

# Fragebogen zu Supervision, Intervision und Selbsterfahrung

## 1. Angaben zur Person

1.1 Alter \_\_\_\_\_ 1.2 Geschlecht männlich  weiblich

1.3 Verfahren, das Ihrer Approbation als Psychotherapeutin/Psychotherapeut zu Grunde liegt

- Verhaltenstherapie   
 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie   
 Analytische Psychotherapie   
 Andere Verfahren (bitte spezifizieren Sie)  \_\_\_\_\_

1.4 Wie lange sind Sie insgesamt schon psychotherapeutisch tätig? (Beziehen Sie Ihre praktische Tätigkeit während der Ausbildung mit ein und schließen Sie Zeiten aus, in denen Sie nicht praktisch tätig waren.)

\_\_\_\_\_Jahre \_\_\_\_\_Monate

**2. Wie lange sind Sie in den folgenden Settings jeweils tätig gewesen? (Beziehen Sie Zeiten während und nach Ihrer Ausbildung mit ein. Falls überhaupt nicht, notieren Sie 0, geben Sie auch Teile von Jahren an) Und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/Psychotherapeutin tätig?**

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
2.1 Öffentliche stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Öffentliche ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.2 Private stationäre Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.3 Private ambulante Einrichtung	____/____	<input type="checkbox"/>
2.4 Private Gemeinschaftspraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.5 Private Einzelpraxis	____/____	<input type="checkbox"/>
2.6 Beratungsstelle	____/____	<input type="checkbox"/>
2.7. Andere (Bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

**3. Wie lange sind Sie in den folgenden Versorgungsbereichen jeweils tätig gewesen und in welchem Setting sind Sie derzeit als Psychotherapeut/ Psychotherapeutin tätig?**

	Dauer insgesamt Jahre/Monate	derzeit tätig
3.1 Akut-Psychosomatik	____/____	<input type="checkbox"/>
3.2 Psychiatrie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.3 Psychosomatische Rehabilitation	____/____	<input type="checkbox"/>
3.4 Ambulante Psychotherapie	____/____	<input type="checkbox"/>
3.5 Andere (bitte spezifizieren Sie)	____/____	<input type="checkbox"/>

**4. Schätzen Sie bitte die Anzahl der Fälle, die Sie insgesamt unter den folgenden therapeutischen Rahmenbedingungen behandelt haben bzw. geben Sie an, wie viele Sie aktuell in Behandlung haben:**

		Fälle insgesamt	Fälle aktuell
4.1	Einzeltherapie (Anzahl der Patienten)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.2	Paartherapie (Anzahl der Paare)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.3	Familientherapie (Anzahl der Familien)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.4	Gruppentherapie (Anzahl der Gruppen)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle
4.5	Andere (bitte spezifizieren Sie)	ca.: _____ Fälle	_____ Fälle

5. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen sind **bei Ihnen** in persönlicher Therapie gewesen? (bitte schätzen Sie) ca. \_\_\_\_\_
6. Wie viele andere Therapeuten und Therapeutinnen haben **Sie persönlich** supervidiert? (bitte schätzen Sie) ca. \_\_\_\_\_

**7. Allgemeine Fragen zur Supervision, Selbsterfahrung und Intervision (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- 7.1 Wie häufig nehmen Sie aktuell **Supervision** in Anspruch?  
 wöchentlich     1-2 mal/Monat     1-2 mal/Quartal     weniger als 1 mal/Quartal
- 7.2 Diese **Supervision** findet üblicherweise statt  
 im Einzelsetting     im Gruppensetting
- 7.3 Wann haben Sie das letzte Mal **Supervision** in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_  
 vor ca.1 Woche     vor ca.1 Monat     vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) → \_\_\_\_\_
- 7.4 Wie viele Stunden **Supervision** haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_
- 7.5 Für wie viele Fälle haben Sie **Supervision** insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_
- 7.6 Wie viele Stunden **Supervision** haben Sie insgesamt etwa in Ihrer bisherigen therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_
- 7.7 Wie viele Stunden davon entfallen auf die Ausbildung? \_\_\_\_\_

