



Merkblatt Abschlusszertifikat

(Stand Dezember 2015)

8-teiliges Curriculum

Voraussetzungen für die Anerkennung des Abschlusszertifikats durch die DeGPT sind:

- 122 Unterrichtseinheiten (UE) des akkreditierten Curriculums
- die Supervision eines Fallvideos, das die Anwendung eines traumaverarbeitenden Verfahrens zeigt
- sechs supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (Kurzfassung) mit unterschiedlichen Störungsbildern (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u. a. nach Kindheitstrauma und – wenn möglich – Akuttraumatisierung), zusammen mind. 50 Behandlungsstunden
- davon 4 Behandlungsfälle mit voller Diagnostik (mit jeweils mind. drei traumaspezifischen Testverfahren)
- 18 Supervisionsstunden, wobei sich diese aufteilen in externe Einzel-Videosupervision bei anerkanntem Supervisor (mind. 2 UE), zusätzliche externe Einzel- oder Gruppensupervision bei anerkanntem Supervisor (max. 6 TN, mind. 14 UE) und kollegiales fallbezogenes Gespräch mit Dokumentation der Prüfungsthemen bei anerkanntem Supervisor (mind. 2 UE), eine aktuelle Liste der von uns empfohlenen Supervisorinnen und Supervisoren finden Sie auf www.traumatherapie.de/supervision.
- **für Deutschland:** Approbation als psychologischer Psychotherapeut bzw. Approbation als Arzt und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin bzw. Approbation als Arzt und Zusatzbezeichnung Psychotherapie.
- **für die Schweiz:** Anerkennung als Facharzt/ärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie oder als Arzt /Ärztin mit anerkannter Psychotherapieweiterbildung. Oder: Kantonale Praxisbewilligung für Psychotherapie oder Anerkennung als FachpsychologIn für Psychotherapie FSP oder PsychotherapeutIn SBAP oder PsychotherapeutIn ASP. Oder: Anerkennung durch oder Mitgliedschaft bei der GedaP oder Anerkennung als PsychotherapeutIn im Rahmen kantonalen Rechts.
- **für Österreich:** Arzt/Ärztin mit dem Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ der österreichischen Ärztekammer oder: Eintrag in die Liste „PsychotherapeutInnen“ des zuständigen Ministeriums

Videoaufzeichnung einer Traumaverarbeitungssitzung

Im Rahmen Ihrer Fortbildung haben Sie die Möglichkeit, das Abschlusszertifikat des Instituts für Traumatherapie zu erwerben. Hierzu ist es erforderlich, außerhalb des Curriculums ein Video einer vollständigen Traumaverarbeitungssitzung mit EMDR, Brainspotting oder anderen

expositionsbasierten Verfahren bei einer von der DeGPT e. V. anerkannten Supervisorin oder bei einem von der DeGPT e. V. anerkannten Supervisor vorzulegen und supervidieren zu lassen. Auf www.traumatherapie.de/supervision finden Sie eine Liste der von uns empfohlenen Supervisorinnen und Supervisoren. Die Kosten dieser Supervision können bei den jeweiligen Supervisorinnen und Supervisoren direkt erfragt werden.

Technische Hinweise: Video, Mini-DV, USB

Eine gute Bild- und Tonqualität sind Voraussetzung für die Evaluation, um die jeweiligen Schritte im Traumaverarbeitungsprozess nachvollziehen zu können. Sowohl die Klientin als auch die Therapeutin sollten gut zu verstehen sein. Es genügt, die Art der Stimulierung und die Mimik der Klientin zu sehen. Hinweis: Um die Klangqualität zu erhöhen, können Sie ein externes Weitwinkelmikrofon oder Ansteckmikrophone verwenden, von denen auch zwei für Therapeutin und Klientin parallel geschaltet werden können. Die Impedanz der Mikrophone muss passend zum Aufnahmegerät gewählt sein.

Alternativ: Sollte eine Videoaufzeichnung nicht möglich sein, kann eine Tonbandaufnahme in guter Tonqualität oder ein ausführliches schriftliches Sitzungsprotokoll eingereicht werden, in dem alle Schritte des Prozesses gut nachvollziehbar sind.

Bitte reichen Sie die Sitzung als gebrannte DVD, Flashmedium (USB-Stick oder Speicherkarte) ein. DV-Videos können nur noch in Ausnahmefällen bearbeitet werden. Das Speichermedium senden wir Ihnen nach Bearbeitung wieder zu.

