Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Drogen/Medikamenten

Name: _____ Geb.Datum: _____ Untersuchungsdatum: _____

*Berücksichtigen Sie bei allen Symptomen **dieselbe Substanz** und beziehen Sie alle Symptome auf den **gleichen Zeitraum**.*

In den letzten zwölf Monaten wiederholt oder mindestens einen Monat lang…

		Nein	Ja
(1)	Verspürten Sie wiederholt oder kontinuierlich ein starkes **Verlangen** oder **eine Art Zwang** Drogen/Medikamente einzunehmen?	❑	❑
(2)	Haben Sie die **Kontrolle** über Ihren Drogen-/Medikamentenkonsum verloren? D.h. Sie nahmen größere Mengen/deutlich mehr Drogen/Medikamente ein als beabsichtigt oder Sie haben erfolglos versucht bzw. den Wunsch verspürt, Ihren Konsum zu verringern?	❑	❑
(3)	Haben Sie bei sich **körperliche Veränderungen** wie Zittern der Hände, Schwitzen oder Übelkeit feststellen können, wenn Sie weniger oder gar keine Drogen/Medikamente einnahmen? Oder nahmen Sie Drogen/Medikamente mit der Absicht ein, mögliche Anzeichen für einen Entzug zu mildern oder zu vermeiden?	❑	❑
(4)	Mussten Sie deutlich **mehr Drogen/Medikamente** einnehmen, um die gewünschte bzw. gleiche Wirkung zu erreichen? Oder war bei anhaltendem Konsum derselben Menge die Wirkung deutlich geringer? (**Toleranzentwicklung**)	❑	❑
(5)	Hatten Sie das Gefühl, dass der Drogen-/Medikamentenkonsum auf wichtige Bereiche Ihres Lebens (Arbeit, Partnerschaft, Freizeit) **negative Auswirkungen** hatte? Haben Sie z.B. wichtige Vergnügen oder Interessen vernachlässigt oder gänzlich aufgegeben? Oder Sie haben **viel Zeit** damit verbracht, Drogen/Medikamente zu beschaffen, einzunehmen oder sich von deren Wirkungen zu erholen?	❑	❑
(6)	Haben Sie weiterhin/anhaltend Drogen/Medikamente eingenommen, obwohl Ihnen die **schädlichen Folgen** (Gesundheit, Psyche, soziales Umfeld) bewusst waren?	❑	❑

Mindestens **drei** Merkmale aus (1) – (6) erfüllt? **Nein** ❑ **Ja** ❑

Diagnose: F 1 . 2 ← *Art der Störung (3.Stelle der Diagnose): siehe Tabelle S. 2*

Drogen-/Medikamentenabhängigkeit

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg

NEIN: Überprüfen Sie die Kriterien für schädlichen Gebrauch

Schädlicher Gebrauch

Während der vergangenen zwölf Monate…

		Nein	Ja
A	(1) Hat der Substanzgebrauch zu **körperlichen Problemen** geführt?	❑	❑
	(2) Hat Ihr Substanzgebrauch zu **psychischen Problemen** wie eingeschränkter Urteilsfähigkeit oder auffälligem Verhalten geführt, so dass Sie z.B. unter Alkoholeinfluss Auto gefahren sind oder wiederholt in Streitigkeiten geraten sind?	❑	❑
	(3) Hat Ihr Substanzgebrauch zu **negativen Konsequenzen** in Ihren **zwischenmenschlichen Beziehungen** geführt, wie z.B. Streitigkeiten in Ihrer Familie oder Partnerschaft?	❑	❑
B	Hat diese Art des Drogen-/Medikamentenkonsums **mindestens einen Monat lang** angehalten oder kam sie **wiederholt** innerhalb der **letzten zwölf Monate** vor?	❑	❑

Mindestens **ein** Merkmal aus **A** **und** Merkmal **B** sind erfüllt? **Nein** ❑ **Ja** ❑
→ **Ende**

Diagnose: F 1 . 1

Art der Störung (3.Stelle der Diagnose): siehe Tabelle unten

Schädlicher Gebrauch von Drogen/Medikamenten

Beurteilen Sie die Art der Störung:

Opiate 1	Kokain 4	Tabak 7
Cannabinoide 2	Andere Stimulantien 5	Flüchtige Lösungsmittel 8
Sedativa/Hypnotika 3	Halluzinogene 6	Multiple Substanzen und Konsum anderer psychotroper Substanzen 9

Alle Rechte liegen bei der Arbeitsgruppe Psychotherapie- und Versorgungsforschung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg