

## INFORMATION



Suchtkrankenhelfer Dieter Balder

Telefon gesch: 245 66381 + 0172 3949158 Telefon priv. 604 20 85

E-Mail priv.: 01723949158@d2mail.de

# 012/06.99

Die Informationen wenden sich gleichermaßen an Frauen und Männer. Um den Sprachfluß nicht zu stören ist der Abhängige auch die Abhängige, der Betroffene auch die Betroffene, der Alkoholiker auch die Alkoholikerin, der Vorgesetzte auch die Vorgesetzte (usw.).

Lieber Leser,  
diesmal finden sie anliegend diverse Fragebögen, die sie bei Bedarf kopieren oder auch bei ihrem Suchtkrankenhelfer bestellen können.

Bitte füllen sie die Fragebögen für sich selbst aus und gehen sie gegebenenfalls auf ihren Suchtkrankenhelfer zu. Der Suchtkrankenhelfer ist jederzeit bereit sie ausführlich zu informieren und/oder zu beraten.

Zu den einzelnen Fragebögen hier einige Anmerkungen:

### **Fragebogen I (für Alkoholgefährdete)**

Bitte füllen sie den Test sich selbst gegenüber offen und ehrlich aus. Dieser Test ist ausschließlich für sie selber bestimmt. Das Ergebnis brauchen sie niemandem mitzuteilen, wenn sie das nicht wollen.

#### ***Auswertung***

Jede mit „JA“ beantwortete Frage erhält einen Punkt, die Fragen 3, 7, 8 und 14 erhalten 4 Punkte. Bei einer Gesamtpunktzahl von 6 und mehr liegt eine Alkoholgefährdung vor. Bitte reden sie mit dem Suchtkrankenhelfer.

### **Fragebogen II (Angehörige, Kollegen von**

### **Alkoholgefährdeten)**

#### ***Auswertung***

Wenn sie nur zwei dieser Fragen mit „JA“ beantwortet haben ist ihr Partner/Kollege alkoholgefährdet. Bei fünf und mehr Ja-Antworten müssen sie davon ausgehen, daß Ihr Partner/Kollege alkoholkrank ist.

### **Fragebogen III (für Angehörige, Kollegen von Medikamentenabhängigen)**

Die Medikamentenabhängigkeit ist eine „heimliche“ Sucht und deshalb nicht leicht zu erkennen.

#### ***Auswertung***

Wenn sie nur zwei der folgenden Fragen für ihren Partner, Freund oder Kollegen objektiv mit „JA“ beantwortet haben, liegt der Verdacht auf Medikamentenabhängigkeit nahe. Bei drei oder mehr „JA“ liegt Abhängigkeit vor.

### **Fragebogen IV (zur Arbeitssucht)**

Wer fünf Fragen mit „JA“ beantwortet hat, der ist zumindestens suchgefährdet. Wer mehr als zehn Fragen mit „JA“ beantwortet hat, ist mit ziemlicher Sicherheit arbeitssüchtig.

# I N F O R M A T I O N

## Suchtkrankenhelfer Dieter Balder

# 012/06.99

### Fragebogen für ALKOHOLGEFÄHRDETE I

Beantworten sie bitte jede Frage mit **ja** oder **nein**.

		JA	* NEIN
1.	<i>Leiden sie in letzter Zeit häufiger an Zittern der Hände?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<i>Leiden sie in der letzten Zeit häufiger an einem Würgegefühl (Brechreiz), besonders morgens?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Wird das Zittern und der morgendliche Brechreiz besser, wenn sie etwas Alkohol trinken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<i>Leiden sie in der letzten Zeit an starker Nervosität?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<i>Haben sie in Zeiten erhöhten Alkoholkonsums weniger gegessen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<i>Hatten sie in der letzten Zeit öfters Schlafstörungen oder Alpträume?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<i>Fühlen sie sich ohne Alkohol gespannt und unruhig?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<i>Haben sie nach den ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen, weiter zu trinken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<i>Leiden sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<i>Vertragen sie z. Zt. weniger Alkohol als früher?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<i>Haben sie nach dem Trinken schon einmal Gewissensbisse (Schuldgefühle) empfunden?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<i>Haben sie ein Trinksystem versucht? (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<i>Bringt ihr Beruf Alkoholtrinken mit sich?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Hat man ihnen an einer Arbeitsstelle schon Vorwürfe wegen ihres Alkoholtrinkens gemacht?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Sind sie weniger tüchtig, seitdem Sie trinken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Trinken sie gerne und regelmäßig ein Gläschen Alkohol, wenn sSie allein sind?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Haben sie einen Kreis von Freunden und Bekannten, in dem viel getrunken wird?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Fühlen sie sich sicherer, selbstbewußter, wenn sie Alkohol getrunken haben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<i>Haben sie zu Hause oder im Betrieb einen kleinen versteckten Vorrat mit alkoholischen Getränken?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<i>Trinken sSie Alkohol, um Streßsituationen besser bewältigen zu können oder um Ärger und Sorgen zu vergessen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<i>Sind sie oder/und ihre Familie schon einmal wegen ihres Trinkens in finanzielle Schwierigkeiten geraten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<i>Sind sie schon einmal wegen Fahrens unter Alkoholeinfluß mit der Polizei in Konflikt gekommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# I N F O R M A T I O N

