

7. Anhang

Flugblatt für die Anwerbung der Probanden.....	105
Gesundheitsfragebogen.....	106
Depressionsfragebogen / Fragebogen zu Verhaltensweisen.....	110
Hypohedoniefragebogen (HHF).....	112
Fragebogen zum Rauchen.....	118
Zigarettenbeurteilungsbogen.....	121
Befindlichkeitsskalierung nach Kategorien von Eigenschaftswörtern (BSKE).....	122
Visuelle Analogskala 'Wunsch nach einer Zigarette'.....	125
Instruktion für die freie Rede.....	126
Standardisierte Fragen für die freie Rede.....	126
Konzentrations-Leistungs-Test (KLT).....	128

Flugblatt für die Anwerbung der Probanden

Suche Teilnehmer (Raucher und Nichtraucher)

für eine Untersuchung im Rahmen einer wissenschaftlichen Arbeit am Institut für Psychologie der Universität Gießen.

Die Studie beschäftigt sich mit möglichen Zusammenhängen zwischen dem Rauchen bzw. Nichtrauchen und dem Hormon Cortisol.

Die Untersuchung dauert ca. 1 Stunde und wird in den Räumen des Instituts für Psychologie durchgeführt; in dieser Zeit sollen Sie mehrere Fragebögen ausfüllen und an einem Aktivierungstest teilnehmen.

Das Hormon wird aus dem Speichel bestimmt. Es erfolgt keine Blutentnahme und es werden keine Medikamente verabreicht.

Für Ihre Mithilfe erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung von 30 DM.

Besteht Interesse oder haben Sie weitere Fragen, so bin ich unter Tel. 06441/75851 erreichbar.

Gesundheitsfragebogen

Datum:

VP-Nr.:

Alter:

Geschlecht:

Schulabschluß:

Uni Abi Realschule Hauptschule

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen wahrheitsgemäß und so genau wie möglich.

Sie können sich darauf verlassen, daß Ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden.

Bitte geben Sie an, ob und in welchem Alter Sie die folgenden Krankheiten hatten bzw.

haben. Wenn Sie nicht genau wissen, wann Sie eine der Krankheiten hatten, geben Sie bitte eine Schätzung an.

	Früher			Zur Zeit	
	Ja	Nein	falls ja, in welchem Alter	Ja	Nein
1. allergische Reaktionen auf Medikamente oder etwas anderes:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Medikamente bzw. was? _____					
2. Asthma/Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Herzfehler oder sonstige Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kreislaufstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. chronische Kopfschmerzen oder Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leberkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nierenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Harnwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. sonstige hormonale Störungen falls ja, welche?	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>
14. neurologische Krankheiten	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>
15. Anfallsleiden	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/>

Waren Sie innerhalb des letzten Jahres in ärztlicher Behandlung oder im Krankenhaus?

Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Waren oder sind Sie in psychiatrischer / nervenärztlicher Behandlung?

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit (innerhalb der letzten vier Wochen) ein?

Bitte ankreuzen und evtl. Präparatenamen eintragen.

Medikamentengruppe	Name	regelmäßig	gelegentlich	gar nicht
Herz-/Kreislaufmittel				
a) zur Kreislaufstabilisierung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) gegen Bluthochdruck	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenpräparate	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Magen- beschwerden	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel gegen Husten, Schnupfen, Grippe	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler oder appetitanregende Mittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiemittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausschwemmungsmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stimmungsaufheller / Antidepressiva	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormone	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich? Bitte ankreuzen.

	nie	selten	häufig	regelmäßig
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein/Sekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochprozentige Getränke (z.B. Whisky, Gin...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? keine

1-9	<input type="checkbox"/>	10-14	<input type="checkbox"/>	15-19	<input type="checkbox"/>
20-24	<input type="checkbox"/>	25-29	<input type="checkbox"/>	30 und mehr	<input type="checkbox"/>

Wie groß sind im Durchschnitt die zeitlichen Zwischenräume von einer Zigarette zur nächsten?

a) während der Arbeitszeit: _____Stunde(n)_____Minuten

b) während der Freizeit: _____Stunde(n)_____Minuten

c) in der Klinik: _____Stunde(n)_____Minuten

Rauchen Sie die Woche gleichviel? Ja Nein

Falls nein: wochentags mehr am Wochenende mehr

In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen angefangen? Mit ____ Jahren

Haben Sie schon einmal das Rauchen aufgegeben? Ja Nein

Wenn ja, wie lange liegt der Zeitraum der letzten Nichtrauchphase zurück?

