

# Trierer Psychologische Berichte

Band 27 (2000) Heft 3

Joachim Funke, Wilma Funke,  
Michael Klein und Reinhold Scheller

Zur Dimensionalität des „Trierer Inventars für  
Medikamentenabhängige“ (TIM)

# Zur Dimensionalität des „Trierer Inventars für Medikamentenabhängige“ (TIM)\*

Joachim Funke<sup>1</sup>, Wilma Funke<sup>2</sup>,  
Michael Klein<sup>3</sup> und Reinhold Scheller<sup>4</sup>

---

\* Dieser Beitrag hat eine lange Vorgeschichte. Die ersten Arbeiten am TIM erfolgten 1984. Seither wurde das TIM immer wieder eingesetzt, ohne daß psychometrische Angaben verfügbar waren. Die vorliegende Arbeit enthält die ersten systematischen Auswertungen der von uns in langen Jahren erhobenen Daten, die zum Teil im Rahmen einer vom Erstautor betreuten Diplomarbeit (Benneker, 1995) vorgenommen wurden. Für die Überlassung der Daten bedanken wir uns herzlich bei den Geschäftsführern der Fachkliniken Bad Tönisstein und Thommener Höhe.

<sup>1</sup> Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

<sup>2</sup> Kliniken Wied

<sup>3</sup> Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

<sup>4</sup> Fachbereich I - Psychologie - der Universität Trier

## **Zur Dimensionalität des „Trierer Inventars für Medikamentenabhängige“ (TIM)**

### ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM) wird ein psychometrisches Instrument zur Differentialdiagnostik vorgestellt, das auf fünf Skalen (TIM 1 „Negative Folgen des Konsums“, TIM 2 „Positive Folgen und Funktionalität des Konsums“, TIM 3 „Süchtig-auffälliger Konsum“, TIM 4 „Medikamente als Lebenshilfe“, TIM 5 „Absetzversuche und polyvalenter Konsum“) und zwei Partnerschaftsskalen basiert. Die Items der Skalen thematisieren Antezedenzen und Konsequenzen des Medikamentenmißbrauchs. Die von den Probanden vorgenommenen Selbstbeschreibungen und subjektiven Einschätzungen der Abhängigkeitsproblematik führen zu therapeutisch nutzbaren Informationen. Den theoretischen Hintergrund des Fragebogens bildet wie beim Trierer Alkoholismusinventar (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987) ein multidimensionales Störungsmodell mit psychischen, somatischen und sozialen Komponenten, die für die differentielle Indikationsstellung im Rahmen einer Behandlungsplanung bedeutsam sind. Es werden die Ergebnisse einer faktorenanalytischen Skalenkonzeption sowie die im klassisch-teststatistischen Sinne ermittelten Skalenkennwerte einer Stichprobe von N=309 medikamentenabhängigen und polytoxikomanen PatientInnen mitgeteilt.

**Schlüsselwörter:** Differentialdiagnostik, Medikamentenabhängigkeit, Fragebogen, Polytoxikomanie

## **The Dimensionality of the „Trier Inventory for Medical Drug Addicts“ (TIM)**

### **ABSTRACT**

The Trier Inventory for Medical Drug Addicts is a questionnaire for the differential assessment of drug addiction. It measures on five scales (1: „negative consequences of consumption“, 2: „positive consequences and functionality of consumption“, 3: „dependent visible consumption“, 4: „drugs as little helpers for live“, 5: „tries to stop taking and polyvalent consumption“) and two additional scales (related to the partnership of the addicts) the precursors and consequences of drug consumption based on subjective self-description. The theoretical background is similar to that of the Trier Inventory for Alcohol Addicts (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987) a multidimensional model of the disease with psychic, somatic, and social components which are important for differential indication in treatment planning. Results from the factor-analytic scale construction as well as from the item and scale analyses are based on data from N=309 inpatients with drug addiction and polytoxicomania.

**Keywords:** Differential diagnosis, medical drug addiction, prescription drugs, questionnaire, polytoxicomania

## 1 MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT ALS PHÄNOMEN

Die Medikamentenabhängigkeit ist eine „leise“ und sehr unauffällige Krankheit. Meist gibt es nur wenige von außen erkennbare Anzeichen und oft keine augenscheinlichen exzessiven Verhaltensweisen wie z.B. bei der Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. Im Gegenteil, Medikamentenabhängige sind eher angepaßt und nicht selten ausgesprochen leistungsorientiert. In manchen Fällen kann die Medikamentenabhängigkeit schon lange bestehen, bevor sie, oft im Verlaufe einer anderen Erkrankung, entdeckt wird. Dem Erkennen einer manifesten Medikamentenabhängigkeit kommt daher eine besondere Bedeutung zu. Diese Aufgabe stellt sich im psychotherapeutischen Kontext ebenso wie in der somatisch-medizinischen Behandlung.

