

BAT - Versione legata al lavoro

Istruzioni

Le affermazioni presentate di seguito si riferiscono alla sua situazione lavorativa attuale e a come lei percepisce tale situazione. Per favore, indichi con che frequenza sperimenta ciascuna affermazione.

Scala di risposta

Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1	2	3	4	5

Sintomi primari

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
<i>Esaurimento</i>					
1. Al lavoro mi sento mentalmente esausto/a*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ogni cosa che faccio al lavoro mi richiede un grande sforzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dopo una giornata di lavoro, per me è difficile recuperare le energie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Al lavoro mi sento fisicamente esausto/a*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La mattina, quando mi alzo, mi mancano le energie per cominciare una nuova giornata di lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vorrei essere più attivo/a sul lavoro, ma per qualche ragione non ci riesco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se faccio uno sforzo sul lavoro, mi stanco più velocemente del consueto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alla fine della mia giornata lavorativa, mi sento mentalmente esausto/a e svuotato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Distanza mentale</i>					
9. Ho difficoltà a provare un qualche entusiasmo per il mio lavoro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al lavoro non penso molto a quello che faccio e agisco in modo meccanico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Provo una forte avversione per il mio lavoro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mi sento indifferente rispetto al mio lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sono scettico/a rispetto al significato che il mio lavoro ha per gli altri*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Perdita di controllo cognitivo					
14. Al lavoro faccio fatica a mantenere l'attenzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quando lavoro ho difficoltà a pensare con lucidità*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sul lavoro sono distratto/a e ho difficoltà a tenere a mente le cose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Quando lavoro faccio fatica a concentrarmi*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Al lavoro faccio degli errori perché penso ad altro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdita di controllo emotivo					
19. Al lavoro mi sento incapace di controllare le mie emozioni*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sul lavoro ho delle reazioni emotive che non mi appartengono*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mentre lavoro divento irritabile se le cose non vanno come vorrei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Al lavoro mi capita di arrabbiarmi o sentirmi triste senza sapere perché	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Al lavoro mi capita di avere delle reazioni esagerate senza volerlo*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Versione ridotta

Sintomi secondari

	Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
Disturbi psicologici					
1. Faccio fatica ad addormentarmi o a mantenere il sonno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tendo a preoccuparmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mi sento teso/a e stressato/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi sento ansioso/a e/o soffro di attacchi di panico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Il rumore e la folla mi disturbano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disturbi psicosomatici					
6. Soffro di palpitazioni o di dolori al petto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Soffro di disturbi di stomaco e/o disturbi intestinali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Soffro di mal di testa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Soffro di dolori muscolari, ad esempio al collo, alle spalle o alla schiena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tendo ad ammalarmi facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>