____ Tag(e) ____ Woche(e) ____ Monat(e) ____ Jahr(e)

Wie lange haben Sie damals das Rauchen aufgegeben?

____ Tag(e) ____ Woche(e) ____ Monat(e) ____ Jahr(e)

Haben Sie vor, in nächster Zeit das Rauchen aufzugeben?

Ja Nein Unentschieden

Inhalieren Sie beim Rauchen gewöhnlich?

keinen Rauch ein wenig tief

Rauchen Sie gewöhnlich:

gekaufte Zigaretten selbstgedrehte Zigaretten

Haben Sie noch Ihre Menstruation?

Ja, regelmäßig Ja, unregelmäßig Nein

Zyklustag: _____

Nehmen Sie die Pille?

Ja Nein

Wie lange sind Sie schon in der Klinik? Seit _____ Tagen
evtl. Datum

Hatten Sie früher schon einmal depressive Episoden?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele (ca.): _____

Wenn ja, wann war die letzte (ca.)? _____

Fragebogen zu Verhaltensweisen

	Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
1. Ich habe Freude an den verschiedensten Spielen und Freizeitbeschäftigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich weine leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich niedergeschlagen und schwermütig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Morgens fühle ich mich besonders schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich fühle, daß ich nahe daran bin, zusammenzubrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich habe ständig Angst, daß ich etwas falsches tun oder sagen könnte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Oft fühle ich mich einfach miserabel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich komme beim besten Willen nicht mit kleinsten Gedankenschritten voran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich muß mich sehr dazu antreiben, etwas zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich habe im allgemeinen wenig Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich kann manchmal vor lauter Unruhe keine Minute mehr stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich kann nachts schlecht schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühle mich innerlich leer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich sehe voller Hoffnung in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich bin häufig nervös und unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ich fühle mich einsam, auch wenn ich mit Menschen zusammen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Trifft ausge- sprochen zu	Trifft über- wiegend zu	Trifft etwas zu	Trifft gar nicht zu
17. Ich bin manchmal traurig und niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich werde leicht müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich habe das Gefühl, alltägliche Verrichtungen gehen mir schwer von der Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich fühle mich manchmal verwirrt und habe Schwierigkeiten klar zu denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Es fällt mir leicht, Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ich bin leicht reizbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ich kann mich auch an den kleinen Dingen des Lebens erfreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ich komme mir manchmal nutzlos und unerwünscht vor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich bringe andere häufig ungewollt in Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ich mache mir häufig Vorwürfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Wenn ich mich mit einer Person verabredet habe, diese aber nicht kommt, denke ich, daß ich etwas falsch gemacht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HHF / sens / W-hab**(7s-56i-7k)**

Auf den folgenden Seiten sind verschiedene Tätigkeiten/Situationen angegeben, die ein Gefühl seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) auslösen können. Geben Sie an, in welchem Ausmaß die jeweilige Tätigkeiten/Situationen bei Ihnen **im allgemeinen** ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) auslöst.

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im allgemeinen** ausgelöst beim.....

1. Lieblingsmusik hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

2. Sand durch die Finger rieseln lassen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

3. In einer Hängematte leicht bewegt werden

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

4. Ätherische Öle (z.B. Zitrone, Melisse, Sandelholz) riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

5. Etwas Süßes (z.B. Schokolade, Kuchen) essen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im**
allgemeinen ausgelöst beim.....

