

ITBS-Trauer – IRRT-Therapeuten Beurteilungsskala bei Trauer

Version 1.0, Köster & Schmucker 2017

KandidatIn/TherapeutIn:

PatientIn (Initialen): Sitzung(en) vom (bis):

SupervisorIn: Datum:

A. IRRT-Vorbereitung

TherapeutIn überprüft, ob IRRT die geeignete Methode ist

- | | | TherapeutIn |
|----|------|--|
| Ja | Nein | dokumentiert, dass die Symptomatik der Patientin aufgrund eines Trauererlebnisses aufgetreten ist, diagnostiziert orientierend die möglichen Blockierungen bzw. Trauerkategorien |
| Ja | Nein | evaluiert Einschluss-/Ausschlusskriterien |
| Ja | Nein | plant orientierend den Phaseneinstieg/-ablauf |
| Ja | Nein | überprüft die Motivation des Patienten für die IRRT |

Bemerkungen:

TherapeutIn erklärt die IRRT-Methode

- | | | TherapeutIn |
|----|------|---|
| Ja | Nein | klärt mit der Patientin, dass ein anhaltender bzw. komplizierter Trauerprozess vorliegt |
| Ja | Nein | erklärt kurz das IRRT-Vorgehen bei anhaltender Trauer |

B. Allgemeine Kompetenzen**1. Hausaufgabe (v.a. Anhören der Audioaufnahme) (wenn es sich um eine Folgesitzung handelt)****TherapeutIn**

- 0 thematisierte Hausaufgabe überhaupt nicht.
- 1 integrierte die Hausaufgabe nicht ausreichend in die Sitzung (überprüfte z.B. nicht die Aufgabe aus der letzten Sitzung, gab keine angemessene Hausaufgabe, half nicht effektiv bei Problemen, die bei der Hausaufgabe auftraten).
- 2 integrierte Hausaufgabe adäquat in die IRRT-Sitzung (besprach z.B. die Hausaufgabe der letzten Sitzung, gab wieder Hausaufgabe auf u./o. bot bei Schwierigkeiten das gemeinsame Anhören der Aufnahme an).
- 3 integrierte die Hausaufgabe exzellent in die IRRT-Sitzung (überprüfte z.B. die Hausaufgabe der letzten Sitzung, gab angemessene neue Hausaufgabe, besprach die Effizienz der Hausaufgabe mit dem Patient und konnte Probleme, die bei der Hausaufgabe auftraten, kollaborativ und effektiv lösen u./o. bot bei Schwierigkeiten das gemeinsame Anhören der Aufnahme an).

2. Tempo und Dauer der IRRT-Sitzung**TherapeutIn**

- 0 zeigte eklatante Mängel, Tempo und Dauer der IRRT-Sitzung zu steuern, ließ der Patientin vor allem viel zu wenig Zeit zur Verarbeitung zwischen den Therapeutenfragen.
- 1 hatte Schwierigkeiten, ein regelmäßiges Tempo und den Fluss der IRRT-Sitzung aufrechtzuerhalten (z.B. gewährte einer Imaginationsphase zu viel oder zu wenig Zeit, oder verbrachte zu viel Zeit mit unwichtigen oder unproduktiven Diskussionen).
- 2 steuerte adäquat Tempo und Dauer der IRRT-Sitzung (z.B. nutzte die Zeit sinnvoll, förderte den IRRT-Verarbeitungsprozess und widmete jeder Phase eine angemessene Zeit).
- 3 steuerte sehr geschickt Tempo und Dauer der IRRT-Sitzung (z.B. begrenzte elegant unwichtige oder unproduktive Diskussionen und nutzte jede Phase zeitlich optimales Ausmaß an Imaginationszeit).

3. Interpersonelle Fähigkeiten (therapeutische Grundhaltung)

TherapeutIn

- 0 zeigte eklatante Mängel an interpersonellen Fähigkeiten.
- 1 zeigte deutliche interpersonelle Probleme (z.B. von Zeit zu Zeit einen Mangel an Geduld, Wärme, Verständnis, Echtheit und Unterstützung oder Schwierigkeiten, Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz zu zeigen).
- 2 zeigte adäquate interpersonelle Fähigkeiten (z.B. ein adäquates Ausmaß an Geduld, Wärme, Verständnis, Echtheit und Unterstützung sowie Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz).
- 3 zeigte exzellente interpersonelle Fähigkeiten (z.B. ein optimales Ausmaß an Geduld, Wärme, Verständnis, Echtheit und Unterstützung sowie ausgeprägte Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz).

