



Name der antragstellenden Person:	<hr/>
Praxis-Adresse:	<hr/> <hr/>
E-Mail Adresse:	<hr/>

TEIL B: EMDR PRAXIS

Bitte geben Sie ausführliche Kommentare zu jeder Kompetenz

Abschnitt A: EMDR-Standardprotokoll und -verfahren	
1. Anamnese – Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, AIP Fallkonzeption und Behandlungsplan	<input type="checkbox"/>
2. Vorbereitung	<input type="checkbox"/>
3. Bewertung	<input type="checkbox"/>
- Bild	
- Negative Kognition	
- Positive Kognition	
- Validity of Cognition (VoC)	
- Emotionen	
- SUD	
- Lokalisierung von Körperempfindungen	
4. Verarbeitung (Desensibilisierung)	<input type="checkbox"/>
- Strategien bei blockierter Verarbeitung und blockierenden Überzeugungen	
- Beschleunigen/Verlangsamen	
- Kognitives Einweben	
5. Verankerung positiver Kognition	<input type="checkbox"/>
- Inkl. blockierender Überzeugungen	
6. Überprüfen der Körperempfindungen	<input type="checkbox"/>
7. Abschlusstechniken	<input type="checkbox"/>
- Vollständig abgeschlossene Sitzung	
- Unvollständige Sitzung	
8. Neubewertung	<input type="checkbox"/>
Abschnitt B: Nachweis von Kenntnissen und Erfahrungen zu schriftlich ausgearbeiteten Protokollen für spezifische Populationen und Kenntnisse zum aktuellen Stand der Forschung:	
1. EMDR, komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS), primäre und sekundäre strukturelle Dissoziation	<input type="checkbox"/>
2. EMDR bei Angststörungen	<input type="checkbox"/>
3. EMDR und KlientInnen mit Suchtproblemen	<input type="checkbox"/>
4. EMDR und KlientInnen mit Schmerzen	<input type="checkbox"/>
5. EMDR Protokolle bei akutem Trauma (Protokoll für kürzlich stattgefundene Ereignisse)	<input type="checkbox"/>
6. EMDR und traumatischer Verlust, Schmerz und Trauer	<input type="checkbox"/>
7. EMDR bei Depression	<input type="checkbox"/>



TEIL C: EMDR-THERAPIE SUPERVISION UND LEHRKOMPETENZEN & SUPERVISION DER SUPERVISION (20 STUNDEN ZU 60 MINUTEN)

Bitte geben Sie ausführliche Kommentare zu jeder Kompetenz

Grundlegender Ansatz und Einstellung gegenüber SupervisandInnen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten	<input type="checkbox"/>
- Entwicklung einer kooperativen Supervisionsallianz mit SupervisandInnen	<input type="checkbox"/>
- Demonstration eines hohen Niveaus an professioneller Einstellung und Kompetenz	<input type="checkbox"/>
Aufbau eines guten Verhältnisses mit den SupervisandInnen	<input type="checkbox"/>
- Herstellen einer sicheren Atmosphäre innerhalb der Supervision	<input type="checkbox"/>
- Vermittlung adäquaten und konstruktiven Feedbacks an die SupervisandInnen	<input type="checkbox"/>
- Entwicklung von wirkungsvollem Einfühlen und adäquatem Coaching-Stil	<input type="checkbox"/>
Fähigkeit zur effektiven Vermittlung von Kenntnissen zum theoretischen Rahmen des Modells der adaptiven Informationsverarbeitung (AIP)	<input type="checkbox"/>
Supervisionsschwerpunkte auf folgende Fragestellungen	<input type="checkbox"/>
- Praxis des EMDR-Standardprotokolls	<input type="checkbox"/>
- Korrekte Anwendung des Protokolls	<input type="checkbox"/>
- Bestätigung der Anerkennung anderer Ansätze oder Behandlungspläne und -interventionen	<input type="checkbox"/>
- Demonstration der Fähigkeit zu angemessener Beantwortung der Fragen von SupervisandInnen, unter Berücksichtigung folgender Punkte:	<input type="checkbox"/>
a. Verständnis und Klärung der Fragen	<input type="checkbox"/>
b. Antwort auf einem theoretischen Hintergrund	<input type="checkbox"/>
c. Antwort auf der praktischen Ebene	<input type="checkbox"/>
d. Erteilung spezifischer Hinweise und Vorschläge für besondere Fälle	<input type="checkbox"/>
e. Vermittlung von Differentialdiagnose und/oder alternativer Therapien	<input type="checkbox"/>
Erkennung von und erfolgreicher Umgang mit Gruppenprozessen	<input type="checkbox"/>

BESTÄTIGUNG DURCH DEN/DIE EMDR EUROPE ANERKANNTE/N SUPERVISORIN (CONSULTANT) ODER TRAINERIN

Ich bestätige, dass die antragsstellende Person für die Akkreditierung als EMDR Europe anerkannte/r SupervisorIn (Consultant) mindestens 20 Stunden (zu 60 Minuten) Supervision absolviert hat:

Ich bestätige, dass ich die Arbeit von _____ wie in den folgenden Punkten beschrieben persönlich überwacht habe.

1. die beigefügte Referenz
2. der beigefügte Kompetenzrahmen

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Ich bestätige, dass die antragsstellende Person sich an den vom Verband festgelegten und vorgeschriebenen Leistungsgrad gehalten hat.
- Ich bestätige, dass dies eine ehrliche und valide Bewertung der Kompetenzen der supervidierten Person ist.
- Ich bestätige zudem, dass die antragsstellende Person eine Vielzahl von KlientInnen mit unterschiedlichen Diagnosen und unterschiedlicher Komplexität behandelt hat.

Ich verstehe, dass wenn aus irgendwelchen Gründen Informationen vorliegen, die darauf hindeuten, dass die oben genannten Bedingungen nicht erfüllt sind, der/die SupervisorIn (Consultant) und/oder die supervidierte Person möglicherweise seine/ihre Akkreditierung und die Mitgliedschaft in der Vereinigung verlieren kann.

Bitte geben Sie den Zeitraum an, in dem Sie die supervidierte Person supervidiert haben:

Startdatum: _____

Enddatum: _____

Geben Sie an, ob es sich um eine laufende Supervision handelt (zutreffendes einkreisen): Ja Nein

Name des/der EMDR Europe anerkannten SupervisorIn (Consultant) in Druckbuchstaben

Unterschrift des/der SupervisorIn (Consultant)

Datum

Unterschrift der supervidierten Person

Datum

ZWEITE REFERENZ FÜR DIE UNTERSTÜTZUNG DES ANTRAGS

Diese Referenz ist Teil des Antragsverfahrens zur Anerkennung als SupervisorIn (Consultant) durch EMDR Europe.

Ich unterstütze diesen Antrag auf Anerkennung als EMDR-Europe-SupervisorIn (Consultant) durch EMDR Europe für:

Name der antragsstellenden Person

Ich kenne die antragsstellende Person aus folgendem Zusammenhang (bitte ankreuzen):

- Vorgesetzte/r im therapeutischen Bereich
- Berufskollege/-kollegin
- Kollege/Kollegin oder MitarbeiterIn im universitären Bereich
- Gruppenmitglied EMDR-Therapie Supervision

Ich kann die Praxiserfahrung der antragsstellenden Person mit EMDR bestätigen sowie dass die berufliche Praxis der antragsstellenden Person den Ethikrichtlinien seines/ihres Berufsverbandes entspricht.

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift

Datum