6. Eine glatte Kugel zwischen den Fingern bewegen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

7. Vogelgezwitscher vernehmen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

8. In ein knuspriges Brötchen beißen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

9. Frisch gemahlten Kaffee riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

10. In einem Boot leicht schaukeln

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

11. Meeresrauschen hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

12. Mit einem Wattebausch über die Haut streichen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im**
allgemeinen ausgelöst beim.....

13. Eis auf der Zunge zergehen lassen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

14. Blumenduft (z.B. Flieder, Veilchen, Rosen) riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

15. Auf einer Luftmatratze auf dem Wasser treiben

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

16. Über Samt oder Seide streichen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

17. Leise Musik im Hintergrund hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

18. Ein Bonbon lutschen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

19. Das Zirpen einer Grille hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im**
allgemeinen ausgelöst beim.....

20. Geruch frischer Backwaren (z.B. Brot, Kuchen) riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

21. Sich im Tanz wiegen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

22. Knabberien (z.B. Salzstangen, Kartoffelchips) essen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

23. Über ein Fell streichen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

24. Geruch von Pflegemitteln (z.B. Seife, Shampoo) riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

25. Einen glatten Stein berühren

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

26. Auf einer Schaukel leicht schwingen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im**
allgemeinen ausgelöst beim.....

27. In eine Frucht (z.B. Erdbeere, Kirsche, Apfel) beißen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

28. Barfuß durch flaches Wasser laufen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

29. Wind in den Zweigen lauschen hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

30. Geruch von frischem Holz riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

31. Sich beim Schwimmen auf dem Rücken treiben lassen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

32. Meeresluft riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

33. Einer wohlklingenden Stimme zuhören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Ein Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, freudig, vergnügt) wird bei mir **im**
allgemeinen ausgelöst beim.....

34. Frisch gepreßten Fruchtsaft schmecken

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

35. Auf einer Wippe wippen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

36. Wind auf der Haut spüren

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

37. Plätschern eines Baches hören

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

38. Geruch von Leder riechen

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

39. Aromatisierten Tee trinken

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

40. In einem Schaukelstuhl schaukeln

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Fragebogen zum Rauchen

VP-Nr.:

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Fragen jeweils **nur eine** der Möglichkeiten an.

1. Ich rauche, um nicht abzuschlafen

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

2. Ich rauche am meisten, wenn ich mich wohl und entspannt fühle

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

3. Ich rauche mehr, wenn ich Sorgen habe

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

4. Ich rauche gerne, wenn ich beschäftigt bin und hart arbeite

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

5. Rauchen hilft mir munter zu bleiben, wenn ich müde werde

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

6. Am liebsten rauche ich nach dem Essen

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

7. Rauchen hilft mit beim Nachdenken und beim Konzentrieren

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

8. Durch das Rauchen werde ich vergnügt

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

9. Ich mag Zigaretten, wenn ich mich ausruhe

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

10. Wenn ich rauche, fühle ich mich wacher und verspüre einen deutlichen Auftrieb

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

11. Am liebsten rauche ich, wenn ich einen Drink nehme

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

12. Gewöhnlich rauche ich nur, wenn ich mich wirklich entspannen und das Rauchen genießen kann

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

13. Wenn ich mich ärgere, zünde ich mir eine Zigarette an

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

14. Ich rauche mehr Zigaretten, wenn ich in Eile bin und viel zu tun habe

stimmt

überhaupt

nicht

stimmt

zum

Teil

stimmt

überwiegend

stimmt

unbedingt

Zigarettenbeurteilungsbogen

VP-Nr.:

Datum

Eine Zigarette schmeckt mir meistens



Eine Zigarette wirkt bei mir meistens



Eine Zigarette wirkt bei mir meistens



BSKE-EA (ak18)

VP-Nr.:

Messung:

Beschreiben Sie anhand der folgenden Begriffe, wie Sie sich augenblicklich fühlen.

Entscheiden Sie bei jedem Begriff, in welchem Ausmaß er Ihrem augenblicklichen Befinden entspricht. Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die für Sie zutrifft.

