

**Antrag zur Erlangung der Zusatzqualifikation  
„Spezielle Psychotraumatheorie“ (DeGPT) nach den Übergangsregeln**

**Beginn der DeGPT-Mitgliedschaft 1.1.2005 – 31.12.2006**

**Bitte zu allen folgenden Punkten Nachweise in Kopie beifügen:**

- ( ) Psychotherapeutische Qualifikation gemäß Punkt A des Curriculums „Spezielle Psychotraumatheorie“ (DeGPT)
- ( ) Absolvierung eines strukturierten Curriculums Beginn bis 1.7.2005  
**Institut:**  
  
**oder**
- ( ) Abgeschlossene Ausbildung in Verfahren aus den Punkten 3 oder 5 des Curriculums „Spezielle Psychotraumatheorie“ (DeGPT) vor 31.12.2004  
**Welches:** **Wann:**
- und**
- ( ) Nachweis 5-jähriger klinischer Tätigkeit im Traumbereich
- ( ) Nachweis über 3 dokumentierte und supervidierte Fällen mit mindestens 15 Supervisionsstunden bei dem/der für das jeweilige Verfahren aus Punkt 3 oder 5 des Curriculums anerkannten SupervisorIn

Dienstadresse (bitte vollständig ausfüllen):

---

Name Anschrift

---

Forts. Anschrift

---

Telefon Email-Adresse

**Die Zertifizierung ist an eine Mitgliedschaft bei der DeGPT gebunden und hat eine Gültigkeit von 4 Jahren. Sie wird automatisch verlängert.**

Ich versichere, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen.

---

Datum Unterschrift

Ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisanschrift auf einer Internetliste der DeGPT einverstanden.

---

Datum Unterschrift

## Übergangsregelung für DeGPT-Mitglieder

### Beginn der Mitgliedschaft zwischen dem 1.1.2005 und dem 31.12.2006

- ( ) Voraussetzungen zur Zulassung zur Zusatzqualifikation sind erfüllt.
  - ( ) Abschluß eines strukturierten Curriculums, welches den Empfehlungen der DeGPT entspricht, Beginn der Teilnahme bis 1.7.2005
- ODER
- ( ) Abgeschlossene Ausbildung in einem Verfahren aus den Punkten 3 oder 5 des Curriculums „Spezielle Psychotraumatheorie DeGPT“

**Zitat zu Punkt 3:** *Zur Zeit* sind Ia-Techniken kognitive und verhaltenstherapeutische Ansätze oder EMDR (vgl. Ehlers 1999, Resick 1991 *und* verschiedene Formen der Expositionsbehandlung, vgl. z.B. Foa et al. 1991, vgl. Shapiro 2001)

**Zitat zu Punkt 5:** z.B. hypnotherapeutische Verfahren, modifizierte kognitivverhaltenstherapeutische Verfahren, psychodynamisch-imaginative Verfahren, tiefenpsychologisch modifizierte Verfahren

(vgl. Mehrphasige Integrative Traumatherapie, Butollo 1998; Acceptance and Commitment Therapy nach Hayes, Strohal & Wilson 2002, van der Hart & Steele 1989; Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie, Fischer 2002; Integrativ-psychodynamisch-kognitive Therapie, Horowitz 1986, Phillips 2002; Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, Reddemann & Sachsse 2000, Reddemann 2001; Imagery Rescripting nach Smucker und Dancu 1999)

**Vor 31.12.2004** bei mindestens 5 jähriger klinischer Tätigkeit im Traumabereich:

- ( ) Nachweis von 3 dokumentierten und supervidierten Fällen mit mindestens 15 Supervisionsstunden (dokumentiert) bei dem für das jeweilige Verfahren aus Punkt 3 oder 5 des Curriculums anerkannten SupervisorIn
- ( ) Einzelfallprüfung durch den Vorstand in Ausnahmefällen

**Bescheinigung zur Vorlage bei der DeGPT  
im Rahmen des Antrags zur Erlangung der Zusatzbezeichnung  
„Spezielle Psychotraumatheorie“ (DeGPT)**

Hiermit bestätige ich der Antragstellerin/dem Antragsteller

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

dass sie/er seit **mindestens 5 Jahren klinisch im Traumabereich** tätig ist.

Ich kenne die Antragstellerin/den Antragsteller aus der gemeinsamen Arbeit im  
Rahmen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- der Supervisionsgruppe, die ich leite und an der sie/er regelmäßig teilnimmt
- unserer gemeinsamen Praxis
- kollegialer Zusammenarbeit unter niedergelassenen Kollegen
- kollegialer Zusammenarbeit in derselben Arbeitsstelle

und kann ihre/seine Erfahrung und Kompetenz bezüglich der Therapie traumatisierter  
Patientinnen/Patienten bestätigen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Stempel

**Bescheinigung zur Vorlage bei der DeGPT  
im Rahmen des Antrags zur Erlangung der Zusatzbezeichnung  
„Spezielle Psychotraumatherapie“ (DeGPT)**

Hiermit bestätige ich der Antragstellerin/dem Antragsteller

Frau/Herrn \_\_\_\_\_

dass sie/er sich bei mir in **Supervision** befindet.

Im Rahmen der Supervision hat sie/er bei mir bisher \_\_\_\_\_ **Fälle** (mind. 3) in  
\_\_\_\_\_ **Supervisionsstunden** (mind. 15) supervidieren lassen.

Bei den supervidierten Fällen handelt es sich um PatientInnen mit der Diagnose PTBS.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift SupervisorIn  
Stempel / Institution