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10; Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI, 1994) unterscheidet zwischen psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19) und dem Mißbrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Stoffen (F55). Letztere umfassen als wichtige Untergruppen psychotroper Arzneimittel die Antidepressiva, Laxanzien (Abführmittel) sowie Analgetika.

Prototyp in der Diskussion um das Abhängigkeitspotential zentral wirksamer Medikamente sind die Benzodiazepine, deren Verordnungsdauer nach Expertenmeinung nicht länger als vier bis sechs Wochen betragen sollte, da die Gefahr einer Suchtentwicklung erheblich ist (Herrmann, Herdt, Franck & Bischoff, 1997; Portwich, 1998). So berichten Herrmann et al. (1997), daß nach „jüngeren epidemiologischen Analysen ... in der Bundesrepublik Deutschland 1.5% bis 2% der Gesamtbevölkerung Benzodiazepine als Langzeitmedikation“ einnehmen (S. 115). Die Autoren sehen eine Verordnung dieser Mittel im Falle einer Abhängigkeitsgefährdung bzw. einer gesicherten Suchtanamnese als kontraindiziert an. Im „NRW-Landesprogramm gegen Sucht“ (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen, 1999) wird im Abschnitt V.3 ausführlicher zum Problemfeld Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit Stellung genommen und das epidemiologische Ausmaß sowie die gesundheitspolitische Bedeutung skizziert:

„Die Abhängigkeit von Medikamenten wird in der Öffentlichkeit kaum sichtbar. Aufgrund der Tatsache, daß ein großer Anteil der Medikamentenabhängigen davon ausgeht, sich bereits in 'Behandlung' zu befinden, ist es offensichtlich besonders schwierig, diesen Personenkreis zu einer gezielten Suchtbehandlung zu motivieren. Auffällig wird die Suchtproblematik am ehesten, wenn gleichzeitig eine weitere Abhängigkeit (z.B. von Alkohol bzw. illegalen Drogen) vorliegt.“  
(S. 92)

Eine besondere diagnostische Schwierigkeit liegt in der Grenzziehung zwischen (noch) bestimmungsgemäßem Gebrauch und in Dosis und/oder Dauer mißbräuchlichem Einsatz psychotroper Medikamente, wie dies z.B. auch die Diskussion um das Phänomen der Niedrigdosisabhängigkeit (Herrmann et al., 1997) zeigt. Eine zweite Fragestellung ergibt sich aus der Notwendigkeit einer differentiellen Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit als Grundlage etwa der Interventionsplanung.

Wir wollen in diesem Beitrag ein Verfahren vorstellen, das sich nicht als Screening-Verfahren versteht, sondern primär für bereits identifizierte Medikamentenabhängige (F11 bis F16; F19) und Personen mit erkennbarem Medikamentenmißbrauch differenzierende diagnostische Aussagen erlaubt, die für den psychotherapeutischen Prozeß nutzbar gemacht werden können. Zunächst aber erfolgen einige Bemerkungen zum Krankheitsbild und über die allgemeine und differentielle Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit.

### 1.1 Krankheitsbild und allgemeine Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängige weisen vielfältige und sehr verschiedene Krankheitsbilder auf (Poser, 1987). Im körperlichen Entzug ergeben sich unterschiedlich starke Beeinträchtigungen, was einmal auf die pharmakologischen Charakteristika der konsumierten Substanzen und zum anderen auf die individuelle körperliche und psychische Disposition der Betroffenen zurückzuführen ist. Nach dem Absetzen eines ursprünglich indizierten Medikaments können jene Symptome verstärkt auftreten, gegen die das Medikament ur-

sprünglich eingenommen wurde. Das verstärkte Auftreten der Ursprungssymptome ist in der Regel durch zentrale Gegenregulation nach Mißbrauch der Medikamente zu erklären.

Die Diagnose psychiatrischer Symptome bei bestehender Medikamentenabhängigkeit sollte zwischen primären psychischen Störungen und solchen Störungen unterscheiden, die *Folgen* des komplexen Abhängigkeitsgeschehens einschließlich der zu erwartenden Beeinträchtigungen im Entzug sind. Störungen wie konstitutionelle Labilität, erhöhte Angstbereitschaft und Depressionen können zum einen Auslöser einer Medikamentenabhängigkeit sein, zum anderen nach Absetzen der Medikamente als Entzugssyndrome auftreten (Grohmann, Poser, Schmidt & Wolf, 1991; Kovar, 1992).