- 7.8 Wie häufig nehmen Sie aktuell **Intervision** in Anspruch?  
 wöchentlich     1-2 mal/Monat     1-2 mal/Quartal     weniger als 1 mal/Quartal
- 7.9 Diese **Intervision** findet üblicherweise statt  
 im Einzelsetting     im Gruppensetting
- 7.10 Wann haben Sie das letzte Mal **Intervision** in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_  
 vor ca.1 Woche     vor ca.1 Monat     vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) → \_\_\_\_\_
- 7.11 Wie viele Stunden **Intervision** haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_
- 7.12 Wie viele Stunden **Intervision** haben Sie insgesamt etwa in Ihrer therapeutischen Laufbahn in Anspruch genommen? \_\_\_\_\_

- 7.13 Wie häufig nehmen Sie **aktuell Selbsterfahrung** in Anspruch?  
 wöchentlich     1-2 mal/Monat     1-2 mal/Quartal     weniger als 1 mal/Quartal
- 7.14 Diese **Selbsterfahrung** findet üblicherweise statt  
 im Einzelsetting     im Gruppensetting

7.15	Wann haben Sie das letzte Mal <b>Selbsterfahrung</b> in Anspruch genommen? <input type="checkbox"/> vor ca.1 Woche <input type="checkbox"/> vor ca.1 Monat <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr (wieviel Jahre?) →	_____
7.16	Wie viele Stunden <b>Selbsterfahrung</b> haben Sie insgesamt etwa in den letzten 12 Monaten in Anspruch genommen?	_____
7.17	Wie viele Stunden <b>Selbsterfahrung</b> haben Sie bisher insgesamt in Anspruch genommen?	_____

**8. Gründe für die Inanspruchnahme von Supervision, Selbsterfahrung und Intervision**  
**Bitte tragen Sie je nach Inanspruchnahme eine Zahl von 1 – 5 in die jeweiligen Leerstellen ein. Dabei gilt: 1= "trifft überhaupt nicht zu" bis 5= "trifft völlig zu"**

	Supervision	Selbsterfahrung	Intervision
8.1	_____	_____	_____
8.2	_____	_____	_____
8.3	_____	_____	_____
8.4	_____	_____	_____
8.5	_____	_____	_____
8.6	_____	_____	_____
8.7	_____	_____	_____
8.8	_____	_____	_____
8.9	_____	_____	_____
8.10	_____	_____	_____
8.11	_____	_____	_____
8.12	_____	_____	_____
8.13	_____	_____	_____
8.14	_____	_____	_____
8.15	_____	_____	_____
8.16	_____	_____	_____
8.17	_____	_____	_____

**9. Subjektive Einschätzung des Zusammenhangs zwischen Supervision, Selbsterfahrung und Intervision einerseits und Ihrer persönlichen Weiterentwicklung und Ihrer fachlichen Kompetenz**

	sehr niedrig <span style="float:right">sehr hoch</span>						
	0	1	2	3	4	5	6
9.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Supervision** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
10.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Intervision** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
11.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Bitte geben Sie eine Einschätzung ab, ob bzw. inwiefern bei Ihnen (bisher) ein 'Wertewandel' im Hinblick auf Ihre Rolle als Therapeut/In stattgefunden hat. Denken Sie bitte nur an solche Veränderungen, die Sie auch oder vorwiegend mit **Selbsterfahrung** in Verbindung bringen. Dinge, die mir in Therapien wichtig waren, sind unwichtiger geworden, bzw. Dinge, die unwichtig waren, sind mir wichtiger geworden:

		viel un- wichtiger geworden	gleich geblieben	viel wichtiger geworden	keine Angabe
12.1	Therapieerfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Freude am Therapieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Mein eigenes Wohlbefinden in der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	Meine Position in der Führung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Spannung und Lebendigkeit in den Therapiestunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Meine Unabhängigkeit als Therapeut/in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Achtung vor meinen Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. In der derzeitigen Phase Ihrer therapeutischen Tätigkeit, wie sehr...**