## Suchtkrankenhelfer Dieter Balder

# 012/06.99

### Fragebogen für Angehörige, Kollegen von ALKOHOLABHÄNGIGEN II

Beantworten sie bitte jede Frage mit **ja** oder **nein**.

JA \* NEIN

1.	Machen ssie sich Gedanken über das Trinkverhalten ihres Partners/Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Waren sie insgeheim schon darüber erschrocken, wann und wieviel ihr Partner/Kollege trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Sind Wochenenden, Feiertage, Ferien oder Betriebsfeten ein Alptraum für sie, weil dann meistens eine mehr oder minder wüste Trinkerei stattfindet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sind die meisten Freunde ihres Partners/Kollegen trinkfest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Hat ihr Partner/Kollege schon des öfteren versprochen, mit der Trinkerei aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Beeinflußt das Trinkverhalten ihres Partners/Kollegen die Atmosphäre zu Hause oder in der Arbeitsgruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Streitet ihr Partner/Kollege ab, Schwierigkeiten wegen der Trinkerei zu haben, da er ja „nur“ ein oder zwei kleine Bierchen (Schöppchen Wein) trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Benutzen sie manchmal „faule“ Ausreden gegenüber Freunden, Verwandten, gegenüber dem Arbeitgeber, um das Trinken ihres Partners/Kollegen zu verbergen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Kommt es schon mal vor, daß ihr Partner/Kollege sich nicht mehr daran erinnern kann (Filmriß, Blackout), was während einer Trinkphase tatsächlich passiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Vermeidet ihr Partner/Kollege mit viel Geschick Gespräche über Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Versucht ihr Partner/Kollege bestimmte Personen/Ereignisse für die Trinkerei verantwortlich zu machen, um sich so zu rechtfertigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Drückt sich ihr Partner/Kollege vor Festlichkeiten privat oder dienstlich, bei denen kein Alkohol ausgeschenkt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Fühlen sie sich manchmal schuldig, weil ihr Partner/Kollege trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Haben Familienmitglieder, besonders Kinder, Angst vor ihrem Partner/Kollegen bzw. gibt es im Betrieb Arbeitnehmer, die Angst vor ihrem Kollegen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Ist ihr Partner/Kollege schon im alkoholisierten Zustand Auto gefahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Müssen sie damit rechnen, daß ihr Partner/Kollege im angetrunkenen Zustand ausfallend oder sogar aggressiv gegen sie wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Sind sie schon mal von anderen angesprochen worden, weil ihr Partner/Kollege außergewöhnlich viel trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Haben sie Angst mit ihrem Partner/Kollegen irgendwo hinzugehen, weil er sich betrinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Gibt es Zeiten, wo ihr Partner/Kollege sein Verhalten bitter bereut und erfolglos schwört, sich zu verändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Verträgt ihr Partner/Kollege in letzter Zeit weniger Alkohol als früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# I N F O R M A T I O N

## Suchtkrankenhelfer Dieter Balder

# 012/06.99

### Fragebogen für Angehörige, Kollegen von MEDIKAMENTENABHÄNGIGEN III

Beantworten sie bitte jede Frage mit **ja** oder **nein**.