Psychosoziale Folgen sind bei Medikamentenabhängigkeit überwiegend nur in milder Form zu beobachten (Barolin, 1986). Das mag direkt mit den besonderen Eigenschaften von Medikamenten zusammenhängen: Die Sucht kann viel länger verheimlicht werden, weil die Stoffwahrnehmbarkeit - Menge und Geruch - gering bzw. gar nicht gegeben ist. Der Suchtverlauf ist unauffälliger, länger und schleichender (Poser, 1987) als z.B. bei Alkoholabhängigkeit. So gelingt es Medikamentenabhängigen oft auch gegenüber engen Bezugspersonen, ihr süchtiges Verhalten zu verheimlichen. Die Medikamenteneinnahme erfolgt meist isoliert und eher „versteckt“; der Konsum ist nicht in gesellschaftliche Rituale eingebunden (Phillips, 1989); die „Krankenrolle“ schützt den Betroffenen lange vor sozialer Kritik. Als besonders unauffällig erweisen sich die Niedrigdosisabhängigen: Ihnen fehlen Problembewußtsein und Leidensdruck, außerdem zeigen sie keine oder nur geringe Veränderungsmotivation (Hollister, Müller-Oerlinghausen, Rickels & Shader, 1993; Lieb & Biermann, 1992).

Partnerprobleme aufgrund der Medikamentenabhängigkeit scheinen eher selten zu sein. Ernst und Füller (1988) vermuten eine Komplizenschaft zwischen den Parteien, wobei oft der Partner darauf achtet, daß die Medikamente auch wirklich eingenommen werden. Damit wird die „Krankenrolle“ des Betroffenen weiter stabilisiert. Dieses Phänomen wird in der Literatur auch als „Co-Abhängigkeit“ beschrieben (Aßfalg, 1999; Funke, 1997; Scheller, 1990). Angehörige von Suchtkranken entwickeln häufig Verhaltensweisen, die die Suchterkrankung weiter aufrechterhalten und verfestigen.

Vermehrte Medikamenteneinnahme zieht zunehmend psychische Veränderungen nach sich (Fritzsche, 1990): Herabgesetztes Konzentrationsvermögen und allgemeine Verlangsamung des Reaktionsablaufs treten auf. Weiterhin reduzieren sich Selbstkritik und Selbstkontrolle; es kommt zu Interessenverlust, Gleichgültigkeit, Passivität und Unzuverlässigkeit. Die sozialen und beruflichen Anforderungen werden mehr oder weniger eingeschränkt; eine Dosissteigerung ist oftmals die Konsequenz. Über diese Veränderungen heißt es in einer von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS, 1991) herausgegebenen Informationsschrift für Ärzte:

„Verheimlichungstendenzen unter Beschaffungszwang und der immer wieder verlorene Kampf dagegen sowie ein schwindendes Selbstwertgefühl sind häufig. Der Abhängige ist einerseits stimmungslabil, mürrisch und wehleidig im wiederholten versuchten Selbstentzug, andererseits gleichgültig, ambivalent und urteilslos, sediert oder überaktiv „unter Strom“. Bei Nachschubschwierigkeiten wirkt er hektisch, ängstlich gestimmt oder hilflos unterwürfig, schwankt zwischen appellativem Selbstmitleid und erpresserischer Verleugnung.“ (S. 42)

Anhaltspunkte für eine bestehende Medikamentenabhängigkeit geben Poser, Roscher und Poser (1991) in ihrem „Ratgeber für Medikamentenabhängige“. Demnach sind als gefährdet oder abhängig einzustufen, wer mindestens zwei oder drei Statements aus einer Liste von 25 Items bejaht. Diese Items umfassen markante Sachverhalte (z.B. Anlügen von Ärzten, Fälschung von Rezepten, Einnahme von Schmerzmitteln ohne Beschwerden), die auf den ersten Blick als Hinweise auf Medikamentenabhängigkeit gelten. Diese Checkliste wurde von ihren Autoren als Hilfsmittel für die Einschätzungen von Betroffenen und Angehörigen erstellt und erfüllt nicht die Anforderungen an ein psychometrisch entwickeltes und überprüftes Screening-Instrument.

Die Entscheidung darüber, ob ein schädlicher Gebrauch psychotroper Medikamente oder ein entsprechendes Abhängigkeitssyndrom vorliegt, orientiert sich an den Vorgaben der ICD-10, Kapitel V (F) (Dilling, Mombour & Schmidt, 1999). Die Schwierigkeit einer Fremdeinschätzung wird auch in den neueren Übersichten zur Psychopharmakotherapie hervorgehoben (Barocka, 1998; Buchheim, 1997).

## 1.2 Differentielle Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit

Für eine differenzierte Therapieindikation, d.h. eine Zuweisung der PatientInnen zu bestimmten, für sie geeigneten Therapieformen zwecks Veränderung der Verhaltensstörungen bedarf es mehr als nur der Erkennung der Suchtmittelabhängigkeit. Neben der klassifikatorischen Diagnostik, wie sie in der Psychiatrie üblicherweise benutzt wird, bevorzugt man die dimensionale Diagnostik in der Psychologie (Schulte, 1994).

