

Empfehlung des Vorstandes für den Erwerb einer Zusatzqualifikation „Spezielle Psychotraumathe- rapie (DeGPT)“ (Überarbeitete Fassung 2012)

Präambel

Spezialisierte psychotraumatologische Kenntnisse sind Grundlage für die qualifizierte Versorgung von PatientInnen mit Traumafolgestörungen. Da entsprechende Unterrichtsinhalte in den grundständigen Weiter- und Ausbildungscurricula von Psychologischen und Ärztlichen PsychotherapeutInnen nicht in ausreichendem Umfang integriert sind, empfiehlt die DeGPT folgende Standards für eine Qualifikation in „Spezieller Psychotraumathe- rapie (DeGPT)“.

Nach den Empfehlungen des nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz eingerichteten wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (Methodenpapier 2010) sollen psychotherapeutische Ausbildungsinstitute - soweit verfügbar – durch den wissenschaftlichen Beirat anerkannte Behandlungsverfahren bzw. Behandlungsmethoden lehren. Das von der DeGPT erarbeitete Curriculum trägt dieser Forderung Rechnung und wird regelmäßig nach dem aktuellen Stand der Forschung aktualisiert. Letzte Bearbeitung am 10.09.2013.

Voraussetzungen

Deutschland

Approbation als Psychologische Psychotherapeutin/Psychologischer Psychotherapeut bzw. Approbation als Ärztin/Arzt und Facharztqualifikation für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin bzw. Approbation als Ärztin/Arzt und Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Schweiz

Anerkennung als Fachärztin/Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie oder als Ärztin/Arzt mit anerkannter Psychotherapieweiterbildung. Oder: Kantonale Praxisbewilligung für Psychotherapie oder Anerkennung als Fachpsychologin/Fachpsychologe für Psychotherapie FSP oder Psychotherapeutin/Psychotherapeut SBAP oder Psychotherapeutin/Psychotherapeut ASP. Oder: Anerkennung durch oder Mitgliedschaft bei der GedaP oder Anerkennung als Psychotherapeutin/Psychotherapeut im Rahmen kantonalen Rechts.

Österreich

Ärztin/Arzt mit dem Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ der österreichischen Ärztekammer oder: Eintrag in die Liste „PsychotherapeutInnen“ des zuständigen Ministeriums.

Curriculum Spezielle Psychotraumatheorie (DeGPT)

A Curriculare Inhalte/Module	Stud. (UE)
<p>1 Theoretische Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geschichte der Psychotraumatologie, Neurobiologie, Besonderheiten des Traumagedächtnisses, Störungsmodelle und Behandlungsmodelle. Überblick zu traumaspezifischen Behandlungsverfahren, Psychopharmakotherapie von Traumafolgestörungen. ▪ Überblick über den aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im Bereich Trauma (Metaanalysen etc.). Epidemiologie von Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und häufigen komorbiden Störungsbildern. ▪ Besonderheiten bei spezifischen Traumatisierungen (z. B. sexuelle Gewalt, Migrationsprobleme, Folter, militärische Einsätze); juristische Grundkenntnisse (z.B. Opferschutz-Gesetze, Gewaltschutzgesetze); Grundlagen des Heilverfahrens der Berufsgenossenschaften/ Unfallversicherungen. ▪ Verhinderung erneuter Viktimisierung. ▪ Möglichkeiten kontinuierlicher Fortbildung (Leitlinien, Fachgesellschaften, Fachzeitschriften). 	10
<p>2 Diagnostik und Differentialdiagnostik von Traumafolgestörungen</p> <p>Durchführung von Erstgesprächen und Psychoedukation bei traumatisierten PatientInnen. Grundlagen der Diagnostik mit Checklisten, Fragebogenscreening und diagnostischen Interviews. Differentialdiagnostik der Traumafolgestörungen (jeweils mit Diagnosekriterien, Überblick zu Screeninginstrumenten und Interviewdiagnostik). Detailliert behandelt werden sollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik akuter Belastungsreaktionen ▪ Diagnostik der posttraumatischen Belastungsstörung ▪ Diagnostik komplexer Traumafolgestörungen einschließlich Dissoziativer Störungen 	10
<p>3 Techniken zur Ressourcenaktivierung und zur Förderung der Affektregulation</p> <p>Förderung von Affektregulation, Selbst- und Beziehungsmanagement und sozialen Kompetenzen sowie von intra- und interpersonellen Ressourcen. Techniken zur Re-Orientierung und Unterbrechung intrusiver Symptome durch Distanzierung.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitive Techniken (z.B. Explorieren und Verändern dysfunktionaler Kognitionen, Bearbeiten von Schuld, Scham, Ekel und anderer traumassoziierter kognitiv-emotionaler Schemata). 2. Hypnotherapeutisch-imaginative Techniken zur Distanzierung und Ressourcenaktivierung (z.B. Imaginationsübungen, Screentechniken) 3. Gezielte Förderung der Fähigkeit zur Affektmodulation und Affektkontrolle. Symptommanagement bei Selbstverletzen und anderen selbstschädigenden Handlungen (z.B. achtsamkeitsbasierte Übungen, Skillstraining). Erstellen von Notfallplänen („Notfallkoffer“) und Ressourcenlisten. 	20

