

Ergebnisfragebogen EB-45 (OQ-45.2)

Anleitung:

Uns würde interessieren, wie Sie sich in der letzten Woche (*einschliesslich heute*) gefühlt haben. Bitte lesen Sie sich sorgfältig jede Frage durch und kreuzen das Kästchen derjenigen Kategorie an, welche am ehesten auf Ihre gegenwärtige Situation zutrifft. Unter den Begriff "Arbeit" fallen alle Tätigkeiten wie reguläre Arbeitsstelle, Schule, Ausbildung, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeiten

#	nie	seltener	manchmal	oft	fast immer
1. Ich komme gut mit anderen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Ich werde schnell müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich interessenlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich von der Arbeit/Ausbildung gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich gebe mir selbst die Schuld für bestimmte Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich unglücklich in meiner Ehe / Partnerschaft.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Gedanken, mir das Leben zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich schwach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin besorgt und ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich zuviel getrunken habe, muss ich am nächsten Morgen wieder trinken, um auf die Beine zu kommen. (Wenn Sie nicht trinken, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin zufrieden mit meiner beruflichen Situation/der Ausbildung.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin ein glücklicher Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich arbeite/lerne zu viel.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin wegen Ärger in der Familie beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17. Ich habe eine unerfüllte Sexualität.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich streite mich häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühle mich geliebt und erwünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich geniesse meine Freizeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#		nie	selten	manchmal	oft	fast immer
23.	In Bezug auf die Zukunft fühle ich mich hoffnungslos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ich mag mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	Mir kommen störende Gedanken, die ich nicht los werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	Ich ärgere mich über Leute, die mich wegen des Trinkens / Gebrauchs von Drogen kritisieren. (Wenn diese Frage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	Ich habe einen empfindlichen Magen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Ich arbeite / lerne nicht mehr so gut wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Ich habe Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Ich habe Mühe, mit meinen Freunden*innen oder engeren Bekannten auszukommen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	Ich habe Schwierigkeiten bei der Arbeit / in der Ausbildung wegen des Trinkens oder wegen des Gebrauchs von Drogen. (Wenn diese Frage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	Ich habe das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	Ich habe Gliederschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	Ich habe Angst vor offenen Plätzen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, dem Autofahren usw.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36.	Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37.	Ich habe erfüllte partnerschaftliche Beziehungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38.	Ich habe das Gefühl, dass ich meine Aufgaben bei der Arbeit / in der Ausbildung nicht gut mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39.	Ich habe zu viele Meinungsverschiedenheiten bei der Arbeit / in der Ausbildung.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40.	Ich habe das Gefühl, dass etwas mit meinem Verstand nicht in Ordnung ist.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41.	Ich habe Einschlafstörungen oder Durchschlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42.	Ich bin niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43.	Mit meinen Beziehungen zu anderen bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44.	Bei der Arbeit / in der Ausbildung bin ich so zornig, dass ich Dinge tun könnte, die mir später leid tun.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45.	Ich habe Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome Questionnaire (OQ®-45.2) entwickelt von Michael J. Lambert, Ph.D. und Gary M. Burlingame, Ph.D. (Übersetzt durch Hans Kordy, Ph.D.)

Ergebnisfragebogen EB-45 (OQ-45.2)

Anleitung:

Uns würde interessieren, wie Sie sich in der letzten Woche (*einschliesslich heute*) gefühlt haben. Bitte lesen Sie sich sorgfältig jede Frage durch und kreuzen das Kästchen derjenigen Kategorie an, welche am ehesten auf Ihre gegenwärtige Situation zutrifft. Unter den Begriff "Arbeit" fallen alle Tätigkeiten wie reguläre Arbeitsstelle, Schule, Ausbildung, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeiten usw.

Angaben Klient*in

Name: Alter: Geschlecht: Nr. (ID): Datum: Sitzungs Nr.:

#	0 nie	1 selten	2 manchmal	3 oft	4 fast immer
1. Ich komme gut mit anderen aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Ich werde schnell müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich interessenlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich fühle mich von der Arbeit/Ausbildung gestresst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich gebe mir selbst die Schuld für bestimmte Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich fühle mich gereizt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich fühle mich unglücklich in meiner Ehe / Partnerschaft.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe Gedanken, mir das Leben zu nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich fühle mich schwach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin besorgt und ängstlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wenn ich zuviel getrunken habe, muss ich am nächsten Morgen wieder trinken, um auf die Beine zu kommen. (Wenn Sie nicht trinken, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin zufrieden mit meiner beruflichen Situation/der Ausbildung.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich bin ein glücklicher Mensch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich arbeite/lerne zu viel.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich fühle mich wertlos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich bin wegen Ärger in der Familie beunruhigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe eine unerfüllte Sexualität.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich fühle mich einsam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich streite mich häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühle mich geliebt und erwünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich geniesse meine Freizeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich habe Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#	nie	selten	manchmal	oft	fast immer
23. In Bezug auf die Zukunft fühle ich mich hoffnungslos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich mag mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mir kommen störende Gedanken, die ich nicht los werden kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich ärgere mich über Leute, die mich wegen des Trinkens / Gebrauchs von Drogen kritisieren. (Wenn diese Frage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ich habe einen empfindlichen Magen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ich arbeite / lerne nicht mehr so gut wie früher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ich habe Herzklopfen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Ich habe Mühe, mit meinen Freunden*innen oder engeren Bekannten auszukommen.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ich bin mit meinem Leben zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ich habe Schwierigkeiten bei der Arbeit / in der Ausbildung wegen des Trinkens oder wegen des Gebrauchs von Drogen. (Wenn diese Frage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte "nie" an)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ich habe das Gefühl, dass etwas Schlimmes passieren wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ich habe Gliederschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ich habe Angst vor offenen Plätzen, mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, dem Autofahren usw.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ich bin nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ich habe erfüllte partnerschaftliche Beziehungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Ich habe das Gefühl, dass ich meine Aufgaben bei der Arbeit / in der Ausbildung nicht gut mache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Ich habe zu viele Meinungsverschiedenheiten bei der Arbeit / in der Ausbildung.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ich habe das Gefühl, dass etwas mit meinem Verstand nicht in Ordnung ist.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ich habe Einschlafstörungen oder Durchschlafstörungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Ich bin niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mit meinen Beziehungen zu anderen bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bei der Arbeit / in der Ausbildung bin ich so zornig, dass ich Dinge tun könnte, die mir später leid tun.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ich habe Kopfschmerzen.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome Questionnaire (OQ®-45.2) entwickelt von Michael J. Lambert, Ph.D. und Gary M. Burlingame, Ph.D. (Übersetzt durch Hans Kordy, Ph.D.)