Mit Hilfe einer dimensional Diagnostik sollen Ausprägungen änderungsrelevanter Merkmale erfaßt werden. Im günstigen Fall kann hierzu auf ein den klassischen Testgütekriterien genügendes objektives Testverfahren zurückgegriffen werden, das für die Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen relevante Informationen über Ausprägung, Art und Modifikationsmöglichkeiten der Medikamentenabhängigkeit im Einzelfall liefert. Im folgenden werden die Entwicklung eines solchen Testinventars für Personen mit auffälligem Medikamentenkonsum und seine Kenndaten vorgestellt.

## 2 BESCHREIBUNG DES „TRIERER INVENTARS FÜR MEDIKAMENTENABHÄNGIGE“ (TIM)

Das „Trierer Inventar für Medikamentenabhängige“ (TIM; Klein, Funke, Funke & Scheller, 1984) ist ein Instrument zur Erfassung suchtbezogener Erlebens- und Verhaltensweisen. Für Personen mit auffälligem Medikamentenkonsum kann es bedeutsame Informationen in bezug auf die Planung verschiedener Interventionsformen bereitstellen. Ausgangsbasis für die Entwicklung des TIM war ein multidimensionales Modell, das auch dem „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987, 1998) zugrunde liegt.

### 2.1 Hintergrund des TIM: Das multidimensionale Modell der Alkoholauffälligkeit von Wanberg und Mitarbeitern

Das multidimensionale Modell der Alkoholauffälligkeit von Wanberg, Horn und Foster (1977) berücksichtigt neben den Entstehungsbedingungen des exzessiven Alkohol-

konsums den augenblicklichen Zustand der PatientInnen hinsichtlich ihrer psychischen und physischen Verfassung. Außerdem bietet es die Möglichkeit, die zukünftige Entwicklung der Störung zu prognostizieren. Dabei wird eine eindimensionale Sichtweise der Alkoholabhängigkeit als einheitliches Phänomen mit zeitlich festgelegten Symptomen überwunden. Demgegenüber steht ein multiples Syndrom der Auffälligkeit, welches verschiedene Aspekte der Störung in Rechnung stellt. Hierzu zählen: (a) konsumbezogene Verhaltensweisen und Symptome, (b) soziale und psychologische Hintergrundvariablen, (c) momentanes klinisches Erscheinungsbild der Person bezüglich psychischer und sozialer Merkmale, (d) demographische und sozioökonomische Variablen, (e) medizinisch-klinisches Erscheinungsbild der Person, (f) kognitive Leistungsfähigkeit sowie (g) Persönlichkeitsmerkmale.

Unter partieller Berücksichtigung der aufgeführten Aspekte entstand ein Fragebogen, der drei konzeptuell unterschiedliche Bereiche erfasst: (1) Stile des Alkoholkonsums, (2) negative Konsequenzen des Alkoholkonsums sowie (3) positive Konsequenzen des Alkoholkonsums.

Diese Konzeption wurde mit dem TAI für deutsche Verhältnisse realisiert und in gleicher Weise nun auf das TIM übertragen. In einem ersten Schritt erfolgt eine kurze Beschreibung der Zielsetzung und Konstruktion des TIM.

## 2.2 Zielsetzung des TIM

Für eine differenzierte Diagnose der Medikamentenabhängigkeit bedarf es verschiedenartiger Informationen, die sich auf die Entstehungsbedingungen, den augenblicklichen Zustand der Betroffenen in körperlicher und seelischer Hinsicht sowie die Prognose der zukünftigen Entwicklung des Problems beziehen. Das TIM ist nicht etwa ein Screening-Verfahren zur Identifizierung der Medikamentenabhängigkeit, sondern - wie bereits erwähnt - ein Fragebogen, mit dem sich vielfältige Informationen für die Planung und Durchführung therapeutischer Interventionen in klinisch sinnvollen Kategorien erheben lassen. Auf mehreren Dimensionen werden so differenzierende Beschreibungen von Pati-

entInnen in symptomnaher Form möglich. In den anschließend berichteten Analysen steht daher die Frage nach der Dimensionalität des Fragebogens im Mittelpunkt.

### 2.3 Konstruktion des TIM

In enger Anlehnung an die Items des TAI besteht das TIM aus insgesamt 94 Items. Davon stellen die ersten 81 Fragen den Hauptteil dar, weitere 13 Items betreffen partnerschaftsbezogene Inhalte. Erfragt werden nicht nur Aspekte aus dem Spektrum der Erlebens- und Verhaltensweisen von Medikamentenabhängigen, sondern auch einschlägige Konsequenzen, die sich aus der Medikamenteneinnahme ergeben. Der Itempool des TIM kann als Modifikation des TAI-Itempools angesehen werden. Viele der Fragen aus dem TAI ließen sich verwenden, waren aber inhaltlich auf Medikamentenabhängigkeit abzustimmen. Andere Items wurden neu aufgenommen und ersetzen die speziell auf Alkoholabhängigkeit zugeschnittenen Fragen. Formal handelt es sich überwiegend um einfache Fragesätze mit einem Hauptsatz und allenfalls einem kurzen Nebensatz. Als Antwortmöglichkeiten dienen wie beim TAI vier Alternativen (oft, manchmal, selten oder nie). Im Vorspann des Inventars werden demographische Daten und die Suchtkarriere betreffende Angaben erfaßt. Das vollständige Testformular kann bei den Autoren angefordert werden.