1. Gefühl der inneren Erregtheit (z.B. aufgeregt, erregt)

0	1	2	3	4	5	6
gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

2. Gefühl des seelischen Wohlbefindens (z.B. angenehm, zufrieden)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

3. Gefühl der Energielosigkeit (z.B. träge, lahm)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

4. Gefühl der Mißstimmung (z.B. mißgestimmt, übellaunig)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

5. Gefühl der Angst (z.B. ängstlich, angsterfüllt)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

6. Gefühl der körperlichen Erregtheit (z.B. Herzklopfen, Herzjagen)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

7. Gefühl der Aktivität (z.B. aktiv, tatkräftig)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

8. Gefühl der inneren Entspannung (z.B. gelöst, entspannt)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

9. Gefühl der Mundtrockenheit (z.B. kaum Speichelfluß)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

10. Gefühl der Freude (z.B. fröhlich, gutgelaunt)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

11. Gefühl der Wachheit (z.B. aufmerksam, wachsam)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

12. Gefühl der Traurigkeit (z.B. traurig, betrübt)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

13. Gefühl des Ärgers (z.B. ärgerlich, gereizt)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

14. Gefühl der Zittrigkeit (z.B. Hände, Beine)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

15. Gefühl der Müdigkeit (z.B. müde, schläfrig)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

16. Gefühl des körperlichen Unwohlseins (z.B. Schwindel)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

17. Gefühl der inneren Anspannung (z.B. nervös, verkrampft)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

18. Gefühl der Konzentriertheit (z.B. voll aufnahmefähig)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

19. Gefühl der Langeweile (z.B. gelangweilt, leer)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

20. Gefühl der Belastung (z.B. angestrengt, überfordert)

0	1	2	3	4	5	6
Gar nicht	sehr schwach	schwach	etwas	ziemlich	stark	sehr stark

Wunsch nach einer Zigarette

VP-Nr.:

Datum:

vorher nachher

Im Moment habe ich den Wunsch eine Zigarette zu rauchen



0

10

gar nicht

sehr stark

Instruktion für die freie Rede

Stellen Sie sich vor, Sie würden sich um eine Arbeitsstelle bewerben.

Es handelt sich um Ihren absoluten Traumberuf und Sie haben die einmalige Chance, eine Stelle in diesem Bereich zu bekommen.

Stellen Sie sich bitte weiter vor, Ihnen säße gerade im Moment Ihr möglicher Chef gegenüber und möchte mehr über Sie erfahren.

Sie sollen nun die nächsten Minuten dazu nutzen, sich möglichst gut vor Ihrem Personalchef darzustellen.

Sprechen Sie über Ihre Stärken und stellen Sie Ihre positiven Seiten in den Vordergrund.

Denken Sie daran, daß es um Ihren Traumberuf geht und Sie andere Bewerber hinter sich lassen müssen.

Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, können wir nun anfangen.

Standardisierte Fragen für die freie Rede

- Was ist denn Ihr Traumberuf?
- Was für Stärken sind notwendig, um in diesem Beruf erfolgreich zu sein?
- Können Sie bei sich solche Stärken entdecken?
- Können Sie sich an Stärken erinnern, die Sie vor Ihrer Erkrankung hatten?
- Gibt es einen Bereich, in dem Sie gute Eigenschaften haben?
- Denken Sie doch mal an die Bereiche: den Umgang mit Menschen oder die Art, wie Sie Ihre Arbeit/ Ihr Hobby betreiben?
- Was bewundert/ bewundern denn Ihr Partner/ Ihre Kinder/ Ihre Freunde an Ihnen?
- Gibt es irgend etwas bei Ihnen, auf das Sie stolz sein können?
- Was für eine Charaktereigenschaft von Ihnen würden Sie Ihren Kindern vererben/ mitgeben wollen?
- Wie würden Sie denn gerne sein?

Folgendes ist zu beachten:

Nach Vorgabe der Instruktion für die freie Rede sollte den Probanden genügend Zeit zum Überlegen (ca. 1 Minute) gegeben werden. Die standardisierten Fragen sollten erst dann gestellt werden, wenn vom Probanden nichts kommt. Die Fragen sollten in vorgegebener Reihenfolge gestellt werden, wobei wieder genügend Zeit zum Überlegen (ca. 20-30 Sekunden) und Antworten gelassen werden muß.

