

## Der Selbsttest nach Jellinek

Haben Sie den Mut, den folgenden Test ehrlich zu beantworten?

Solch eine Selbstprüfung ist wirklich nicht einfach, aber sie ist der erste Schritt in ein zufriedenes, selbstbestimmtes und selbstbewusstes Leben. Es beginnt damit, der Wahrheit ins Auge zu sehen, sich nichts schön zu reden und keine Fakten zu ignorieren. Und bitte vergessen Sie nicht:

*„Es ist keine Schande krank zu sein, aber es ist eine Schande nichts dagegen zu tun!“*

**Wenn Sie mehr als fünf Fragen mit "JA" beantworten, sollten Sie eine Beratung durch die zuständigen Fachleute bei der Suchtberatung, Ihren Arzt, Sozialarbeiter oder einer Selbsthilfegruppe wahrnehmen.**

- |    |  |                          |    |                          |      |
|----|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| 1  | Leiden Sie an Gedächtnislücken nach starkem Trinken?                               | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 2  | Trinken Sie heimlich?  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 3  | Denken Sie häufig an Alkohol?  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 4  | Trinken Sie die ersten Gläser hastig?  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 5  | Haben Sie wegen Ihres Trinkens Schuldgefühle?                                      | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 6  | Vermeiden Sie in Anspielungen den Alkohol?   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 7  | Haben Sie nach dem ersten Gläsern ein unwiderstehliches Verlangen weiterzutrinken? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 8  | Gebrauchen Sie Ausreden, warum Sie trinken?  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 9  | Zeigen Sie ein besonders aggressives Benehmen gegen die Umwelt?                    | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 10 | Neigen Sie zu innerer Zerknirschung und dauerndem Schuldgefühl wegen des Trinkens? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 11 | Versuchen Sie periodenweise völlig abstinent zu leben?                             | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 12 | Haben Sie ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)?  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 13 | Haben Sie häufiger den Arbeitsplatz gewechselt?                                    | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 14 | Richten Sie Ihre Arbeit und Ihren Lebensstil auf den Alkohol ein?                  | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 15 | Haben Sie einen Interesse-Verlust an anderen Dingen als Alkohol bemerkt?           | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| 16 | Zeigen Sie auffallendes Selbstmitleid?   | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

- 17 Haben sich Änderungen im Familienleben ergeben?  ja  nein
- 18 Neigen Sie dazu, sich einen Vorrat an Alkohol zu sichern?  ja  nein
- 19 Vernachlässigen Sie Ihre Ernährung?  ja  nein
- 20 Wurden Sie wegen des Alkoholmissbrauches in ein Krankenhaus aufgenommen?  ja  nein
- 21 Trinken Sie regelmäßig am Morgen?  ja  nein
- 22 Beobachten Sie einen moralischen Abbau an sich selbst?  ja  nein
- 23 Wurde Ihr Denkvermögen beeinträchtigt?  ja  nein
- 24 Trinken Sie mit Personen, die weit unter Ihrem Niveau stehen?  ja  nein
- 25 Trinken Sie gelegentlich technische Alkoholprodukte (Haarwasser oder Brennspiritus)?  ja  nein
- 26 Wurde die Verträglichkeit für Alkohol geringer?  ja  nein
- 27 Beobachten Sie morgendliches Zittern?  ja  nein
- 28 Wurde das Trinken zum Zwang?  ja  nein
- 29 Hatten Sie bereits ein Alkoholdelir?  ja  nein
-