## 3 ERGEBNISSE DER DATENANALYSEN

### 3.1 Methodisches Vorgehen

Das gewählte methodische Vorgehen besteht darin, zunächst die Dimensionalität des TIM mittels Faktorenanalyse zu überprüfen und danach die Skalenqualitäten der ermittelten TIM-Faktoren nach testtheoretischen Gesichtspunkten zu bestimmen. Vorab erfolgt jedoch die Beschreibung der diesen Auswertungen zugrunde liegenden Stichprobe.

### 3.2 Beschreibung der Stichprobe

In der vorliegenden Arbeit wurden die Daten von insgesamt 309 PatientInnen mit der Primärdiagnose Medikamentenabhängigkeit bzw. Polytoxikomanie mit Medikamentenbeteiligung analysiert. Alle Personen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in der Eingangsphase einer stationären Entwöhnungsbehandlung. Als Kontrollgruppen wurden zusätzlich Studierende (N=50) und chronisch Kranke (N=50 insulinpflichtige DiabetikerInnen<sup>5</sup>) befragt. Die DiabetikerInnen erhielten neben dem TIM ein Beiblatt, welches darauf hinwies, daß sie bei einigen Fragen, die allgemein das Thema Medikamentenkonsum betreffen, an ihr Medikament (in diesem Fall Insulin) denken sollten (z.B. „Hat Ihr Medikamentenkonsum Ihrer Familie oder Ihren Freunden Probleme bereitet?“). Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurden für die Daten dieser Kontrollgruppen keine gesonderten strukturellen Analysen vorgenommen. Das Antwortverhalten der KontrollprobandInnen machte im übrigen eine explorative Faktorenanalyse überflüssig, da nahezu keine Varianz vorlag. Für die Gruppe der Studierenden, die normalerweise keine Medikamente einnimmt, war dies zu erwarten, da die Fragen den Medikamentenumgang und -konsum thematisieren. Für die Gruppe der DiabetikerInnen fiel dieses Ergebnis eher überraschend aus, sind doch die Erkrankten den täglichen Umgang mit Medikamenten gewohnt und deshalb in gewissem Sinne vom Konsum abhängig. Da eine so verstandene „Abhängigkeit“ medizinisch begründet ist, besitzt sie auch einen anderen Stellenwert.

Die 309 Personen umfassende Analytestichprobe besteht aus 169 Frauen (55%) und 140 Männern (45%). Die Altersverteilung zeigt Tabelle 1. Zum Untersuchungszeitpunkt waren die Personen im Durchschnitt 48.4 Jahre alt ( $s=9.2$ ; Range: 25 bis 79 Jahre), der Median lag bei 49 Jahren.

---

<sup>5</sup> Wir danken Dr. Norbert Hermanns, Bad Mergentheim, und Dr. Judit Czikajlo, Bonn, für die Datenerhebung bei der diabetischen Kontrollgruppe.

Tabelle 1: Altersverteilung der Analysestichprobe (N=309)

Alter	Personen	Prozentsatz
unter 30 Jahren	8	2.6%
30 bis 39 Jahre	66	21.3%
40 bis 49 Jahre	112	36.2%
50 bis 59 Jahre	100	32.4%
60 Jahre und älter	23	7.4%

221 der Befragten (72%) sind verheiratet bzw. leben in festen Partnerschaftsbeziehungen, die restlichen 88 Personen (28%) fallen in die Kategorien „ledig und ohne Partner“, „geschieden“, „getrennt lebend“ oder „verwitwet“.

Interessant erscheint noch die Auflistung der Medikamente, die von den PatientInnen am häufigsten eingenommen wurden. Die Ermittlung der Medikamente erfolgte durch eine Befragung in freier Form. Die angegebenen Medikamente wurden in Arzneimittelgruppen eingeordnet. Diese Gruppen sowie deren Nennungshäufigkeiten sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Angaben über häufig eingenommene Medikamente

Medikamentengruppe	Nennungen in Prozent <sup>a</sup>
Tranquilizer	54%
Barbiturate bzw. Barbituratderivate	38%
Analgetika (Morphinmischung)	20%
Antidepressiva	17%
Analgetika (Coffeinmischung)	8%
Analgetika (Acetylsalicylsäure)	7%
Psychostimulanzien	3%
Illegale Drogen	3%

Anmerkung. <sup>a</sup> Mehrfachnennungen möglich.

