

Schritt-für-Schritt zur Zertifizierung: Auxiliary Schema Therapist - Standard

1. Basiccurriculum Auxiliary/Co-Therapie abschließen und 6 Stunden Supervision, sowie 3 Stunden Selbsterfahrung sammeln (in Gruppe mit bis zu 6 TN möglich). Tipp: Suchen Sie sich gezielt Fälle für die Supervision aus, mit denen Sie die Therapie erst beginnen und machen Sie es sich und Ihren Patient*innen zur Gewohnheit, dass Sie die Stunden filmen. Die Einwilligungserklärung zur Videoaufzeichnung finden Sie hier: <https://schematherapysociety.org/page-18343> (Formular Nr. 10). So können Sie in jeder Supervision Ihre Technikanwendung differenziert beurteilen lassen und lernen, wie die unabhängigen Rater*innen Ihre Zertifizierungsvideos anschauen und auf was Sie achten sollten. Setzen Sie sich mit den Kriterien auseinander, auf deren Grundlagen das Rating Ihres Videos stattfinden wird. Diese finden Sie hier: www.schematherapysociety.org - Klicken Sie auf „Certification“ - Klicken Sie auf „Certification Forms“ und dann „7. Schema Therapy Rating Scale 2011 with Summary Sheets“. Für Sie gelten die Items: 1-4, 7,8, 12-14.
2. Werden Sie Mitglied in der ISST: www.schematherapysociety.org - Klicken Sie „Join Us“ - „Step 1“, „Associate Member“ und folgen Sie den Instruktionen.
3. Wählen Sie gemeinsam mit Ihrem Supervisor/Ihrer Supervisorin eine 15-30 minütige Sequenz Video einer schematherapeutischen Stunde aus und suchen Sie gemeinsam eine/n unabhängige Rater*in. Diesem/Dieser schicken Sie Ihr Video.
4. Haben Sie ein ausreichend hoch bewertetes Ergebnis erhalten, fassen Sie alle Unterlagen zusammen:
5. Wählen Sie nun unter <https://schematherapysociety.org/page-18343> Nr 2. „Checklist of documentation“ und füllen diese aus.

Following items to be filled by the Applicant:

APPLICANT'S NAME		Ihr Name			
EMAIL ADDRESS		Ihre Email Adresse			
ISST MEMBERSHIP NO.		Ihre ISST Mitgliedsnummer			
TYPE & LEVEL OF CERTIFICATION APPLIED FOR					
Specialty Area <input type="checkbox"/>	Individual <input type="checkbox"/>	Group <input type="checkbox"/>	Child-Adolescent <input type="checkbox"/>	Couples <input type="checkbox"/>	Auxiliary <input checked="" type="checkbox"/>
Level <input type="checkbox"/>	Standard <input checked="" type="checkbox"/>		Advanced <input type="checkbox"/>		
CERTIFICATION REQUIREMENTS					Relevant documents presented Yes / No (or as appropriate)
1	License to practice psychotherapy verified or professional association registration listed				Evtl. Berufsabschlussbescheinigung einscannen und hier „yes“ schreiben
2	Academic credentials requirements met				yes
3	Training requirements completed: by program or independent course				Trainingsprogramm oder Einzelkurse
4	Copies of all ISST certificates for attended certification courses signed by Training Program Directors attached. <i>The Certificates (Acknowledgements) have to clearly indicate curriculum items, names of trainers, didactic and dyadic/practice/role-plays hours relevant to the Specialty Area applied for, dates when the courses started and completed, number of participants, Training Program name and year of Program's Approval as well as other compulsory items.</i>				Workshopbescheinigungen einscannen und „yes“ schreiben
5	Didactic Hours required by relevant specialization were completed				Yes (12)
6	Dyadic/Practice/Role-Play hours were completed (maximum of 20 participants per trainer)				Yes (12)

7	Supervisors' confirmation of hours has been received	Yes (9)
8	Requirements for number of patients treated, sessions and diagnoses met	frei lassen/streichen
9	Rater of session recordings (CCF's) is independent (not trainer or supervisor unless exception has been granted)	Yes
10	STCRS summary sheet(s) received Standard Certification: 1 tape, score > 4 Advanced Certification: 2 tapes, score > 4.5	Wertung Rating
11	STCCRS summary sheet(s) received Standard Certification: 1 CCF, score > 4 Advanced Certification: 2 CCF's, score > 4.5	frei lassen/streichen
12	Date you began the certification training program:	Datum 1. WS
13	Date you completed the certification training program	Datum letzter WS
14	DATE you sent your complete application to reviewer	Aktuelles Datum

6. Wählen Sie nun unter <https://schematherapysociety.org/page-18343> Nr 3. „Certification Application“ und füllen diese aus:

1. APPLICANT'S DATA

Name (as you want it on your certificate):	Ihr Name
---	----------

Applying for:

Specialty Area	Individual	Group	Couples	Child-Adolescent	Auxiliary
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Certification Level	Standard	Advanced		Trainer	Supervisor
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ISST Membership	Membership Type	ISST Membership Number	Date joined ISST
	Associate	Mitgliedsnummer ISST	Datum Mitgliedschaft ISST
Email Address:	Ihre Email Adresse		
Country:	Germany		
Academic Credentials *	Degree	Discipline/subject	Year awarded
	evtl, Dipl./B.Sc. etc.	Ihre Berufsbezeichnung	Datum Ihres Abschlusses
Licensed as a Psychotherapist according to ISST definition	Type of License and Number:		Date of renewal / expiration if applicable:
	frei lassen oder durchstreichen		frei lassen oder durchstreichen
If your country does not issue licenses, insert here the name of the national professional organization you are registered with:	frei lassen oder durchstreichen		
If you are already Certified in one of the Schema Therapy Specialties please indicate the specialty type and level of Certificate, its number and date of issue:	Falls Sie bereits durch die ISST in einem andern Feld zertifiziert wurden, geben Sie bitte an, in welchem und seit wann, andernfalls frei lassen oder streichen.		

7. Wenn Sie alles beisammen haben, senden Sie alle Dokumente vollständig per Mail an Yvonne Reusch (reuschyvonne@gmail.com). Diese überprüft alles auf Vollständigkeit und sendet die Unterlagen dann an die Zertifizierungsstellen der ISST. Sie erhalten vom Certification Coordinator der ISST eine email mit Ihrem Zertifikat.