Kriterien bei der Evaluation einer Videoaufzeichnung (anhand des Beispiels mit EMDR als Traumaverfahrensverfahren - Sie können dies gern an Brainspotting oder KVT anpassen):

Allgemeines:

Therapeut/in

- verfügt über fundierte Kenntnisse in der Anwendung von einem Verfahren zur Traumaverarbeitung (indem er/sie die Fragen der Klientin korrekt und angemessen beantworten und die Klientin unterstützen kann)
- kennt und verwendet die geeigneten Formulierungen (z. B. bei EMDR die Zugmetapher)

Vor der Videoaufzeichnung:

1. Anamnese und Behandlungsplanung:

Therapeut/in

- macht eine korrekte formelle (DSM IV/ICD-10) Diagnose (z. B. PTBS)
- überprüft Indikation und Kontraindikation für das jeweilige Verarbeitungsverfahren

Während der Videoaufzeichnung:

2. Stabilisierung und Vorbereitung für EMDR:

Therapeut/in

- bietet eine angemessene Erklärung für EMDR und eine Metapher für den Prozess
- bereitet die Klientin angemessen auf die Behandlung mit EMDR vor
- bespricht und übt mindestens eine Stabilisierungstechnik (z. B. Sicherer Ort) ein
- holt das Einverständnis für die Behandlung mit EMDR von der Klientin ein
- lässt die Klientin die geeignete Sitzposition und Entfernung wählen
- vereinbart mit der Klientin ein geeignetes Stopp-Signal

3. Einschätzung des Ausgangsthemas:

Therapeut/in

- unterstützt die Klientin bei der Wahl eines geeigneten Ausgangsthemas
- unterstützt eine lebhaft sinnliche Erinnerung
- hilft der Klientin beim Finden einer Negativen Selbstüberzeugung (NK)

- hilft der Klientin beim Finden einer Positiven Selbstüberzeugung (PK)
- erfragt und notiert den Grad der Stimmigkeit der PK (VoC) in der momentanen Situation
- erfragt und notiert das Gefühl, das mit Ausgangsbild und NK einhergeht
- erfragt und notiert den Belastungsgrad SUD (Subjective Units of Disturbance)
- erfragt und notiert die entsprechenden Körperempfindungen

4. Durcharbeiten:

Therapeut/in

- beginnt, indem er/sie die mit dem Ausgangsthema verbundenen Vorstellungen und Gedanken fokussiert und somit Zugang zum belastenden Material herstellt (Ausgangsbild, NK)
- führt Stimulation in angemessenem Tempo durch (redet nicht dazwischen)
- führt Stimulation angemessen lange durch (in der Regel mind. 24 Takte, bis eine neue Ebene der Verarbeitung erreicht ist)
- fokussiert die Aufmerksamkeit auf die auftretenden Assoziationen der Klientin und hält den Prozess im Fluss, unterbricht nicht, indem er/sie die auftretenden Assoziationen kommentiert oder weiterbearbeitet, und kehrt nach einer von der Klientin gewünschten Entspannung zum Ausgangsthema zurück
- kann mit Blockaden des/r Klienten/in umgehen und sie überwinden helfen, z. B. durch therapeutisches Einweben
- ist in der Lage, mit Abreaktionen der Klientin umzugehen

5. Verankerung:

Therapeut/in:

- verankert die PK nur, wenn SUD 0 erreicht ist oder wenn ausnahmsweise SUD 1 für das innere Gleichgewicht der Klientin den kleinsten Wert darstellt (z. B. wenn die Klientin die Restbelastung als Motiv für notwendige Handlungen benötigt)
-
- überprüft, ob sich die PK während des Durcharbeitens verändert hat und ggf. optimiert werden kann
- kann die PK angemessen mit dem Ausgangsthema verankern, ohne neue Assoziationen anzuregen (z. B. fragt nicht noch einmal: „Was taucht jetzt auf?“)
- fährt mit der Stimulierung zur Verankerung fort bis VoC von 7 erreicht wird

6. Körpertest:

Therapeut/in

- überprüft die Körperempfindung bei der Vergegenwärtigung der Ausgangssituation und der PK

7. Abschluss:

Therapeut/in:

- beendet Sitzung angemessen, indem er/sie z. B. erneut Sicherheitstechniken bespricht
- beendet eine unvollständige Sitzung angemessen

Nach der Videoaufzeichnung

8. Überprüfung:

Therapeut/in

- überprüft die Verarbeitung des Ausgangsthemas in der auf eine EMDR-Sitzung folgenden Sitzung, z. B. erfragt SUD, VoC und ob in der Zwischenzeit bei der

Klientin noch belastendes Material aufgetaucht ist oder ob sie positive Veränderungen ihres Verhaltens beobachtet hat

Darstellung der Behandlungsfälle

Wir empfehlen, uns für jeden Fall einen stichpunktartig zusammengefassten Bericht einzureichen, der mindestens folgende Daten enthalten sollte:

1. Name des Therapeuten/der Therapeutin
 - Titel, akad. Abschluss
 - Therapieausbildung(en)
2. Klientendaten
 - a. Alter, Geschlecht
 - b. Ausbildung, Beruf
 - c. Sitzungsanzahl
 - d. Finanzierungsart
 - e. ambulant/stationär
3. Anamnese
 - a. Spezielle Traumaanamnese, jeweils mit Ereignis, Alter und Belastungsgrad mit Erhebungszeitpunkt (wieviele Sitzung)
 - b. Ergebnisse der traumaspezifischen Testverfahren (bei mind. 4 Fällen)
 - CAPS (Blake et al., 1995; dt. Schnyder & Mörgeli, 1999)
Hier sollen Frequenz und Intensität für den letzten Monat erfragt werden. Der Auswertungsbogen soll bitte in Kopie beigelegt werden.
 - ETI (Essener Trauma Inventar, Tagay et al., 2007)
 - IES-R (Weiss & Marmar, 1996; dt. Maercker & Schützwohl, 1997)
 - IES (Horowitz, Wilner & Alvarez (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. Psychosomatic Medicine, 41, 209-218)
 - IK-PTBS (Interview zur Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung) oder eine PTBS-Subskala des DIA-X, MMPI-2 oder DIPS. Für Kinder und Jugendliche sollen entsprechend adaptierte Versionen eingesetzt werden.
 - FDS (Fragebogen für dissoziative Symptome, Bernstein & Putnam, 1986; dt. Freyberger, Spitzer & Stieglitz, 1999)
4. Diagnose(n) nach ICD-10 (oder DSM IV)
5. Behandlungsplan
6. Eingesetzte Methoden und Therapieverlauf, ggf. Verlaufsdagnostik (SUD, IES-R)
7. Überprüfen der Restsymptomatik (falls vorhanden) durch traumaspezifische Testverfahren

Falldarstellung

Der folgende Kurzbericht wurde anonymisiert und gewählt, weil er die Mindeststandards für das Abschlusskolloquium erfüllt. In diesem Beispiel wurde EMDR angewendet, es könnte auch ein anderes traumatherapeutisches Verfahren angewendet werden.

1. Therapeutendaten

- a. Name: Gerda Sturmfried
- b. Titel: Psychologische Psychotherapeutin
- c. Akademischer Abschluss: Dipl.-Psych.
- d. Therapieausbildung: VT, Gestalttherapie

2. Klientendaten

- a. Alter: 36 Jahre bei Therapiebeginn, Geschlecht: w.

- b. Ausbildung/Beruf: Verkäuferin in einer Boutique
- c. Sitzungsanzahl: 12 (jeweils Doppelsitzungen) + 1 Einzelsitzung
- d. Finanzierungsart: gesetzliche Krankenkasse (AOK)
- e. ambulant

3. Anamnese

a. Spezielle Traumaanamnese

Die Klientin, Frau W., wird im Alter von 36 Jahren Opfer eines Überfalls auf ihre Arbeitsstelle, eine Modeboutique, wobei sie mit einem Messer bedroht wird. Seitdem leidet Frau W. unter anhaltenden Ein- und Durchschlafstörungen, wiederkehrenden belastenden Träumen vom Ereignis, Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich, wiederkehrenden belastenden Erinnerungen an das Ereignis, Angstzuständen, erhöhter Reizbarkeit, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit. Nach dem Überfall ist es ihr zwei Wochen lang nicht möglich, zur Arbeit zu gehen. Sieben Wochen später begibt sie sich in ambulante Psychotherapie. Die Klientin schätzt ihre Belastung in der ersten Sitzung auf einer SUDSkala (1 bis 10) bei 9 ein.

b. Ergebnisse der traumaspezifischen Testverfahren

IES-R: $x=0,30$

Posttraumatische Belastungsstörung

CAPS: Summenrohwert 66, Einzelkriterien siehe Auswertungsbogen

Posttraumatische Belastungsstörung

IK-PTBS: ein Kriterium erfüllt

keine Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

4. Diagnose nach ICD-10

Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1)