		gar nicht					sehr
		0	1	2	3	4	5
13.1	...haben Sie das Gefühl, dass Sie sich als Therapeut/in verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2	...empfinden Sie diese Veränderung als Fortschritt oder Verbesserung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	...empfinden Sie diese Veränderung als Rückschritt oder Verschlechterung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3	...haben Sie das Gefühl, frühere Unzulänglichkeiten als Therapeut/In zu überwinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5	...glauben Sie, in Ihrer therapeutischen Tätigkeit geschickter zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6	...spüren Sie einen wachsenden Enthusiasmus für Ihre therapeutische Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7	...empfinden Sie, dass Sie von Psychotherapie allmählich desillusioniert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8	...spüren Sie, dass Ihre Fähigkeit, einfühlsam zu reagieren, abnimmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9	...empfinden Sie, dass Ihre therapeutische Arbeit hauptsächlich zur Routine wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14 Wie würden Sie sich als Therapeutin bzw. Therapeut beschreiben, d.h. Ihren tatsächlichen Stil bzw. Ihre Art mit Patienten bzw. Patientinnen umzugehen?**

	0= überhaupt nicht					0= überhaupt nicht			
	0	1	2	3		0	1	2	3
Akzeptierend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beteiligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engagiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Systematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanziert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zurückhaltend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Effizient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feinsinnig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tolerant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intuitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Warmherzig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Für wie wichtig halten Sie es in Ihrer derzeitigen therapeutischen Tätigkeit, dass die Mehrzahl der Patientinnen und Patienten folgende Ziele verwirklichen? (Markieren Sie jene vier Ziele, die Sie im allgemeinen für die wichtigsten halten.)**

15.1	Ein starkes Selbstwertgefühl zu haben?	<input type="checkbox"/>
15.2	Realistisch über die Bedeutung von Ereignissen im Leben nachzudenken?	<input type="checkbox"/>
15.3	Das Erleben von Gefühlen ganz zuzulassen?	<input type="checkbox"/>
15.4	Zu lernen, problematische Situationen effektiv zu bewältigen?	<input type="checkbox"/>
15.5	Ihre emotionalen Konflikte in der Beziehung zu Ihren Patienten/innen zu lösen?	<input type="checkbox"/>
15.6	Eine neue Sicht der Gefühle, Motive und/oder Verhaltensweisen zu erlangen?	<input type="checkbox"/>
15.7	Zu lernen, übermäßige, unangemessene und irrationale Gefühlreaktionen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>
15.8	Den Mut zu entwickeln, sich auf neue und bisher vermiedene Situationen einzulassen?	<input type="checkbox"/>
15.9	Unterdrückte und abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren?	<input type="checkbox"/>
15.10	Sinnvoller über mögliche Konsequenzen des eigenen Verhaltens nachzudenken?	<input type="checkbox"/>
15.11	Die Qualität von sozialen Beziehungen zu verbessern?	<input type="checkbox"/>
15.12	Problematische Verhaltensweisen zu verändern oder zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>
15.13	Sich selbst realistisch einzuschätzen?	<input type="checkbox"/>
15.14	Die eigenen Ziele zu erkennen und zu verfolgen?	<input type="checkbox"/>
15.15	Anderes? _____ (bitte spezifizieren Sie)	<input type="checkbox"/>

**16. Fragen zum habituellen Wohlbefinden (Bitte markieren Sie, was in der Regel auf Sie zutrifft).**

		trifft nicht zu					trifft zu	
		0	1	2	3	4	5	6
16.1	Ich bin heiter gestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.2	Ich fühle mich in meiner Haut nicht wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.3	Ich würde gerne anderen Menschen helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.4	Ich habe das Gefühl, geliebt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.5	Ich bin kein selbstsicherer Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.6	Ich bin sehr ausgeglichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.7	Ich bin körperlich belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.8	Ich fühle mich in meiner Haut wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.9	Ich bin durchhaltefähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.10	Ich habe das Gefühl, durchstarten zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.11	Ich kann ohne Probleme auf andere zugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.12	Ich habe wenig Erfolg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.13	Ich überblicke meine Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.14	Ich fühle mich verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.15	Ich fühle mich gestresst und nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.16	Ich habe das Gefühl, dass man mich braucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.17	Ich bin körperlich behindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.18	Ich bin glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.19	Ich fühle mich erschöpft und müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.20	Meine Stimmung ist gedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.21	Ich bin von meinen Mitmenschen enttäuscht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.22	Ich fühle mich körperlich gesund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.23	Ich habe mit mir selbst genug zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.24	Ich habe niemanden, mit dem ich über alles reden kann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.25	Mein Familienleben ist intakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.26	Ich bin entbehrlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.27	Mich kann nichts so leicht aus der Ruhe bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.28	Ich bin körperlich belastbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Wie oft erleben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit derzeit...**