Von den untersuchten Personen gaben 179 (58%) an, nur ein Medikament eingenommen zu haben, 69 Personen (22%) konsumierten zwei und 61 (20%) drei oder mehr Arzneimittel.

### 3.3 Dimensionale Struktur des TIM

Über die 81 Items des TIM (ohne die 13 Partnerschaftsfragen) wurde mittels SPSS eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt (N=309).

Die Auswahl der Faktorenanzahl orientiert sich normalerweise an den Eigenwerten der ermittelten Faktoren. Im vorliegenden Fall besitzen 15 Faktoren einen Eigenwert größer Eins. Nach dem Scree-Test (Bortz, 1993) kämen eine 5- und eine 7-Faktorenlösung in Frage. Aus Gründen der Vergleichbarkeit mit der Faktorenstruktur des TAI entschieden wir uns für die 5-Faktorenlösung, mit der insgesamt 49.3% der Varianz aufgeklärt werden kann.

Zur Definition der Faktoren wurden analog zum Vorgehen beim TAI diejenigen Items herangezogen, die dem Fürntratt-Kriterium (Ladungsquadrat auf dem Faktor ist größer als die Hälfte der Kommunalität) genügen und zugleich eine Ladung von mindestens .40 aufweisen. Da fast alle Items diese Kriterien erfüllten, führten der Vollständigkeit halber die wenigen Ausnahmen bezüglich der Mindestladungshöhe von .40 - betroffen sind die Fragen 38 (Faktor TIM 3), 51 und 76 (Faktor TIM 4) - bei der Berechnung der Skalenqualitäten nicht zu deren Ausschluß.

In Ergänzung zur Konstruktion der TAI-Skalen 6 und 7 („Trinken wegen Partnerproblemen“ und „Partnerprobleme wegen Trinken“), die auf einer inhaltslogischen Zuordnung der Items basieren, wurde für die 13 parallel formulierten Partnerschaftsitems des TIM eine separate Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation durchgeführt, wobei nur auf die Daten jener 221 Personen zurückgegriffen wurde, die in einer Partnerschaft lebten. Zwei Faktoren besitzen einen Eigenwert größer Eins, so daß erneut ein direkter Vergleich mit den zwei Partnerschaftsfaktoren des TAI möglich ist. Die hier errechnete 2-Faktorenlösung klärt 69.7% der Varianz der Partnerschaftsitems auf.

Die aufgrund der geschilderten Vorgehensweise ermittelte faktorielle Grundstruktur des TIM sowie die Zuordnung der Items zu den Faktoren sind in Tabelle 3 dargestellt.<sup>6</sup>

Tabelle 3: Zuordnung der Items zu den Faktoren aufgrund der 5-Faktorenlösung (TIM 1 bis TIM 5; N=309) und der 2-Faktorenlösung (TIM 6 und TIM 7; N=221)

Faktor	Itemnummern
TIM 1 („Negative Folgen des Konsums“)	9, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 21, 24, 25, 29, 30, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 44, 46, 48, 49, 53, 63, 65, 67
TIM 2 („Positive Folgen und Funktionalität des Konsums“)	10, 16, 23, 41, 42, 47, 50, 52, 54, 56, 57, 58, 60, 64, 74, 77, 80, 81
TIM 3 („Süchtig-auffälliger Konsum“)	2, 4, 5, 6, 7, 8, 17, 19, 20, 26, 27, 28, 32, 34, 36, 38, 43, 45, 68, 69, 71
TIM 4 („Medikamente als Lebenshilfe“)	1, 3, 51, 59, 62, 70, 75, 76, 78, 79
TIM 5 („Absetzversuche und polyvalenter Konsum“)	22, 55, 61, 66, 72, 73
TIM 6 („Partnerschaftsfaktor 1“)	84, 85, 87, 88, 89, 91, 92, 93, 94
TIM 7 („Partnerschaftsfaktor 2“)	82, 83, 86, 90

Der Faktor TIM 1 („Negative Folgen des Konsums“) deckt mit 28.5% den größten Teil der Gesamtvarianz ab. Mit seinen insgesamt 26 zugeordneten Items bietet er eine tragfähige Basis für die inhaltliche Interpretation. Die Items, die auf diesem Faktor laden, sprechen suchtspezifische Themen an, wie sie auch bei Alkoholikern mit fortgeschrittener Suchtkarriere gefunden werden konnten. Insofern ist hier eine Entsprechung zu Faktor TAI 1 - er beschreibt den „Schweregrad“ und Fortschritt der Suchterkrankung - gegeben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den negativen psychischen, physischen und so-