4. Halten des Patienten in der IRRT-Struktur

TherapeutIn

- 0 zeigte eklatante Mängel, den Patienten in der IRRT-Struktur zu halten.
- 1 hatte Schwierigkeiten, den Patienten in der IRRT-Struktur zu halten.
- 2 konnte den Patienten zum größten Teil in der IRRT-Struktur halten.
- 3 war sehr geschickt und effektiv darin, den Patienten in der IRRT-Struktur zu halten.

5. Fähigkeit, die belastenden Emotionen des Patienten auszuhalten und „dabei zu bleiben“

TherapeutIn

- 0 war nicht in der Lage, die belastenden Emotionen des Patienten auszuhalten und „dabei zu bleiben“ (versuchte z.B. unangemessen den Fokus der Aufmerksamkeit des Patienten von den belastenden Emotionen abzulenken, den Patienten vor dem emotionalen Schmerz zu „retten“ oder den Schmerz des Patienten mittels Vermeidung oder Flucht zu reduzieren oder abzumildern).
- 1 hatte Schwierigkeiten, die belastenden Emotionen des Patienten auszuhalten und „dabei zu bleiben“.
- 2 hielt die belastenden Emotionen des Patienten aus und „blieb dabei“.
- 3 war ausgesprochen versiert darin, die belastenden Emotionen des Patienten auszuhalten und „dabei zu bleiben“ und begleitete den Patienten souverän durch die schmerzhaften Emotionen hindurch.

C. Kompetenzen in Phase 1 (a*, a, b), wenn durchgeführt**6. Gestaltung der IRRT-Phasenübergänge****TherapeutIn**

- 0 zeigte eklatante Mängel, Phasenübergänge zu bewerkstelligen.
- 1 hatte Schwierigkeiten, die Phasenübergänge adäquat zu bewerkstelligen.
- 2 war recht erfolgreich in der Ermöglichung der Phasenübergänge.
- 3 war äußerst geschickt darin, elegante Phasenübergänge zu bewerkstelligen (beendete z.B. jede IRRT-Phase mit einer angemessenen geschlossenen Frage oder förderte den Übergang zur nächsten Phase erst, wenn in der vorhergehenden Phase ein signifikanter Fortschritt erzielt worden war).

7. Fördern der Imagination im Hier und Jetzt (Gegenwart)**TherapeutIn**

- 0 versuchte nicht, den Patienten anzuleiten, im Hier und Jetzt zu bleiben oder geriet bei den Paraphrasierungen selbst regelmäßig in die Vergangenheit.
- 1 versuchte zu wenig, den Patienten angemessen anzuleiten, im Hier und Jetzt zu bleiben und geriet bei den Paraphrasierungen selbst gelegentlich in die Vergangenheit.
- 2 versuchte, den Patienten angemessen anzuleiten, im Hier und Jetzt zu bleiben. und blieb bei den Paraphrasierungen selbst meistens in der Gegenwart
- 3 versuchte, den Patienten sehr geschickt anzuleiten, im Hier und Jetzt zu bleiben und blieb bei den Paraphrasierungen selbst konstant in der Gegenwart.

8. SUDS-Ratings**TherapeutIn**

- 0 machte überhaupt keine SUDS-Ratings in der IRRT-Sitzung.
- 1 machte während der gesamten IRRT-Sitzung zu wenige oder zu viele SUDS-Ratings.
- 2 machte adäquate SUDS-Ratings während der gesamten IRRT-Sitzung.
- 3 zeigte sich sehr geschickt in der Anwendung der SUDS-Ratings und führte sie angemessen und regelmäßig während der gesamten IRRT-Sitzung durch.

9. Begleitung des *Wiedererlebens* in Phase 1**TherapeutIn**

- 0 war nicht in der Lage, das *Wiedererleben* in Phase 1 zu ermöglichen und zu begleiten.
- 1 hatte Schwierigkeiten, das *Wiedererleben* in weiten Teilen der Phase 1 zu ermöglichen und zu begleiten.
- 2 ermöglichte und begleitete angemessen das *Wiedererleben* während der Imagination in Phase 1.
- 3 war ausgesprochen versiert darin, das *Wiedererleben* in der gesamten Phase 1 zu ermöglichen und zu begleiten (z.B. durch angemessenes Paraphrasieren und Nachfragen).

D. Kompetenzen in Phase 2**10. Zeitpunkt und Art und Weise des Beginns von Phase 2****TherapeutIn**

- 0 hatte erhebliche Schwierigkeiten, das FUSIONIERTER ICH in die Begegnung mit dem Verstorbenen einzuführen (verpasste diese Begegnung z.B. völlig).
- 1 begann die Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem zum falschen Zeitpunkt und/oder mit einer ungeschickten Formulierung (z.B. weit vor oder nach dem emotional belastendsten Moment, Ansprache des FUSIONIERTEN ICHS in der dritten Person).
- 2 begann die Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem im Bereich des angemessenen Zeitpunkts und mit einer passenden Formulierung.
- 3 begann die Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem zum optimalen Zeitpunkt und mit der optimalen Formulierung (z.B. genau im Moment der höchsten emotionalen Belastung: „*Wenn Sie jetzt mit dem Verstorbenen nochmal sprechen könnten, was würden Sie ihm gern sagen oder mit ihm machen wollen?*“).