		nie					sehr oft	
		0	1	2	3	4	5	
17.1	Wenig Vertrauen darauf, dass Sie einen günstigen Einfluss auf einen Patienten/in haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.2	Zweifel, wie Sie in einem bestimmten Fall am besten vorgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3	Schwierigkeiten, sich empathisch in die Erfahrungen eines Patienten einzufühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4	Schmerzlich berührt über Ihre Macht- und Einflusslosigkeit gegenüber der tragischen Lebenssituation eines Patienten/In?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.5	Nicht in der Lage, genügend Kraft aufzubringen, um die Therapie mit einem Patienten/In in einer konstruktiven Richtung voranzutreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		nie					sehr oft
		0	1	2	3	4	5
17.6	Entmutigt, weil Sie keine Möglichkeiten finden, dem Patienten/In zu helfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.7	Nicht in der Lage, die emotionalen Bedürfnisse eines Patienten/In zu ertragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.8	In einem Konflikt zwischen gleichwertigen Verpflichtungen gegenüber einem Patienten/In einerseits und anderen Personen andererseits?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18. Gegenwärtig insgesamt...

		gar nicht					sehr
		0	1	2	3	4	5
18.1	Wie gut gelingt es Ihnen, eine therapeutische Beziehung mit einem Patienten/In aufzubauen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.2	Wie natürlich (persönlich, authentisch) empfinden Sie sich in Ihrer therapeutischen Arbeit mit Patienten/Innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.3	Wie gut ist Ihre Beherrschung therapeutischer Techniken und Strategien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.4	Wie gut verstehen, Sie, was im jeweiligen Augenblick während einer Therapiesitzung geschieht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.5	Wie gut können Sie Ihrem Patienten/In Ihr Verständnis und Ihr Interesse vermitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.6	Wie gut können Sie emotionale Reaktionen der Patienten/Innen auf Sie erkennen und mit Ihnen umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.7	Wie gut können Sie Ihre persönlichen Reaktionen der Patienten/Innen auf Sie erkennen und mit Ihnen umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.8	Wie große Präzision, Verfeinerung und Finesse haben Sie in Ihrer therapeutischen Arbeit erreicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.9	Inwieweit fühlen Sie sich in der Lage, andere Therapeut/Inn/en in Ihrer Entwicklung anzuleiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.10	Wie groß ist Ihr Einfühlungsvermögen gegenüber Patienten, mit denen Sie relativ wenig gemeinsam haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 19. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, wie oft...

		gar nicht					sehr
		0	1	2	3	4	5
19.1	Überlegen Sie für sich allein, wie das Problem entstanden ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.2	Suchen Sie andere befriedigende Erfahrungen außerhalb der Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.3	Versuchen Sie, das Problem aus einer anderen Perspektive zu sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.4	Hoffen Sie einfach auf eine günstige Wendung irgendwann einmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.5	Konsultieren Sie einen erfahreneren Therapeuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.6	Besprechen Sie das Problem mit einem Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.7	Versuchen Sie, das Problem gemeinsam mit dem Patienten anzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.8	Ziehen Sie ernsthaft einen Abbruch der Therapie in Betracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.9	Vermeiden Sie es, das Problem sofort anzugehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.10	Zeigen Sie dem Patienten Ihre Frustration?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.11	Kritisieren Sie einen Patienten, weil er Ihnen Schwierigkeiten macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.12	Lassen Sie einfach die Erfahrung schwieriger oder beunruhigender Gefühle zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Wie oft fühlten Sie sich in letzter Zeit während einer Therapiesitzung...**

	überhaupt nicht					überhaupt nicht			
	0	1	2	3		0	1	2	3
Geistesabwesend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unaufmerksam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angeregt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelangweilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Überwältigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herausgefordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unter Druck gesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schläfrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimuliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertieft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	In einer Sackgasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Welchen Einfluss (positiven und/oder negativen) haben Ihrer Ansicht nach die folgenden Faktoren auf Ihre Entwicklung als Psychotherapeut/in insgesamt? (Sie können sowohl positive als auch negative Antworten markieren)**

