

Arbeitsbezogene Version des BAT

Instruktion

Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Arbeitssituation und wie Sie diese erleben.
Bitte kreuzen Sie an, wie häufig dies für Sie zutrifft.

Scoring

Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
1	2	3	4	5

Kernsymptome

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Erschöpfung					
1. Bei der Arbeit fühle ich mich psychisch erschöpft*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alles was ich bei der Arbeit tue, kostet mich große Mühe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nach einem Arbeitstag fällt es mir schwer mich zu erholen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bei der Arbeit fühle ich mich körperlich erschöpft*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wenn ich morgens aufstehe, fehlt mir die Energie einen neuen Arbeitstag zu beginnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich will bei der Arbeit aktiv sein, aber irgendwie schaffe ich es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wenn ich mich bei der Arbeit anstrengte, werde ich schneller müde als gewöhnlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Am Ende meines Arbeitstages fühle ich mich psychisch erschöpft und ausgelaugt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Distanz					
9. Ich kann keine Begeisterung für meine Arbeit aufbringen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bei der Arbeit denke ich nicht darüber nach was ich tue und funktioniere wie auf „Autopilot“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich fühle eine starke Abneigung gegen meine Arbeit*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Meine Arbeit ist mir gleichgültig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bezweifle, dass meine Arbeit anderen überhaupt etwas bedeutet*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Beeinträchtigte kognitive Kontrolle					
14. Bei der Arbeit habe ich Mühe, aufmerksam zu bleiben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bei der Arbeit fällt es mir schwer, klar zu denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bei der Arbeit bin ich vergesslich und leicht ablenkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bei der Arbeit habe ich Mühe, mich zu konzentrieren*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich mache Fehler in meiner Arbeit, weil ich in Gedanken bei anderen Dingen bin*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigte emotionale Kontrolle					
19. Bei meiner Arbeit habe ich das Gefühl, keine Kontrolle über meine Emotionen zu haben*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich erkenne mich selbst nicht wieder in der Art, wie ich bei der Arbeit emotional reagiere*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Während meiner Arbeit werde ich schnell gereizt, wenn Dinge nicht so laufen wie ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich werde wütend oder traurig bei der Arbeit, ohne zu wissen warum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Bei meiner Arbeit kommt es vor, dass ich emotional überreagiere, ohne es zu wollen*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkung: * Kurzfassung des BAT

Sekundärsymptome

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Psychischer Stress					
1. Ich habe Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich neige dazu, mir Sorgen zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich angespannt und gestresst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich ängstlich oder leide an Panikattacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lärm oder Menschenmengen stören mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosomatische Beschwerden					
6. Ich leide an Herzrasen oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich leide an Magen- oder Darmbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich leide an Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich leide an Muskelschmerzen, zum Beispiel in Nacken, Schulter oder Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich werde oft krank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>