

Fragebogen: **BIN ICH CO-ABHÄNGIG?**

Sie leben mit einem alkoholgefährdeten bzw. alkoholkranken Menschen zusammen und fühlen sich von dessen (drohender) Alkoholsucht mitbetroffen. Es fällt Ihnen schwer, damit umzugehen und Sie stellen sich die Frage, in welcher Weise Sie ihren alkoholgefährdeten bzw. alkoholkranken Mitmenschen (im Folgenden zur besseren Lesbarkeit „Ihr Angehöriger“ genannt) unterstützen können.

Die folgenden Fragen können Ihnen helfen, zu erkennen, inwieweit Sie von der Alkoholgefährdung bzw. -erkrankungen Ihres Angehörigen selbst betroffen sind.

	JA	NEIN
1. Sie ahnen, dass Ihr*e Angehörige*r „anders“ trinkt. Haben Sie ihn/sie schon des Öfteren darauf ohne Erfolg angesprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sie möchten, dass Ihr*e Angehörige*r weniger trinkt und deshalb zB. zu Hause bleibt und nicht in die Kneipe geht. Haben Sie schon mit ihm/ihr getrunken, damit er/sie nicht zu viel trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Übernehmen Sie zunehmend Aufgaben und Verantwortung in Bereichen, für die eigentlich Ihr*e Angehörige*r zuständig ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden Sie von Verwandten, Nachbarn, Kollegen oder anderen für Ihren Einsatz und Ihr „Opfer“ gelobt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühlen Sie sich zum Lügen und zum Decken von Unregelmäßigkeiten genötigt, weil Sie Ihre*n Angehörige*n nicht fallen lassen wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlen Sie sich gut und stark, wenn sich der/die Abhängige schwach fühlt und Sie braucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zweifeln Sie manchmal an Ihrer eigenen Beobachtungsgabe und Wahrnehmung, wenn es um die Beurteilung Ihrer*s Angehörigen geht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie mit Ihren Gefühlen stark von der Situation der/des Angehörigen abhängig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Manchmal haben Sie die Hoffnung, dass alles wieder wird wie früher. Dann verstärken Sie Ihre Hilfe – und sind bei einem Rückfall völlig niedergeschlagen und verzweifelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die ständige Belastung greift Ihre Gesundheit an. Leiden Sie unter körperlichen und psychischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Greifen Sie selbst zu Alkohol bzw. Medikamenten (Schlaf-/Beruhigungsmittel, ...), um den Stress aushalten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie Ihrem/Ihrer Angehörigen schon einmal mit Trennung bzw. Scheidung gedroht, weil er/sie so viel trinkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kreisen manchmal Todeswünsche in Ihrem Kopf (zB. „Wenn er/sie doch nur einmal gegen einen Baum fahren würde!“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEIN
14. Fühlen Sie sich angesichts des Abhängigen und Ihrer Lage ohnmächtig und möchten am liebsten aufgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr*e Angehörige*r völlig abrutschen könnte, wenn Sie sich nicht mehr um ihn/sie kümmern würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ziehen Sie sich zunehmend zurück aus Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis und vom gesellschaftlichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Teilen Sie Ihrem/Ihrer Angehörigen die Alkoholrationen ein bzw. kontrollieren Sie deren Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Haben Sie dem/der Abhängigen schon des Öfteren gedroht, aber diese Drohung dann doch nicht wahr gemacht oder vergessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Haben Sie manchmal Angst vor Aggressionen, Gewaltanwendung Ihres/Ihrer Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Fühlen Sie sich für das Trinken Ihres/Ihrer Angehörigen irgendwie verantwortlich, ja vielleicht „schuldig“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wissen Sie zeitweise nicht, wie Sie bedingt durch das Verhalten des/der Alkoholabhängigen, a) finanziell über die Runden kommen sollen? b) mit der Mehrarbeit und Mehrbelastung zurechtkommen sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sind Ihnen im Zusammenleben mit dem/der Abhängigen wesentliche Bereiche einer gesunden Beziehung, zB. Vertrauensbasis, Austausch von Zärtlichkeiten,... verloren gegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung auf nächster Seite.

Auswertung: **BIN ICH CO-ABHÄNGIG?**

Wie viele Fragen haben Sie mit Ja beantwortet? Aus dem Ergebnis können Sie Ihre Situation erkennen:

4 x JA

Wenn Sie vier Fragen mit JA angekreuzt haben, besteht die Möglichkeit, dass Sie co-abhängig sind.

5 x oder mehr JA

Wenn Sie fünf und mehr Fragen mit JA angekreuzt haben, sind Sie stark betroffen und co-abhängig. Auch wenn es Ihnen nicht sofort einsichtig ist – Sie brauchen Hilfe von außen, damit Sie aus Ihrer Co-Abhängigkeit herauskommen. Darum: Brechen Sie Ihr Schweigen und wenden Sie sich an sachkundige Menschen, denen Sie vertrauen können.