**JA** \* **NEIN**

1.	<i>Kann er die Einnahme von Medikamenten, die süchtig machen können, nicht mehr aus eigener Kraft aufgeben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<i>Muß er eine bestimmte Menge seines Medikaments einnehmen (oder spritzen), damit er sich wohl fühlt ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Verlangt er bei Belastungen nach seinem Medikament wie ein Alkoholiker nach Alkohol?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<i>Hat sich durch die Einnahme des Medikaments sein Charakter verändert?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<i>Nimmt er mehr ein, als ursprünglich verordnet wurde?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<i>Läßt er sich ein Medikament von mehreren Ärzten gleichzeitig verschreiben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<i>Schädigt er sich, seine Umgebung oder seine Beziehung zu anderen, weiß er das , und hört er dennoch nicht auf mit der Einnahme?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<i>Fälscht er Rezepte, oder läßt er sich das Medikament besorgen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<i>Belügt er Ärzte oder Apotheker, um an sein Medikament zu kommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<i>Nimmt er so viele Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel, dass seine Sprache oder sein Gleichgewicht gestört ist?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<i>Hat er Erinnerungslücken durch die Einnahme des Medikaments, ist er enthemmt, führt er z.B. sinnlose Telefongespräche?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<i>Schlägt bei ihm die beruhigende Wirkung eines Mittels in eine anregende um?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<i>Benutzt er Medikamente zur Anregung und zur vermeintlichen Leistungssteigerung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Wird er ohne Medikamente aggressiv?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Denkt er fortwährend daran, sich den Nachschub zu sichern?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Ist ihm sein Medikament wichtiger als alles andere?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Nimmt er mehrere Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel nebeneinander ein?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Zittert er, hört er Stimmen, hat er optische Halluzinationen, wenn er für einige Tage ohne sein Medikament ist?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<i>Gesteht er sich selbst seinen Medikamentenverbrauch nicht ein?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<i>Belügt er andere über seinen Medikamentenverbrauch, verheimlicht er ihm, versteckt er sein Medikament?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<i>Muß er nach einer kleinen Dosis mehr haben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<i>War er früher alkoholabhängig und nimmt jetzt regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<i>Hat er den Arzt gewechselt, der ihm suchtgefährdende Mittel nicht mehr verschreiben wollte?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<i>Nimmt er Schmerzmittel, obwohl er keine Schmerzen hat?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<i>Nimmt er Appetitzügler, um sich besser zu fühlen, weniger schlafen zu müssen und leistungsfähiger zu werden?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<i>Hat er nach dem Einnehmen von Appetitzüglern Halluzinationen oder Verfolgungswahn?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**INFORMATION**  
**Suchtkrankenhelfer Dieter Balder**

# 012/06.99

**Fragebogen zur ARBEITSSUCHT (WORKAHOLICS) IV**

Beantworten sie bitte jede Frage mit **ja** oder **nein**.

		JA	* NEIN
1.	<i>Arbeiten sie heimlich, zum Beispiel in der Freizeit, Urlaub?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<i>Denken sie häufig an ihre Arbeit, etwa wenn sie nicht schlafen können?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Arbeiten sie hastig?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<i>Haben sie wegen ihrer Arbeit Schuldgefühle?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<i>Vermeiden sie in Gesprächen Anspielungen auf ihre Überarbeitung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<i>Haben sie mit Beginn der Arbeit ein unwiderstehliches Verlangen weiterzuarbeiten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<i>Gebrauchen sie Ausreden, weshalb sie arbeiten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<i>Zeigen sie ein besonders unduldsames, aggressives Benehmen gegen die Umwelt?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<i>Versuchen sie, periodenweise nicht zu arbeiten?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<i>Neigen sie zu innerer Zerknirschung und dauernden Schuldgefühle wegen des Arbeitens?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<i>Haben sie versucht, sich an ein Arbeitssystem zu halten, etwa nur zu bestimmten Zeiten zu arbeiten</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<i>Haben sie häufiger den Arbeitsplatz oder das Arbeitsgebiet gewechselt?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<i>Richten sie Ihren gesamten Lebensstil auf die Arbeit ein?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Haben sie bemerkt, daß sie sich außer für die Arbeit für nichts anderes mehr interessieren?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Zeigen sie auffallendes Selbstmitleid?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Haben sich Änderungen im Familienleben ergeben?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Neigen sie dazu, sich einen Vorrat an Arbeit zu sichern?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<i>Vernachlässigen sie Ihre Ernährung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<i>Arbeiten sie regelmäßig am Abend?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<i>Haben sie mitunter Tage und Nächte hintereinander gearbeitet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<i>Beobachten sie einen moralischen Abbau an sich selbst?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<i>Führen sie Arbeiten aus, die eigentlich unter Ihrem Niveau sind?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<i>Wurde ihre Arbeitsleistung geringer?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<i>Wurde ihnen das Arbeiten zum Zwang?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<i>Wurden sie wegen Folgekrankheiten der Arbeitssucht in ein Krankenhaus aufgenommen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>