herr Häger die Gesprächsführung und schilderte mir folgenden Fall:

Ein Mann, 62 Jahre, von seiner Frau geschickt, kommt zu Ihnen in die Praxis. Er arbeite gerne und sei seit 40 Jahren bei dem gleichen AG, wo er anerkannt und geschätzt sei. Seine 4 erwachsenen Töchter sind bereits außer Haus. Seine Frau klagt über seine gereizte, impulsive und launische Art in letzter Zeit, die nicht mehr auszuhalten sei. Ferner klagt der Mann über Rückenschmerzen, denen laut Arzt (auf meine Nachfrage) altersgemäße Abnutzungserscheinungen zugrunde lägen.

Wie gehen Sie vor? Was ist Ihre Verdachtsdiagnose/DD?

Das war im Grunde genommen ein Heimspiel, da ich meine Struktur gut durchdeklinieren konnte: ich habe die Elementarfunktionen entsprechend abgefragt (in anderer Reihenfolge, näher an der Geschichte und dennoch strukturiert) Bewusstsein, Orientierung, Aufmerksamkeit/Gedächtnis, Denkstörung, Wahrnehmung, Ich-Erleben/Störung, Antrieb, Affektivität, Intelligenz.

BOA, sowie DWI waren unauffällig, so dass ich F0, F1 und F2 ausschließen konnte. Hauptsymptome waren in der Affektivität und Zukunftssorgen, Substanzen hatte ich abgefragt (unauffällig). Durch Erfragen kam zutage, dass der Patient sich Sorgen um die Zeit nach seiner Verrentung machte, keine rechte Lust mehr auf seine Hobbies verspürte (Chor, Garten) und sonst auch froh war, wenn man ihn nicht behelligte (sozialer Rückzug). Da Ängste keine Rolle spielten, somatisch keine Beschwerden außer dem Rückenleiden (angesprochen) nichts weiter vorlag, grenzte ich schnell meinen Verdacht auf F3 Depressive Episode ein, mit DD Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Allerdings lag kein erkennbares psychosozial belastendes Ereignis vor, so dass ich F4 folgerichtig ausschließen konnte. Eine GAS konnte ich ebenfalls früh ausschließen. Da ich F0-F2 mangels Symptome ausgeschlossen hatte, hätte es noch ein Depressives Syndrom in F5 (Essstörung) oder F6 (Persönlichkeitsstörung, insbes. Borderline) geben können, was jedoch aufgrund der Fallgeschichte (älterer Mann) und mangelnder sonstiger Hinweis von mir schnell als „der Vollständigkeit halber laut angedacht“ deklariert worden und sofort verworfen wurde. Somit blieb nur F3 übrig. Die Hauptsymptome einer Depressiven Episode waren da (AIDS, Antriebsverlust, Interessenverlust, depressive Stimmung). Jetzt ging es um die Anzahl der Nebensymptome und ggf. ein somatisches Syndrom. Ich erwähnte die Kriterien und grenzte noch zu Depression mit oder ohne psychotische Symptome ab, bzw. rezidivierend oder Borderline, was aber auch schnell abgewunken wurde. Demnach war meine VD: leichte bis mittelschwere Depressive Episode.

„Wie würden Sie mit der Person arbeiten?“

Ich sagte (ich hatte mir fest vorgenommen konservativ zu sein und „streng nach Buch“ vorzugehen) ich würde den Patienten motivieren, einen Facharzt (Psychiater) aufzusuchen, um ggf. pharmakologisch, zusätzlich zur Arbeit mit einem Psychotherapeuten, therapiert zu werden.

„Und so würden Sie den Patient wegschicken?“

Nein, ich würde noch Suizidalität abklären, um das Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls auszuschließen, welcher eine Krisenintervention anzeigen würde...

„Ok, das reicht. Suizidal ist er nicht. Wie arbeiten Sie mit ihm?“

Ich würde je nach Auftragsklärung und vereinbarten Therapiezielen mit dem Patienten arbeiten. Vordergründig stünde für mich die Wiedergewinnung der Lebensfreude (Hobbies, Familie) im Raum. Dies könnte man neben einer Exploration im systemischen Interview mit der Suche nach Ausnahmen bspw. Mit einer Lebenslinie erkunden, wo man prägende Ereignisse oder Aktivitäten, die der Mann gerne gemacht hat sammeln könnte und entsprechende Ressourcen in die Aktivierung bringen. Bei einem Therapieziel „Sinnvolle Beschäftigung nach der Verrentung“ könnte man gesprächstherapeutisch nach Rogers mit dem Mannarbeiten, oder mittels Telearbeit, Reframing, oder narrativen Ansätzen, Angebote im Sinne einer Unterschiedsbildung machen.

Das reichte Herrn Häger auch schon...

Die Amtsärztin übernahm eine strengere Rolle und kanzelte meine Empfehlung, zum Psychiater zu gehen, als „weltfremd“ ab. Ich gebe zu, ich war zunächst irritiert und habe fast angefangen, mit ihr zu streiten, dass es nicht meine Verantwortung sei, wenn das Gesundheitssystem nicht ausreichend Terminkapazitäten vorsähe und es im Sinne meiner Sorgfaltspflicht zum einen opportun sei, Hausärzte zu entlasten und Menschen zu einem Facharzt zu verweisen, der eine State of the Art pharmakologische Therapie sicher besser entscheiden könne als ein Allgemeinmediziner. Zum anderen würde uns HPP in diverser Literatur eingimpft, die Finger von F3 zu lassen und stets ärztliche Abklärung bzw. Pharmakotherapie als Leitlinie zu nennen (vgl. Schneider: Heilpraktiker für Psychotherapie. Mündliche Prüfung). Letztlich habe ich ein Interesse, keine Gefahr für die Volksgesundheit zu sein und würde mich daher an der einschlägigen Vorbereitungsliteratur orientieren.

Die Zeit war um und ich wurde vor die Tür gebeten. Ich war mir ziemlich sicher, bestanden zu haben. Dennoch war meine Erleichterung groß, als mir das dann 3 min später auch bestätigt wurde.

Im Nachgespräch meinte man, es sei unüblich bei einer leichten bis mittelgradigen Depression Pharmakotherapie zu machen. Ich sagte, das sei mir auch in vielen Quellen begegnet, allerdings würde man als HPP jedoch zu einer eher vorsichtigen Haltung ermuntert (s. Literatur). Ferner wäre es ja auch kein Problem, wenn ein (Fach-)Arzt eingebunden sei, keine Kontraindikation für Psychotherapie feststellte und auf Antidepressiva verzichtete, im Gegenteil.

Die Prüfung war fair, wenngleich ich 4 Prüfungspersonen eine Person zu viel finde. Auch erschließt sich mir ein teilweise unfreundliches Pokerface von einer Person nicht. Es geht für uns Prüflinge um viel. Unterstellt man gute Absichten, dann kann man das auch ohne künstliche Strenge oder ablehnende Haltung machen. Das ist meine Wahrnehmung und wird ggf. von Situation zu Situation anders sein. Entsprechende Person hat außer dem strengen Ausdruck sonst nicht weiter in den Prozess eingegriffen.

Struktur ist die halbe Miete. VD und DD stellen ist dann zwar immer noch kein Kinderspiel, folgt jedoch einer berechenbaren Logik. Ich hatte einen dankbaren Fall und konnte zeigen, was ich gelernt habe.