<sup>6</sup> Auf den Abdruck der vollständigen Faktorladungsmatrizen wurde aus Platzgründen verzichtet. Interessierte LeserInnen können diese - ebenso wie ein vollständiges Exemplar des Fragebogens - gerne bei uns anfordern oder auch im Internet einsehen unter:  
<http://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/allg/mitarb/jf/tim.htm>

zialen Konsequenzen, die für ständige Medikamenteneinnahme typisch sind. Die psychischen Konsequenzen lassen sich als negativ empfundene Gefühle zusammenfassen. Ihnen sind z.B. Aggressivität, Launenhaftigkeit und Reizbarkeit zuzurechnen. Auch psychopathologische Symptome, wie optische, akustische und taktile Halluzinationen, zählen zu den psychischen Folgen des Medikamentenmißbrauchs. Körperliche Beschwerden in Form von Krampfanfällen oder Mißempfindungen treten oft dann in Erscheinung, wenn mehrere unterschiedliche Präparate über einen längeren Zeitraum konsumiert werden oder Medikamente als Ersatz für Alkohol dienen. Die beschriebenen psychischen und physischen Konsequenzen können nicht nur zu sozialem Rückzug, sondern auch zu Suizidgedanken führen.

Der Faktor TIM 2 („Positive Folgen und Funktionalität des Konsums“) umfaßt 18 Items und klärt 10.7% der Varianz auf. Die Items, die hier hohe Ladungen aufweisen, betonen die durch Medikamente bewirkten Leistungssteigerungen im kognitiven Bereich („steigert Leistungsfähigkeit“; „bessere Konzentration“), im emotionalen Bereich („fühle mich glücklicher“; „weniger Angst“) sowie im sozialen Bereich („kann lockerer mit anderen umgehen“; „überwinde Schüchternheit“). Personen mit hoher Ausprägung auf dieser Skala weisen eine hohe psychische Bindung an die psychotropen Substanzen auf und können sich eine Lebensbewältigung ohne das Suchtmittel nur schwer vorstellen. Auch hier zeigt sich eine Entsprechung zu den Skalen TAI 2 („Soziales Trinken“) und TAI 4 („Trinkmotive“), die die Funktionalität des Alkoholkonsums und damit einen wichtigen Aspekt der psychischen Abhängigkeit erfassen.

Der Faktor TIM 3 („Süchtig-auffälliger Konsum“) besteht aus 21 Items, mit denen 4.4% der Varianz erklärt werden. Diese Skala entspricht dem Faktor TAI 3 („Süchtiges Trinken“). Personen mit hohen Ausprägungen auf TIM 3 berichten über vielfältige Beeinträchtigungen durch den Medikamentenkonsum, die diese wiederum sowohl durch erneute Einnahme als auch durch „suchttypisches“ Vermeidungsverhalten zu kompensieren versuchen. Durchgängiger Konsum trotz negativer Folgen im psychischen, physischen und sozialen Bereich, Einengung der Interessen, Überschreitung der Dosis („Kon-

trollverlust“) und Schuldgefühle spiegeln die gängigen diagnostischen Kriterien des ICD-10 wider.

Der Faktor TIM 4 („Medikamente als Lebenshilfe“) umfaßt 10 Items, die 3.2% der Varianz abdecken. Inhaltlich kommt die erlebte Bedeutung der Medikamentenwirkung für die Lebensbewältigung zum Ausdruck. Personen mit hohen Werten auf TIM 4 geben an, Medikamente zur Schmerzlinderung, zur Beruhigung, zum Schlafen und zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit dringend zu benötigen. Außerdem berichten sie über das Anlegen von Medikamentenvorräten und die (zusätzliche) Versorgung mit freiverkäuflichen Mitteln, aber auch über das Nachlassen der Wirkung eingenommener Substanzen.

Der Faktor TIM 5 („Absetzversuche und polyvalenter Konsum“) besteht aus 6 Items, mit denen 2.5% der Varianz aufgeklärt werden. PatientInnen mit hohen Ausprägungen auf TIM 5 räumen polyvalenten, andauernden Konsum von Medikamenten ohne nennenswerte Pausen ein. Gleichzeitig wird ein wechselseitiger Austausch psychotroper Substanzen mitgeteilt.

Die beiden Partnerschaftsfaktoren TIM 6 und TIM 7, die aus der separaten Faktorisierung stammen, bestehen aus 9 bzw. 4 Items und decken 58.3% bzw. 11.4% der Varianz der Partnerschaftsitems ab. Aufgrund der durchweg hohen positiven Ladungen aller Partnerschaftsitems auf TIM 6 kann dieser Faktor als „Generalfaktor“ interpretiert werden, zumal sich die angestrebte Zuordnung der Items zu Ursachen oder Folgen des Medikamentenkonsums in der 2-Faktorenlösung nicht abbildet. Klären ließe sich dieses Dilemma durch die Bildung eines Gesamtwerts „Partnerspekte im Zusammenhang mit der Abhängigkeitsentwicklung“, wobei zu diskutieren wäre, ob die vier Items des Faktors TIM 7 überhaupt einzubeziehen sind. Eine zweite Lösungsmöglichkeit könnte die analog zum TAI erfolgende inhaltslogische Zuordnung der Items zu jeweils einer Skala „Partnerprobleme als Ursache“ bzw. „Partnerprobleme als Folge“ des abhängigen Medikamentenkonsums sein, so daß aus therapeutischer Sicht kein Informationsverlust entstehen würde. Die Bewertung der beiden Lösungsalternativen erfordert weitere empirische Analysen.

