

## FRAGEBOGEN

1. Neben Ihrer psychotherapeutischen Grundrichtung – worin sind Sie **zusätzlich aus- und/oder weitergebildet**?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychodrama<br><input type="checkbox"/> Systemische Therapie<br><input type="checkbox"/> Gestalttherapie<br><input type="checkbox"/> Traumatherapie<br><input type="checkbox"/> Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) | <input type="checkbox"/> Trauma Recapitulation with Imaginaton, Motion and Breath (TRIMB)<br><input type="checkbox"/> Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)<br><input type="checkbox"/> Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (IPTT)<br><input type="checkbox"/> sonstiges: <input style="width: 150px;" type="text"/><br><input type="checkbox"/> keine Aus- und Weiterbildung |
|---|---|

2. Mit welchen **Klient\*innen (-gruppen)** arbeiten Sie?

- Erwachsene  
  Kinder und Jugendliche  
  Erwachsene sowie Kinder und Jugendliche

3. In welchem **Setting** / welchen **Settings** arbeiten Sie?

- Einzeltherapie  
  Gruppentherapie  
  Familientherapie  
  Paartherapie  
 Zusammenarbeit mit Bezugspersonen der Klient\*innen

4. Gibt es **Störungsbilder** nach ICD-10, die Sie **nicht therapeutisch behandeln** (z.B. Formen von Dissoziativen Identitätsstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Suchtmittelabhängigkeit)?

- nein  
  ja, und zwar:

5. Gibt es **Kriterien**, die potentielle Klient\*innen von einer Therapie bei Ihnen ausschließen würden (z.B. Menschen mit Lernschwierigkeiten)?

- nein  
  ja → wenn ja, welche?:

6. Wie hoch schätzen Sie Ihre Erfahrung mit behandlungsrelevanten Belastungsreaktionen nach sexualisierter Gewalt ein (0 = keine Erfahrungen bis 10 = lang- /mehrjährige Erfahrungen)?

- 0 ---  1 ---  2 ---  3 ---  4 ---  5 ---  6 ---  7 ---  8 ---  9 ---  10

7. Arbeiten Sie bei der Behandlung von PTBS-Klient\*innen ggf. **traumakonfrontativ**?

- nein  
  ja

8. Arbeiten Sie mit Betroffenen **ritueller** Gewalt?

- nein  
  ja

9. Arbeiten Sie mit Betroffenen von sexualisierter Gewalt bei **bestehendem Täter\*innenkontakt**?

- nein  
  ja; wenn ja → Explorieren Sie diesen explizit?  nein  ja

10. Bieten Sie auch Therapie für **sexuell grenzverletzende Personen** (Täter\*innen, Mittäter\*innen, Mitwisser\*innen) an?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ja, für erwachsene Männer*<br><input type="checkbox"/> ja, für erwachsene Frauen*<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, für Mädchen* und junge Frauen* (bis 21 Jahre)<br><input type="checkbox"/> ja, für Jungen* und junge Männer* (bis 21 Jahre) |
|---|---|

11. Erstellen Sie **psychologische Gutachten**?

- nein  
  ja; welche Art von Gutachten?:

12. Dürfen wir Ihre **Kontaktdaten** an Klient\*innen **weiterleiten** ?

- nein  
  ja  
  nach telefonischer Absprache

Name/ Stempel

Ihre Erreichbarkeit/  
Sprechzeit

Antwort bitte an:

Fax: 0391/2515418

Wildwasser Magdeburg e.V.  
Ritterstr. 1, 39124 Magdeburg  
[info@wildwasser-magdeburg.de](mailto:info@wildwasser-magdeburg.de)