Aus allen drei Bereichen sollen Techniken ausführlich dargestellt, praktisch eingeübt und ihr differenzieller Einsatz diskutiert werden.

4 Behandlung akuter Traumafolgestörungen und Krisenintervention 10

Phasenverlauf und Symptomatik in der Folge akuter Traumatisierungen, traumaspezifische Beratung und Krisenintervention von akuten Belastungsreaktionen. Gesprächsführung in der akuten Situation. Unterstützung natürlicher Verarbeitungsprozesse, Einbeziehung von Angehörigen und des psychosozialen Umfelds. Umgang mit akuten Symptomen wie z.B. Dissoziation, Angstreaktionen, Suizidalität, Substanzmissbrauch. Kooperation mit Diensten am Einsatzort, Kriseninterventionsteam und Opferhilfe-Organisationen. Besonderheiten von Großschadenslagen. Besonderheiten von Arbeitsunfällen.

Evidenzbasierung von Debriefing Maßnahmen. Einsatz von konfrontativen Behandlungstechniken in den ersten 4 Wochen nach akuter Traumatisierung (Evidenzbasis, Darstellung der Vorgehensweisen, Information zum Stand der Wirksamkeit verschiedener Verfahren).

5 Konfrontative Bearbeitung von Traumafolgesymptomen (non-komplexe PTBS) 30

Vermittelt werden sollen evidenzbasierte Vorgehensweisen (Evidenzstufe Ia nach Cochrane) **in Theorie** (Krankheitsmodelle, Indikation, Kontraindikation, Differentialindikation) **und Praxis** (praktische Übungen, Beherrschen des Behandlungsprotokolls).

Mindestens eine der beiden evidenzbasierten Vorgehensweisen soll im Detail, die andere soll im Überblick (mind. 8 h) unterrichtet werden.

Vorgehensweisen:

Zurzeit erfüllen den Evidenzgrad Ia:

- die verhaltenstherapeutische Expositionsbehandlung und die kognitive-verhaltenstherapeutische Behandlung von Traumafolgestörungen, sowie
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

6 Behandlung komplexer Traumafolgestörungen einschließlich Dissoziativer Störungen 30

Derzeit werden heterogene Konzepte und Beschreibungen verwandt um komplexe Folgesymptome von Traumatisierungen, insbesondere in der Kindheit oder unter extremen Bedingungen zu bezeichnen. Zusätzlich zu den Anforderungen an die Behandlung von PatientInnen mit non-komplexer PTBS sind folgende Behandlungsnotwendigkeiten zu berücksichtigen:

Bei **PTBS mit komorbider Symptomatik** (z.B. Suchterkrankung, Angststörung, andere psychische Erkrankungen und sekundärpsychotische Phänomene):

- Therapieplanung bei Komorbidität (Spezielle Bedingungen der Indikationsstellung konfrontativer Verfahren und Kontraindikationen, Hierarchisierung von Therapiezielen) Störungsspezifische Ansätze bezogen auf die komorbide Problematik (siehe ISTSS Guidelines)

Bei **PTBS mit komorbider persönlichkeitsprägender Symptomatik:**

- Förderung der Beziehungsfähigkeit und der Fähigkeit zur interpersonellen Kompetenz, Autonomie und Nähe-Distanz Regulation
- Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen / Förderung von Alltagsressourcen
- Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Krisensituationen
- Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunktionaler Kognitionen (z.B. Scham, Schuldgefühle, Ekel, Ablehnung der eigenen Person)