11. Sokratische Haltung in Phase 2

TherapeutIn

- 0 nahm praktisch keine sokratische Haltung ein, während die Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenen stattfand (gab z.B. ständig direktive Anweisungen, wie das FUSIONIERTER ICH mit dem Verstorbenen reden sollte oder handelte selbst als TherapeutIn in Eigeninitiative in der Imagination).
- 1 nahm eine nicht genügend sokratische Haltung ein, während in der Interaktion zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenen Bewältigungsbilder entwickelt wurden.
- 2 nahm zum größten Teil eine sokratische Haltung ein, während in der Interaktion zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenen Bewältigungsbilder entwickelt wurden.
- 3 erhielt durchgehend, souverän, geschickt und elegant eine sokratische Haltung während der Phase 2 aufrecht und überwand auch Hindernisse, die der Entwicklung von Bewältigungsbildern entgegenstanden (blieb z.B. durchgehend geduldig und überließ dem FUSIONIERTEN ICH die Aktivität; bewies Souveränität und Eleganz im Einsatz von Interventionen zur Überwindung von Blockaden).

12. Alleinige direkte Ansprache des FUSIONIERTEN ICHS in der Phase 2

TherapeutIn

- 0 sprach häufig das FUSIONIERTER ICH indirekt oder direkt den Verstorbenen oder andere Protagonisten auf der INNEREN BÜHNE an.
- 1 sprach gelegentlich das FUSIONIERTER ICH indirekt oder direkt den Verstorbenen oder andere Protagonisten an.
- 2 sprach in Phase 2 fast nur das FUSIONIERTER ICH direkt an und ließ sich von diesem das Geschehen in der Begegnung mit dem Verstorbenen schildern.
- 3 sprach in Phase 2 souverän ausschließlich das FUSIONIERTER ICH an und ließ sich von diesem das Geschehen in der Begegnung mit dem Verstorbenen schildern.

13. Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene in Phase 2

TherapeutIn

- 0 zeigte eklatante Mängel, den Prozess im Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene adäquat zu führen, ließ es z.B. zu, dass der Patient zu lange und zu oft auf der sekundären Verarbeitungsebene verweilte.
- 1 hatte Schwierigkeiten damit, den Prozess im Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene adäquat zu führen.
- 2 führte den Prozess adäquat im Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene.
- 3 führte den Prozess souverän, elegant und stimmig im Wechsel zwischen primärer Erlebnisebene und sekundärer Verarbeitungsebene.

14. Überprüfung der Handlungswirkung des FUSIONIERTEN ICHS in Phase 2**TherapeutIn**

- 0 fragte das FUSIONIERTE ICH nicht oder viel zu wenig nach der Reaktion des Verstorbenen auf seine Handlungen.
- 1 fragte das FUSIONIERTE ICH zu wenig nach der Reaktion des Verstorbenen auf seine Handlungen.
- 2 fragte das AKTUELLE ICH in der Regel nach der Reaktion des Verstorbenen auf seine Handlungen.
- 3 fragte das AKTUELLE ICH konsequent und angemessen nach der Reaktion des Verstorbenen auf seine Handlungen.

15. Förderung von Empathie und Zulassen der Emotionen in Phase 2**TherapeutIn**

- 0 schien völlig überfordert mit der Förderung des Mitgefühls und der Emotionen in Phase 2 zu sein, verlor sogar die Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem aus den Augen und schien selbst nicht bereit oder in der Lage zu sein, starke Emotionen auszuhalten.
- 1 förderte eindeutig nicht ausreichend die emotionale Begegnung und Empathie zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem.
- 2 konnte die emotionale Begegnung und Empathie zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem zu fördern und auch starke Emotionen auszuhalten.
- 3 zeigte sich souverän, mitfühlend und elegant in der Lage, auch heftige Emotionen in der Begegnung zwischen FUSIONIERTEM ICH und Verstorbenem nicht nur auszuhalten, sondern zu fördern (fragte z.B. regelmäßig gerade in sehr emotionalen Momenten, was das FUSIONIERTE ICH in den Augen des Verstorbenen sehe und forderte z.B. das FUSIONIERTE ICH durch sokratischen Druck auf, gegenüber dem Verstorbenen auch vorhandene negative Gefühle direkt zum Ausdruck zu bringen).