5. Behandlungsplan

- Zielklärung
- Psychoedukation
- Anleitung zur Selbstbeobachtung:
Identifikation der Symptomauslöser, Symptome und Kompensationsmuster
- Etablierung von Stabilisierungstechniken
- Vermittlung von Methoden zum Umgang mit Angst - Erlernen der Screen-Technik zur Reduktion von Intrusionen - Bei ausreichender Stabilität: *Traumabearbeitung mit EMDR*
- Zukunftsorientierte Ressourcenarbeit

6. Eingesetzte Methoden und Therapieverlauf

Die Therapie beginnt mit der Klärung des Anliegens und der Ziele der Klientin. Frau W. möchte die traumatische Erfahrung verarbeiten und frei von Nachhallerinnerungen, Angst- und Schlafstörungen weiterleben. Sie wünscht sich, ihre frühere, gelassene und geduldige Grundhaltung wieder zu erlangen.

Zunächst wird die Klientin über das Spektrum normaler Reaktionen auf traumatische Ereignisse informiert. Die Klientin zeigt sich erleichtert darüber, dass ihr Verhalten und Empfinden in Folge des Überfalls keineswegs ungewöhnlich ist.

Bei der Erhebung der Problemgeschichte und der Ressourcenanamnese wird deutlich, dass die Klientin über ausgeprägte persönliche und soziale Ressourcen verfügt. Frau W. beschreibt eine weitgehend glückliche Kindheit und Jugend. Sie besitzt ein aktives Temperament, zeigt viel Selbstreflexion, Einfühlungsvermögen, Geduld, starken Willen und

Ausdauer. Außerdem ist sie in ein stabiles soziales Netzwerk integriert, das ihr sehr wichtig ist und ihr Halt gibt. Die Klientin hat einen Lebenspartner, harmonische familiäre Beziehungen und enge Freunde. Sie legt großen Wert darauf, ihre sozialen Kontakte zu pflegen.

Im Zuge der Selbstbeobachtung erfolgt die Identifikation der Symptomauslöser und der Reaktions- bzw. Kompensationsmuster. Frau W. stellt fest, dass ihre Symptome oft durch Geräusche ausgelöst werden, die an die Überfallgeräusche erinnern, aber auch durch Gedanken an das Ereignis und dadurch, dass andere Menschen sie auf den Überfall ansprechen. Meist beginnt sie dann zu schwitzen, ihr Herz rast, sie bekommt Angst und es fällt ihr sehr schwer, sich selbst zu beruhigen.

Um die Klientin zu stabilisieren, wird eine imaginative Technik („Sicherer Ort“) und die "Außenorientierte 54321-Übung" eingeführt. Frau W. spricht gut darauf an und äußert sich positiv über die Wirkung der Stabilisierungstechniken.

Zur Reduktion von Intrusionen erlernt Frau W. die Screen-Technik. Es gelingt ihr, die traumatischen Erinnerungen durch Schwarzweißfärben und Verkleinerung in ihrer Intensität zu beeinflussen. Ab der vierten Sitzung erscheint Frau W. ausreichend stabil, um mit der Traumabearbeitung mit *EMDR* zu beginnen, nachdem der Ablauf erklärt wurde und alle nötigen Informationen gegeben wurden. Es wird mit der Zugmetapher gearbeitet und ein Stoppsignal vereinbart. Die Klientin gibt vor der Stimulation SUD 9 und VoC 2 an. Als Ausgangsbild wählt sie den Moment, in dem der Täter ihr das Messer an den Hals presst und ihr droht, sie umzubringen, wenn sie ihm nicht gehorcht. Frau W. kommt gut in den *EMDR* Prozess hinein und am Ende der ersten *EMDR*-Sitzung ist die erlebte Belastung auf 7 gesunken. Auch in den folgenden Sitzungen wird immer wieder mit Stabilisierungsverfahren und *EMDR* gearbeitet. Frau W. macht gute Fortschritte und berichtet von weniger Ein- und Durchschlafproblemen und Angstzuständen, sowie seltener vorkommenden Intrusionen. Auch der Belastungsgrad sinkt zum Ende der Sitzungen immer weiter.

