

Gedächtnisprotokoll Überprüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie in Stuttgart am 15. April 2021 um 10 Uhr

Prüferin: Frau Dr. K., Amtsärztin

Beisitzer: Herr Dr. B., Amtsarzt

Protokoll: eine Dame vom Heilpraktikerverband, deren Name ich mir leider nicht merken konnte

Ergebnis: bestanden

Hauptthemen: Fallanalyse: Cannabis-Abhängigkeit, psychopathologischer Befund, Anamnese und Therapie

Fragen zum Thema Depression (ICD 10 und Behandlung)

Zuerst sollte ich etwas über meine Motivation und mit welchen Menschen ich arbeiten möchte erzählen. (Hier erwähnte ich dann auch mit wem ich nicht arbeiten darf bzw. an einen Facharzt oder Klinik weiterleiten muss)

Dann erhielt ich einen Fall mit spärlichen Informationen. Ich sollte anhand der klinischen Vorgehensweise des pathologischen Befundes zu einer Diagnose kommen und auch erläutern welche und warum ich andere Diagnosen ausschließe. Fr. Dr. K. sagte mir, dass ich sie nun nach den Informationen fragen sollte, die ich brauche. Sie spielte quasi den Patienten.

Fall: Ein 33-jähriger, arbeitsloser Erzieher kommt zu Ihnen, weil er „keine Ahnung habe, wie es weitergehen „könnte. Er habe zwar eine Erzieherausbildung, die er nach verschiedenen, abgebrochenen Ausbildungen mit 28 Jahren abschließen konnte, ist aber seitdem außer mal als Betreuer von Kinderfreizeiten keiner Berufstätigkeit nachgegangen. Aus finanziellen Gründen ist er wieder zu seinen Eltern gezogen. Die Beziehung ist angespannt, da sie von ihm erwarten, auf eigenen Beinen zu stehen. Seine Eltern hätte ihm nun „Druck gemacht“ sich bei Ihnen vorzustellen. Der Patient wirkt auf Sie rat- und ziellos, aber auf den ersten Blick nicht verzweifelt über seine Lebenssituation.

Ich beginne mit dem kompletten pathologischen Befund, erfahre dabei, dass er Cannabis konsumiert und ab- und zu auch LSD und Alkohol. Er hat keine formalen Denkstörungen, psychotischen Symptome sind nur während des Rausches vorhanden, da sei er sich nicht sicher ob fremde Personen nicht manchmal eine Botschaft für ihn hätten. Bei Einnahme von LSD hat er gelegentlich optische Halluzinationen. Bei unserem Gespräch ist er davon aber distanziert und berichtet, dass diese Symptome nur während des Konsums vorhanden sind. Der Schlaf ist gesteigert, er liegt meist bis 11 Uhr im Bett.

Er ist gleichgültig und gleichförmig, aber nicht unbedingt traurig. Er habe keinen Antrieb Dinge in die Hand zu nehmen, aber er habe keine Antriebsprobleme, wenn es darum ginge sich mit Bekannten zum Kiffen zu treffen. Das mache er mindestens jeden zweiten Tag, bereits über 14 Jahre hinweg. Er habe damit angefangen, weil er ein sehr kontrollierendes und strenges Elternhaus hat und wenig Autonomie erfahren hatte.(diese Infos habe ich alle erfragt)

Ich gehe noch auf Suizidalität ein und erfahre, es liegt keine Suizidgefahr vor.

Ich schließe eine organische Ursache, Schizophrenie und Angststörungen aus, bei Depressionen frage ich nochmal genau nach. Da er aber weder traurig, klagsam und generell antriebslos ist, keine Schlaf-, Appetit- und Libidostörungen sowie keine Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle hat, schließe ich eine depressive Episode aus.

In diesem Zusammenhang werde ich nach den ICD10-Kriterien für Depressionen gefragt und wie ich eine schwere Depression behandeln würde. Zur Behandlung sage ich, dass ich den Patienten zum Psychiater schicke, damit er ihm Antidepressiva verschreibt.

Gut, die Medikamente wirken und er hat nun nur noch eine leichte bis mittelgradige Depression: „Wie behandeln Sie ihn.“ Psychoedukation-Aktivitätsaufbau-Tagesstruktur- kognitive Triade (negative Wahrnehmung), das wollten sie vor allem hören und wie solche Patienten denken (negativ, schwarz-weiß, Katastrophendenken, verallgemeinern...) -kognitive Umstrukturierung

Zurück zum Fall: Meine Diagnose lautet Cannabis-Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch weitere Substanzen (Halluzinogene und Alkohol)

Sie wollte dann noch die Kriterien für Abhängigkeit wissen und bestätigte die Diagnose.

Behandlung:

Beziehungsaufbau unter dem Aspekt der 3 Grundvariablen von Rogers, aufklären über Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und deren Folgen. Hier wollte sie auch das amotivale, lethargische Syndrom hören, dass sich aus langjährigem Cannabiskonsum entwickelt.

Dann sage ich, dass ich ihn zu einer Drogenberatungsstelle weiterverweisen würde, da ich nicht speziell ausgebildet bin.

Sie wollten dann wissen, wie ich ihn dazu motiviere und ich umschrieb in etwa, wie ich das tun würde, merkte aber, dass sie auf eine ganz bestimmte Methode hinauswollten, die ich aber (bis dahin) nicht kannte.

MI = motivational interviewing nach Miller und Rollnick, wurde vor allem für die Suchtberatung entwickelt, wird aber auch schon in anderen Bereichen angewandt.

Sie baten mich kurz vor die Tür zu gehen und riefen mich dann wieder rein um, mir mitzuteilen, dass ich mir „MI“ mal anschauen sollte, aber dass ich ja sonst sehr viel weiß und sie mir alles Gute für meine Tätigkeit wünschen