

Nome del richiedente: _____

Indirizzo professionale: _____

Indirizzo e-mail: _____

PARTE B : PRATICA CLINICA EMDR

Si prega di fornire commenti dettagliati per ogni competenza

Sezione A:

Protocollo e procedure EMDR standard

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Storia del paziente - passato, presente, futuro, disegno del caso TAI e piano di trattamento | <input type="checkbox"/> |
| 2. Preparazione | <input type="checkbox"/> |
| 3. Valutazione | <input type="checkbox"/> |
| - Immagini | |
| - Cognizione negativa | |
| - Cognizione positiva | |
| - Validità della cognizione (VoC) | |
| - Emozioni | |
| - SUD | |
| - Sede delle sensazioni del corpo | |
| 4. Elaborazione (Desensibilizzazione) | <input type="checkbox"/> |
| - Strategie per l'elaborazione bloccata e le credenze bloccanti | |
| - Accelerazione/decelerazione | |
| - Tessitura cognitiva | |
| 5. Installazione di cognizione positiva | <input type="checkbox"/> |
| - Incluso il blocco delle credenze | |
| 6. Scansione del corpo | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tecniche di chiusura | <input type="checkbox"/> |
| - Sessione completa | |
| - Sessione incompleta | |
| 8. Rivalutazione | <input type="checkbox"/> |

Sezione B:

Prove di conoscenza ed esperienza dei protocolli scritti per popolazioni specifiche e conoscenza dello stato attuale della ricerca:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. EMDR, disturbo post-traumatico da stress complesso (trauma complesso), dissociazione strutturale primaria e secondaria | <input type="checkbox"/> |
| 2. EMDR con disturbi d'ansia | <input type="checkbox"/> |
| 3. EMDR con comportamenti di dipendenza | <input type="checkbox"/> |
| 4. EMDR con dolore | <input type="checkbox"/> |
| 5. Protocolli EMDR per traumi acuti (Protocollo degli eventi recenti) | <input type="checkbox"/> |
| 6. EMDR e perdita traumatica, dolore e lutto | <input type="checkbox"/> |
| 7. EMDR con depressione | <input type="checkbox"/> |

PARTE C: SUPERVISIONE CLINICA EMDR E CAPACITÀ DI INSEGNAMENTO & SUPERVISIONE EMDR DELLA SUPERVISIONE (20 ORE DI 60 MINUTI)

Si prega di fornire commenti dettagliati per ogni competenza

Approccio e atteggiamento di base verso i supervisori, obblighi e responsabilità

- Sviluppo di un'alleanza di supervisione clinica cooperativa con i supervisori
- Dimostrando un alto livello di professionalità e competenza

Stabilire un rapporto con i supervisori

- Creare un'atmosfera sicura per la supervisione clinica
- Fornire un feedback adeguato e costruttivo ai supervisori
- Sviluppare una sintonia efficace e uno stile di coaching

Capacità di trasmettere efficacemente la conoscenza del quadro teorico del modello Adaptive Information Processing (AIP)

Concentrarsi su quanto segue nella supervisione

- Pratica del protocollo standard EMDR
- Applicazione corretta del protocollo
- Riconosce altri approcci o piani di trattamento e interventi
- Dimostra la capacità di rispondere efficacemente alle domande dei supervisori, considerando quanto segue:
 - a. Esplorare e chiarire la questione
 - b. Rispondere a livello teorico
 - c. Risponde a livello pratico
 - d. Fornire indizi e suggerimenti specifici per un caso particolare
 - e. Educare alla diagnosi differenziale e/o ai trattamenti esistenti

Identificare e gestire efficacemente i processi di gruppo

CONFERMA DA PARTE DEL SUPERVISORE (CONSULTANT) O DEL FORMATORE (TRAINER) ACCREDITATO EMDR EUROPE

Confermo che la persona che richiede l'accREDITAMENTO come supervisore riconosciuto da EMDR Europe (Consultant) ha completato almeno 20 ore (a 60 minuti) di supervisione:

Confermo di aver supervisionato personalmente il lavoro di _____
come descritto nei punti seguenti.

1. il riferimento allegato
2. il quadro di competenze allegato

Si prega di barrare le risposte appropriate:

- Confermo che il candidato ha rispettato il livello di prestazione specificato e prescritto dall'Associazione.
- Confermo che questa è una valutazione onesta e valida delle competenze del supervisore.
- Confermo inoltre che il candidato ha trattato un'ampia gamma di pazienti con diverse diagnosi e complessità.

Comprendo che se, per qualsiasi motivo, le informazioni indicano che le condizioni di cui sopra non sono soddisfatte, il supervisore (Consultant) e/o la persona supervisionata possono perdere il loro accreditamento e l'appartenenza all'associazione.

Indica il periodo di tempo in cui hai supervisionato la persona supervisionata:

data di inizio: _____

data di fine: _____

Indicare se la supervisione è ancora in corso (cerchiare la risposta appropriata): Sì No

Nome del supervisore accreditato EMDR Europe (Consultant) in lettere maiuscole

Firma del supervisore (Consultant)

Data

Firma della persona supervisionata

Data

SECONDO RIFERIMENTO A SOSTEGNO DELLA DOMANDA

Questa referenza è parte del processo di richiesta per il riconoscimento di EMDR Europe come supervisore (Consultant).

Sostengo questa domanda di riconoscimento come Supervisore Accreditato EMDR Europe (Consultant) da EMDR Europe per:

Nome del richiedente

Conosco il richiedente nel seguente contesto (barrare la casella appropriata):

- Responsabile nel campo terapeutico
- Collega professionale
- Collega o collaboratore nel settore accademico
- Membro del gruppo di supervisione della terapia EMDR

Posso confermare l'esperienza pratica del candidato nell'EMDR e che la sua pratica professionale è conforme alle linee guida etiche della sua associazione professionale.

Nome in lettere maiuscole

Firma

Data