Schweift ein Proband von der eigentlichen Frage ab und spricht über ein anderes Thema (z.B. aus seiner Leidensgeschichte), sollte behutsam (z.B. mit dem Hinweis, doch nur auf die Frage zu antworten), aber konsequent unterbrochen werden.

Nach Ablauf der 5 Minuten wird der Proband darauf hingewiesen, daß er im Anschluß an die Sitzung erfährt, welchen Zweck die freie Rede im Rahmen der Untersuchung hatte.

KLT-Testbogen

Sie bekommen nun gleich einen Testbogen mit etlichen Rechenaufgaben. Wie diese Rechenaufgaben zu lösen sind, zeigen die folgenden 2 Beispiele:

Beispiel A: $8+9-2$

$5-4+3$

Zuerst die obere Zeile ausrechnen und sich das Ergebnis merken (15). Dann dasselbe mit der unteren Zeile tun (4). Beide Zahlen im Kopf behalten!

1. Regel: Ist die obere Zahl größer (wie im Beispiel A), dann die untere Zeile von der oberen abziehen ($15-4$) und das **Ergebnis** in das **Kästchen eintragen** (11).

Beispiel B: $3+6-8$

$9+1+7$

Wieder die obere Zeile ausrechnen und sich das Ergebnis merken (1). Dann dasselbe mit der unteren Zeile tun (17). Beide Zahlen im Kopf behalten!

2. Regel: Ist die obere Zahl kleiner (wie im Beispiel B), dann die untere zu der oberen hinzuzählen ($1+17$) und das **Ergebnis** in das **Kästchen eintragen** (18).

Man muß also jeweils die beiden Zwischenergebnisse im Kopf behalten und entweder voneinander abziehen oder zusammenzählen.

Die folgenden Probeaufgaben jetzt bitte in Ruhe durchrechnen!