Bei **PTBS mit komorbider Dissoziativer Störung** wie oben, **zusätzlich**:

- Einsatz antidissoziativer Skills
- Förderung von Wahrnehmung, Verstehbarkeit und Steuerungsfähigkeit zuvor dissoziierter Bereiche des Erlebens

Spezifisch auf die Behandlung von PatientInnen mit komplexen Traumafolgestörungen ausgerichteten Therapiemethoden ist gemeinsam, Traumafokussierung und Ressourcenorientierung so zu verzahnen, dass ein traumaverarbeitender Prozess ermöglicht wird.

Inzwischen liegen erste Studien vor, die Aussagen zur Wirksamkeit der Behandlung von PatientInnen-Gruppen mit komplexen Traumafolgestörungen durch spezifisch für diese Gruppen entwickelte Therapiemethoden machen. Eine Zuordnung der Studien zu den oben skizzierten 3 Untergruppen ist allerdings nur begrenzt möglich. Das Vorliegen eines hohen Grades an Evidenzbasierung impliziert nicht, dass die untersuchte Therapiemethode bei allen Ausprägungsformen komplexer Traumafolgestörungen bewährt ist. Gleichzeitig schließt das fehlende Vorliegen von randomisiert-kontrollierten Studien die Wirksamkeit bestimmter Therapiemethoden nicht aus. Dennoch halten wir es entsprechend der internationalen Empfehlungen und der Studienlage für gerechtfertigt, eine Einteilung nach Evidenzgraden vorzunehmen:

Hohe nachgewiesene Evidenz (mehrere randomisiert kontrollierte Studien):

Kognitiv behaviorale Traumatherapie und deren Kombination mit Expositionsbehandlung, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (NET), Seeking Safety (bei komorbider Suchterkrankung).

Niedrigere nachgewiesene Evidenz (mehrere nicht-randomisierte Behandlungsstudien, oder nur eine randomisiert kontrollierte Studie):

Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT), Emotionsfokussierte Traumatherapie (EFTT), DBT-PTSD

In der Behandlung von PatientInnen mit **Dissoziativen Störungen** haben sich auch adaptierte hypnotherapeutische Techniken (z.B. Ego-State Therapie) bewährt.

Die Vermittlung von Therapiestrategien in Modul 6 soll methodenübergreifend und integrativ erfolgen. Eines der Verfahren mit hoher Evidenz soll ausführlich vermittelt werden, ein weiteres der o. a. Verfahren soll im Überblick (mind. 8 h) unterrichtet werden. Techniken zur Ressourcenaktivierung und Affektregulation sollen besonders berücksichtigt werden (siehe Modul 3).

7 **Selbsterfahrung und Psychohygiene**

10

Themenzentrierte Selbsterfahrung bei vom jeweiligen Ausbildungsinstitut benannten und entsprechend qualifizierten SupervisorInnen.

Psychohygiene für PsychotherapeutInnen:

- Selbstdiagnose von sekundärer Traumatisierung und Burnout
- Verfahren zum Selbstschutz für BehandlerInnen

8 **Supervision**

20

Regelmäßige Supervision eigener Behandlungsfälle (nach Möglichkeit video-dokumentiert) durch entsprechend qualifizierte SupervisorInnen (u. a. Indikationsstellung und Behandlungsplanung) im Einzelsetting oder in Gruppen (max. 6 TeilnehmerInnen).

B Abschlusskolloquium

Kollegiales fallbezogenes Gespräch mit Dokumentation der Prüfungsthemen in einem stichpunktartigen Protokoll.

Als Voraussetzungen für die Zulassung zum Abschlusskolloquium sind sechs supervidierte und dokumentierte Behandlungsfälle (Kurzfassung) mit unterschiedlichen Störungsbildern (Vollbild PTBS, komplexe Traumatisierung u. a. nach Kindheitstrauma – mind. 50 Behandlungsstunden, und – wenn möglich – Akuttraumatisierung) einzureichen, von denen 4 Behandlungsfälle eine volle Diagnostik (einschließlich mindestens drei traumaspezifischer Testverfahren) beinhalten müssen und zwei dem Abschlusskolloquium zugrunde gelegt werden.

Gesamtstunden (UE) 140