	-3=sehr negativ				3=sehr positiv		
	-3	-2	-1	0	1	2	3
21.1 Therapieerfahrung mit Patienten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.2 Zusammenarbeit mit Kotherapeuten/Innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.3 Teilnahme an Kursen oder Seminaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.4 Formelle Supervision oder Beratung durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.5 Informelle Fallbesprechungen mit Kollegen/Innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.6 Institutionelle Bedingungen Ihrer praktischen Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.7 Lektüre praxisrelevanter Literatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.8 Beobachtung von Therapeuten in Workshops, Videos oder Tonbändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.9 Persönliche Therapie, Analyse oder Beratung (einzeln, in Gruppe etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.10 Selbsterfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.11 Supervisions- und Beratungstätigkeit für andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.12 Durchführung von Kursen oder Seminaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.13 Eigene Forschungstätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.14 Eigene Lebenserfahrung außerhalb der Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.15 Anderes _____ (bitte spezifizieren Sie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Fragen zu den behandelten Patienten/innen**

**22.1 Mit welchen Störungsbildern in der Therapie arbeiten Sie am häufigsten?**

	nie				häufig	
	0	1	2	3	4	5
22.1.1 Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.2 Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.3 Körperlich-/substanzbedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.4 Psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.5 Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.6 Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.7 Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.8 Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.1.9 Störungen der Sexualpräferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**22.2 Bei welchen Patienten mit welchen Störungsbildern erleben Sie Kompetenzdefizite?**

	nie					häufig
	0	1	2	3	4	5
22.2.1 Somatoforme Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.2 Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.3 Körperlich-/substanzbedingte psychische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.4 Psychotische Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.5 Angststörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.6 Posttraumatische Belastungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.7 Affektive Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.8 Depressive Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.2.9 Störungen der Sexualpräferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.3 Wie viele Patienten haben Sie derzeit insgesamt in Behandlung? ca. \_\_\_\_\_ Patienten

22.4 Wie viele Stunden wöchentlich arbeiten Sie derzeit psychotherapeutisch (direkte Kontakte mit Patienten )? ca. \_\_\_\_\_ Stunden

22.5 Wie hoch ist in der Regel Ihr Einfluss auf die Auswahl der von Ihnen behandelten Patienten?  
 sehr hoch/        sehr gering/  
 entscheide ich selbst kann ich nicht selbst entscheiden

22.6 Wie frei sind Sie in der Wahl des therapeutischen Angebotes?  
 sehr frei/        sehr gebunden/  
 entscheide ich selbst kann ich nicht selbst entscheiden

**23. Zu Ihrer theoretischen Orientierung: Wie stark wird Ihre derzeitige therapeutische Praxis von den folgenden theoretischen Konzepten bestimmt?**

	0=überhaupt nicht					5= sehr
	0	1	2	3	4	5
23.1 Analytisch/Psychodynamisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Verhaltenstherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Kognitiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Humanistisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Systemtheoretisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.1 Andere (Bitte spezifizieren Sie):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wie groß ist die Befriedigung, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Tätigkeit erleben?  
 keine Befriedigung        sehr große Befriedigung

**24. Beschreiben Sie bitte die Art der Patienten/innen, die Sie in Ihrer gegenwärtigen therapeutischen Arbeit am meisten behandeln. (Nennen Sie bis zu vier verschiedene Arten und benutzen Sie diejenigen Beschreibungen oder diagnostischen Systeme, die Sie persönlich bevorzugen.)**

1. \_\_\_\_\_

	nicht hilfreich			hilfreich		
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Intervention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

2. \_\_\_\_\_

	nicht hilfreich			hilfreich		
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

3. \_\_\_\_\_

	nicht hilfreich			hilfreich		
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

4. \_\_\_\_\_

	nicht hilfreich			hilfreich		
	0	1	2	3	4	5
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Supervision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich ist für Sie in diesem Kontext die Inanspruchnahme von Selbsterfahrung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Supervision in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Selbsterfahrung in Anspruch						
<input type="checkbox"/> Ich nehme in diesem Kontext keine Intervention in Anspruch						

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**