16. Indikation und Durchführung einer Phase 3 in der IRRT-Trauersitzung (wenn angemessen)**TherapeutIn**

- 0 erkannte nicht, dass eine Phase 3 sinnvoll gewesen wäre, so dass die IRRT-Trauersitzung nur unzureichend zur Wirkung kommen konnte bzw. als ergebnislos abgebrochen werden musste.
- 1 erkannte zwar, dass eine Phase 3 sinnvoll gewesen wäre, leitete diese aber eher unpassend ein (falscher Zeitpunkt, ungünstige Formulierungen).
- 2 erkannte die Notwendigkeit einer Phase 3 und führte die Phase 3-Integration passend durch.
- 3 erkannte feinfühlig und angemessen, dass eine Phase 3 eingeführt werden musste und konnte die Phase 3-Integration geschickt und elegant durchführen.

E. Kompetenzen in der Abschluss- und Nachbesprechungsphase**17. Abschluss der Imagination, sechs Abschlussfragen****TherapeutIn**

- 0 zeigte eklatante Mängel, die Imagination rechtzeitig und angemessen zu beenden und stellte keine Abschlussfragen.
- 1 hatte Schwierigkeiten, die Imagination rechtzeitig und angemessen zu beenden und stellte keine oder unpassende Abschlussfragen.
- 2 konnte die Imagination rechtzeitig und angemessen beenden, stellte die Abschlussfragen und ließ jeweils noch eine kurze Reaktion darauf zu.
- 3 konnte die Imagination sehr geschickt, rechtzeitig und angemessen beenden (stellte z.B. zur passenden Zeit die sechs Abschlussfragen, ließ jeweils eine kurze Reaktion darauf zu und erkannte, wenn z.B. nach dem Verschwinden des Verstorbenen nur noch die Fragen 1, 5 und 6 sinnvoll waren).

18. Nachbesprechung**TherapeutIn**

- 0 zeigte eklatante Mängel, eine angemessene Nachbesprechung mit dem Patienten zu führen.
- 1 hatte Schwierigkeiten, eine angemessene Nachbesprechung mit dem Patienten zu führen bzw. wendete eine inadäquate Kombination aus sokratischen, kollaborativen und psychoedukativen Strategien an.
- 2 konnte eine angemessene Nachbesprechung mit dem Patienten führen bzw. wendete eine angemessene Kombination aus sokratischen, kollaborativen und psychoedukativen Strategien an.
- 3 konnte eine geschickte und elegante Nachbesprechung mit dem Patienten führen bzw. wendete eine optimale Kombination aus sokratischen, kollaborativen und psychoedukativen Strategien an und verhalf dem Patienten, das in der Imagination Erlebte zu verankern und zu integrieren sowie eine Hausaufgabe zu planen.

F. Weitere differenzierende Angaben**Patientenvariable: Motivation sowie Fähigkeit und Bereitschaft zur Kooperation****PatientIn**

- 0 war nicht in der Lage, in der Imagination zu arbeiten, konnte oder wollte z.B. inhaltlich nicht nachvollziehen, um was es ging, konnte oder wollte nicht mit dem Therapeuten auf der INNEREN BÜHNE zusammen arbeiten.
- 1 hatte Schwierigkeiten in der Imagination zu arbeiten, schien z.B. wenig motiviert zu sein, war zu wenig bereit oder in der Lage, länger auf der INNEREN BÜHNE zu arbeiten.
- 2 war motiviert und kooperativ, hatte nur wenige Einschränkungen in Motivation und Kooperation bei der Imaginationsarbeit auf der INNEREN BÜHNE.
- 3 zeigte eine optimale Motivation und Kooperation, gestaltete z.B. phasenweise den Prozess in Eigenaktivität, arbeitete kreativ und spontan auf der INNEREN BÜHNE.

Weitere Bemerkungen und Zusammenfassung

G. Zusammenfassende Beurteilung**A. IRRT-Vorbereitung**Indikation Erklärung der Methode **B. Allgemeine Kompetenzen**1 Punkte2 Punkte3 Punkte4 Punkte5 Punkte6 Punkte7 Punkte8 Punkte**C. Kompetenzen in Phase 1**9 Punkte**D. Kompetenzen in Phase 2**10 Punkte11 Punkte12 Punkte13 Punkte14 Punkte15 Punkte16 Punkte**E. Kompetenzen Abschluss- und Nachbesprechungsphase**17 Punkte18 Punkte**F. Weitere differenzierende Angaben****Anzahl berücksichtigter Kategorien****Gesamtpunktzahl****Durchschnitt****Zusammenfassende Beurteilung:**.....
Datum.....
Unterschrift Supervisor