

DUDIT-E

Id. nr.

--	--	--	--	--	--	--	--

Drug Use Disorders Identification Test - Extended



Männl. Weibl.

Alter

--	--

Authorized German translation © by Anne Bukten, Norwegian Centre for Addiction Research, University of Oslo, anne.bukten@medisin.uio.no and Dr. Norbert Schälast, Institute of Forensic Psychiatry, University of Duisburg-Essen. E-mail: norbert.schalast@uni-due.de

Wie oft nehmen Sie die folgenden Substanzen? (siehe DUDIT Drogenliste)	Nie	Habe es (ein paar Mal)	1 mal pro Monat oder weniger	2 - 4 mal pro Monat	2 - 3 mal pro Woche	4 mal pro Woche oder mehr	Bitte hier ankreuzen, falls es um einen Rückfall oder kurze Episoden geht.
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinogene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösungsmittel und ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB und ähnliches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf- / Beruhigungstabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztabletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabak (Zigaretten, Zigarren, Pfeifentabak, Schnupftabak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. Correspondence: anne.h.berman@ki.se

Welche positiven Seiten hat der Konsum von Rauschmitteln für Sie?	Gar nicht	Wenig	Etwas	Ziemlich	Völlig
1. Schlafe besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühle mich entspannt und gelöst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühle mich glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühle mich stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fühle mich „normal“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werde kreativ und komme auf gute Ideen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Werde aktiv (räume auf, spüle Geschirr, wasche das Auto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Liebe alle Menschen und die ganze Welt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Spüre größeres Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Habe weniger Schmerzen im Rücken, Nacken, Kopf usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Habe das Gefühl, dass sich alles regeln lässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Finde das Leben ohne Rauschmittel langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kann Gefühle wie Angst, Wut und Depression kontrollieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Drogen helfen mir, mit Menschen besser klarzukommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Mit Drogen habe ich das Gefühl, dazuzugehören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Finde leichter Kontakt zu anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Habe mehr vom Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte auch die Rückseite ausfüllen



Welche negativen Seiten hat der Konsum von Rauschmitteln für Sie?

	Nie	Weniger als einmal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	Jeden oder fast jeden Tag
1. Im letzten Jahr hatte ich wegen der Rauschmittel Schwierigkeiten an meinem Arbeitsplatz, in der Schule oder in der Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Im letzten Jahr musste ich wegen der Rauschmittel in ärztliche Behandlung oder ins Krankenhaus oder hatte medizinische Probleme (z. B. Gedächtnislücken oder Hepatitis).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe im letzten Jahr unter dem Einfluss von Rauschmitteln Streit gehabt oder Gewalt angewendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich hatte im letzten Jahr Schwierigkeiten mit der Polizei wegen der Rauschmittel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gar nicht	Wenig	Etwas	Ziemlich	Völlig
5. Habe Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Habe Selbstmordgedanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vermeide die Gesellschaft anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bekomme Kopfschmerzen oder mir wird übel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Habe schlechteren Kontakt zu Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kann mich schlecht konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Habe weniger Lust auf Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ruiniere meine Finanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Werde passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Meine Gesundheit verschlechtert sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Werde rücksichtslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zerstöre das Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sehe alles als ein großes Chaos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie denken Sie über Rauschmittel?

	Überhaupt nicht	Teilweise	Völlig
1. Macht es Ihnen Spaß, Rauschmittel zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sind Sie es leid, Rauschmittel zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie sich im Laufe des letzten Jahres Sorgen gemacht wegen Ihres Rauschmittelkonsums?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sind Sie bereit, an einer Änderung Ihres Rauschmittelkonsums zu arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Glauben Sie, dass Sie professionelle Hilfe brauchen, um Ihren Rauschmittelkonsum zu ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Glauben Sie, dass Sie die richtige Art professioneller Hilfe bekommen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glauben Sie, dass Ihnen eine professionelle Behandlung Ihres Rauschmittelkonsums helfen könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Meinen Sie, dass es wichtig wäre, Ihren Rauschmittelkonsum zu ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Glauben Sie, dass es Ihnen schwer fallen würde, Ihren Rauschmittelkonsum zu ändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben Sie bereits Ihren Rauschmittelkonsum geändert und suchen Sie jetzt nach Methoden zur Vermeidung eines Rückfalls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>