$$\begin{array}{r} 5-2+6 \\ 4+7+5 \end{array} \quad \boxed{}$$

$$\begin{array}{r} 9+5+8 \\ 6-3+4 \end{array} \quad \boxed{}$$

$$\begin{array}{r} 9+8-6 \\ 5-3+5 \end{array} \quad \boxed{}$$

$$\begin{array}{r} 3+6-5 \\ 5+7-4 \end{array} \quad \boxed{}$$

6-4+5	<input type="text"/>	5+9-2	<input type="text"/>	7+8-4	<input type="text"/>	6+8-9	<input type="text"/>	5-2+9	<input type="text"/>
3+4+4	<input type="text"/>	5+6-8	<input type="text"/>	6-2+5	<input type="text"/>	9-5+3	<input type="text"/>	4+7-2	<input type="text"/>
6+7-8	<input type="text"/>	7-2+8	<input type="text"/>	8-2+5	<input type="text"/>	2+6-5	<input type="text"/>	9+2-5	<input type="text"/>
5+9+2	<input type="text"/>	4+9-6	<input type="text"/>	3+9-5	<input type="text"/>	7+4-3	<input type="text"/>	7-4+6	<input type="text"/>
5-3+9	<input type="text"/>	9+8-2	<input type="text"/>	5-3+4	<input type="text"/>	6+9-3	<input type="text"/>	6-3+8	<input type="text"/>
6-3+2+3	<input type="text"/>	8+3-4	<input type="text"/>	3+4+6	<input type="text"/>	7+5-9	<input type="text"/>	4+9-6	<input type="text"/>
3+4+5	<input type="text"/>	9+8+3	<input type="text"/>	9-3+9	<input type="text"/>	8+5+2	<input type="text"/>	7+6-5	<input type="text"/>
7+8-6	<input type="text"/>	8+5-4	<input type="text"/>	7+5-4	<input type="text"/>	7+6-4	<input type="text"/>	4+9+4	<input type="text"/>
7+5-3	<input type="text"/>	8+5-7	<input type="text"/>	4+5+7	<input type="text"/>	4+5-2	<input type="text"/>	9-3+5	<input type="text"/>
8-3+9	<input type="text"/>	5+9+4	<input type="text"/>	8+6-7	<input type="text"/>	6+3+7	<input type="text"/>	5+6-2	<input type="text"/>
6+8-9	<input type="text"/>	9+2+6	<input type="text"/>	6+5-7	<input type="text"/>	7+5-9	<input type="text"/>	5-2+3	<input type="text"/>
8-4+3	<input type="text"/>	4+7-2	<input type="text"/>	2+9-4	<input type="text"/>	5-2+6	<input type="text"/>	7+4+8	<input type="text"/>
9-4+7	<input type="text"/>	5-3+6	<input type="text"/>	3+9-4	<input type="text"/>	9-4+7	<input type="text"/>	5-3+9	<input type="text"/>
6-3+5	<input type="text"/>	2+9+3	<input type="text"/>	5+8+4	<input type="text"/>	6+8-5	<input type="text"/>	4+7-8	<input type="text"/>
4+2+9	<input type="text"/>	7+4+6	<input type="text"/>	9+4-6	<input type="text"/>	5-2+9	<input type="text"/>	5-2+8	<input type="text"/>
5-3+6	<input type="text"/>	8+5-4	<input type="text"/>	5-3+7	<input type="text"/>	2+6-4	<input type="text"/>	3+9-4	<input type="text"/>
9+6-3	<input type="text"/>	6+9-4	<input type="text"/>	7-5+3	<input type="text"/>	8+9-4	<input type="text"/>	8+3-7	<input type="text"/>
4+7-6	<input type="text"/>	3+8-5	<input type="text"/>	8+2+5	<input type="text"/>	4-2+6	<input type="text"/>	4+9+5	<input type="text"/>
4+9-6	<input type="text"/>	4+9-6	<input type="text"/>	5-2+9	<input type="text"/>	2+9-5	<input type="text"/>	7-2+8	<input type="text"/>
4+8-3	<input type="text"/>	7+8+3	<input type="text"/>	7+6-4	<input type="text"/>	5-3+6	<input type="text"/>	4+8-5	<input type="text"/>
7+4-5	<input type="text"/>	3+8+6	<input type="text"/>	7+4-5	<input type="text"/>	7-4+2	<input type="text"/>	9+4-8	<input type="text"/>
8+3+6	<input type="text"/>	6+5-3	<input type="text"/>	8-3+4	<input type="text"/>	8+6-5	<input type="text"/>	5-2+6	<input type="text"/>
7-4+9	<input type="text"/>	8-3+7	<input type="text"/>	7+2-4	<input type="text"/>	7+6-8	<input type="text"/>	5+6-7	<input type="text"/>
2+5-3	<input type="text"/>	9+4-6	<input type="text"/>	8+6-5	<input type="text"/>	3+9+4	<input type="text"/>	8+4-5	<input type="text"/>
6+4-5	<input type="text"/>	3+8-7	<input type="text"/>	4+7-6	<input type="text"/>	8+4-9	<input type="text"/>	9-4+6	<input type="text"/>
8+9-4	<input type="text"/>	8+6-5	<input type="text"/>	7+5+4	<input type="text"/>	7+5-4	<input type="text"/>	5-3+7	<input type="text"/>
7+4-6	<input type="text"/>	4+8-9	<input type="text"/>	8+9-2	<input type="text"/>	9-4+8	<input type="text"/>	2+9+4	<input type="text"/>
8-4+5	<input type="text"/>	5+9-6	<input type="text"/>	5-2+6	<input type="text"/>	5+6-5	<input type="text"/>	6+7-5	<input type="text"/>
6+9-3	<input type="text"/>	8-2+7	<input type="text"/>	7+4-8	<input type="text"/>	9-6+4	<input type="text"/>	3+6-5	<input type="text"/>
7+4-8	<input type="text"/>	5+6-4	<input type="text"/>	6-3+5	<input type="text"/>	8+7-6	<input type="text"/>	4-2+6	<input type="text"/>
9-3+2	<input type="text"/>	7+4+5	<input type="text"/>	9-4+7	<input type="text"/>	5+6-7	<input type="text"/>	7+4-6	<input type="text"/>
5+6+4	<input type="text"/>	8+5-4	<input type="text"/>	6+7-8	<input type="text"/>	7+8-6	<input type="text"/>	3+9+5	<input type="text"/>

7-2+8 3+8-6	<input type="text"/>	3+8-2 5+7+4	<input type="text"/>	5+9-2 6+7-4	<input type="text"/>	5-2+4 4+8+3	<input type="text"/>	7-3+5 9-2+8	<input type="text"/>
9-2+5 8+3-6	<input type="text"/>	7+4-6 8+6-5	<input type="text"/>	7+9-5 8-3+4	<input type="text"/>	5+2-4 6+9-7	<input type="text"/>	5+3-6 3+8+6	<input type="text"/>
5+9-6 5+4+6	<input type="text"/>	8+4-9 7+5-3	<input type="text"/>	8+3-7 9+6-2	<input type="text"/>	9-2+5 7+6-5	<input type="text"/>	7-4+8 6+5-8	<input type="text"/>
7+2+8 5+8-4	<input type="text"/>	5+4-2 3+9+6	<input type="text"/>	4+9-2 8-5+6	<input type="text"/>	9-3+7 8-4+2	<input type="text"/>	3+8+6 7-2+4	<input type="text"/>
6-3+8 7+4-5	<input type="text"/>	2+5-4 7-2+3	<input type="text"/>	7-4+6 8+9-2	<input type="text"/>	8-2+9 7+4-2	<input type="text"/>	5+7-9 2+9-3	<input type="text"/>
4+9-2 7+6-5	<input type="text"/>	5-3+4 9+8-2	<input type="text"/>	2+9+6 5+8-4	<input type="text"/>	9+2-7 4+9+5	<input type="text"/>	8-3+6 5+7-4	<input type="text"/>
7+4-6 5+8-4	<input type="text"/>	9-5+2 8+6+3	<input type="text"/>	8-3+6 5+4-7	<input type="text"/>	4+5-2 7+8-6	<input type="text"/>	9-2+8 3+9-4	<input type="text"/>
7+6-8 4+7-2	<input type="text"/>	7+6-9 8+4-5	<input type="text"/>	4+8-7 6-2+5	<input type="text"/>	9-4+6 5+7-3	<input type="text"/>	9-6+2 8+4+5	<input type="text"/>
4+7-9 6-2+5	<input type="text"/>	4+9+3 7+5-3	<input type="text"/>	8+5-7 6-3+5	<input type="text"/>	6-2+4 8+7-4	<input type="text"/>	8-5+9 6-3+5	<input type="text"/>
7+4-8 9-5+4	<input type="text"/>	9-3+7 5+6-3	<input type="text"/>	9+8-5 6-2+3	<input type="text"/>	3+8-5 7+4+7	<input type="text"/>	8-2+7 5+8-7	<input type="text"/>
8+5-9 6+7+4	<input type="text"/>	5+7-8 8+5-6	<input type="text"/>	7-2+9 9+3-4	<input type="text"/>	7-2+8 9-7+3	<input type="text"/>	7-5+2 9+6-7	<input type="text"/>
2+9-7 7+6-4	<input type="text"/>	5+6-4 3+8-2	<input type="text"/>	7+9-4 8-3+4	<input type="text"/>	9-3+8 7-2+3	<input type="text"/>	3+9-8 5+8-6	<input type="text"/>
8-4+7 3+9-4	<input type="text"/>	8-4+7 2+9-5	<input type="text"/>	9+5-3 7-4+5	<input type="text"/>	2+7-3 9+2+6	<input type="text"/>	8+3+4 5+9-7	<input type="text"/>
5-3+2 8+7-6	<input type="text"/>	6+5-7 4+9-5	<input type="text"/>	9+3-7 7-4+5	<input type="text"/>	9+3-8 6+5-4	<input type="text"/>	3+9+4 8+4-5	<input type="text"/>