Nach sechs Sitzungen erlebt Frau W. einen Rückschlag im bisher positiven Therapieverlauf. Nachdem nachts auf dem Nachhauseweg längere Zeit ein Mann hinter ihr lief und sie dachte, er würde sie verfolgen, verschlechtern sich ihre Symptome erneut. Es kommt verstärkt zu Schlafstörungen und belastenden Erinnerungen an den Überfall auf ihre Boutique. Dies wird durch eine Bearbeitung der Eindrücke auf dem Nachhauseweg mit *EMDR* eingedämmt. Im Zuge dessen tauchen neue belastende Erinnerungen an Details der Überfallsituation auf, zum Beispiel, dass der Täter sie beschimpfte und dass er ihr drohte, wieder zu kommen. Durch Bearbeitung mit *EMDR* sinkt im Laufe mehrerer Sitzungen auch die Belastung dieser Erinnerungen. Eine gemeinsame Bilanzierung nach elf Sitzungen ergibt eine erhebliche Verbesserung der Symptomatik.

7. Restsymptomatik

Frau W. schätzt SUD auf 1 und VoC auf 7. Hin und wieder hat sie noch belastende Träume vom Ereignis. Aber sie leidet nicht mehr unter Ein- und Durchschlafstörungen, Verspannungen im Schulter- und Nackenbereich, Angstzuständen, erhöhter Reizbarkeit, Hypervigilanz und erhöhter Schreckhaftigkeit, sondern gibt an, dass sie ihre frühere gelassene und geduldige Grundhaltung weitgehend wieder erlangt hat. Auch bewusste Erinnerung an die Überfallsituation ruft keine emotionalen oder körperlichen Belastungen mehr hervor.

IES-R: x=-1,18

CAPS: Summenrohwert 20, Einzelkriterien siehe Auswertungsbogen

IK-PTBS: kein Kriterium erfüllt

kein Hinweis auf PTBS oder komplexe PTBS

Supervisor/-in

Supervisand/-in

An das
Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe
Carmerstraße 10
10623 Berlin
Deutschland

_____, den _____

**Abschlussgespräch Curriculum Psychotraumatherapie
Zur Vorlage beim Institut für Traumatherapie Oliver Schubbe**

Sehr geehrter Herr Schubbe,

die Supervisandin bzw. der Supervisand gibt an, die notwendigen Unterlagen bei Ihrem Institut eingereicht zu haben¹. Ich bestätige, ein Abschlussgespräch (2 SE fallbezogenes Einzelgespräch) und damit zusammen ___ Einheiten Supervision (mind. 5 SE) durchgeführt zu haben. Dabei haben wir anhand folgender zwei Fälle folgende Ausbildungsinhalte besprochen:

Fall 1 _____ Fall 2 _____

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

(stichpunktartiges Protokoll)

Auf der Grundlage des Abschlussgesprächs kann ich die oben genannte Person

ohne jeden Vorbehalt für das Zertifikat Psychotraumatherapie (DeGPT) empfehlen.

vorbehaltlich ___ Einheiten vertiefender Supervision zu folgenden Themen empfehlen:

noch nicht empfehlen. Stattdessen empfehle ich ___ Einheiten Supervision zu folgenden Themen:

Mit freundlichen Grüßen nach Berlin

Unterschrift Supervisor/-in: _____

¹ Die DeGPT verlangt als Voraussetzung für das Abschlussgespräch sechs supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (Kurzfassung) mit unterschiedlichen Störungsbildern (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u. a. nach Kindheitstrauma – mindestens 50 Behandlungsstunden, und – wenn möglich – Akuttraumatisierung), von denen 4 Behandlungsfälle eine volle Diagnostik (einschließlich mindestens drei traumaspezifischer Testverfahren) beinhalten müssen und zwei dem Abschlussgespräch zugrunde gelegt werden.

Nachweise für den Erhalt des Abschlusszertifikats für die Anerkennung durch die DeGPT

	Eingereichte / vorhandene Nachweise	vom Antragsteller vorgelegt	Nachweis erbracht (wird vom IT ausgefüllt)
1.	122 UE des akkreditierten Curriculums		
2.	Supervision eines Fallvideos (mindestens 2 UE)		
3.	4 supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle mit voller Testdiagnostik		Punkt 3 und 4 beinhalten mindestens 50 Behandlungsstunden
4.	2 supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (auch ohne Testdiagnostik möglich)		
5.	14 UE Supervision (einzeln oder Gruppe)		
6.	2 UE Supervision als kollegiales fallbezogenes Gespräch mit Dokumentation		

Bitte heften Sie alle Nachweise, die Sie einreichen möchten nacheinander hinter das Deckblatt! Vielen Dank.

UE = Unterrichtseinheiten