### 3.4 Itemanalytische Ergebnisse

Für die faktoriell ermittelten Skalen des TIM wurde eine teststatistische Überprüfung vorgenommen. In diesem Kontext ist der Trennschärfeindex als wichtiger Itemkennwert anzusehen (Fisseni, 1997). Er beschreibt den Zusammenhang der Items mit der Gesamtskala und damit auch deren Differenzierungsfähigkeit zwischen Personen mit starker und geringer Merkmalsausprägung. Von den 94 TIM-Items fallen lediglich sechs durch geringe Trennschärfe auf (Items 1, 22, 55, 66, 75 und 76). Sie bleiben allerdings im jetzigen Stadium der Testentwicklung im Itempool, weisen sie doch zumindest einen akzeptablen Schwierigkeitsindex auf.

Neben den Trennschärfeindizes wurden auch die Häufigkeitsverteilungen der Itemantworten ermittelt. Dabei sind solche Items von Interesse, für die sich ein hoher oder niedriger Schwierigkeitsindex berechnen läßt. Es handelt sich somit um Items, die die Befragten besonders häufig mit „oft“ oder „nie“ beantworteten. Die Analyse zeigt, daß vor allem sechs Items relativ geringe Schwierigkeiten aufweisen ( $p < .40$ ). Sie wurden besonders häufig mit „nie“ beantwortet und sind daher als „schwere“ Items einzustufen:

Item 9: 70% erlebten keine delirähnlichen Zustände;

Item 33: 67% hatten nach Medikamenteneinnahme keine Krampfanfälle;

Item 44: 65% sind nicht durch übermäßigen Medikamentenkonsum ohnmächtig geworden;

Item 39: 63% klagten nicht über akustische Halluzinationen;

Item 53: 63% empfanden keine taktilen Halluzinationen;

Item 21: 61% erlebten keine optischen Halluzinationen.

Insgesamt liegen noch 15 weitere Items vor, die von 55 bis 60% der 309 getesteten Personen mit „nie“ beantwortet wurden (Items 11, 13, 14, 15, 24, 25, 37, 44, 49, 63, 67; Partnerschaftsitems: 87, 89, 92, 94). Hinsichtlich der Antwortkategorie „oft“ fiel bei entsprechender Analyse nur das Item 64 auf („Haben Sie Medikamente eingenommen, um belastende Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Streß usw. ertragen zu können?“). Über 40% der PatientInnen beantworteten diese Frage mit „oft“. Es handelt sich also um ein vergleichsweise „leichtes“ Item.

Für die verbleibenden 72 Items des Fragebogens ließ sich bezüglich der vorgegebenen Antwortkategorien „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“ eine relative Gleichverteilung feststellen, so daß eine annähernd mittlere Itemschwierigkeit konstatiert werden kann.

Eine Zusammenstellung der wichtigsten teststatistischen Kennwerte findet sich in Tabelle 4. Neben allgemeinen Angaben zu den sieben TIM-Skalen werden deren durchschnittliche Trennschärfe- und Schwierigkeitsindizes sowie deren Reliabilitätskoeffizienten mitgeteilt.

Tabelle 4: Teststatistische Kennwerte der TIM-Skalen 1-5 (N=309) und 6-7 (N=221)

Kennwerte	TIM 1	TIM 2	TIM 3	TIM 4	TIM 5	TIM 6	TIM 7
<u>Allgemeines</u>							
Itemzahl	26	18	21	10	6	9	4
Punkterange	26-104	18-72	21-84	10-40	6-24	9-36	4-16
Mittelwert	51.20	41.85	49.67	25.16	14.90	14.49	7.64
Streuung	20.36	14.48	16.02	7.60	4.41	7.56	3.43
<u>Itemkennwerte</u>							
Trennschärfe <sup>a</sup>	.63	.61	.59	.50	.35	.78	.73
Schwierigkeit <sup>b</sup>	.49	.58	.59	.63	.62	.40	.48
<u>Reliabilität</u>							
Cronbachs Alpha	.95	.92	.93	.82	.63	.94	.81

Anmerkung. <sup>a</sup> Durchschnittliche part-whole-korrigierte Trennschärfe der Items.

<sup>b</sup> Durchschnittliche Schwierigkeit der Items.

Wie die Zusammenstellung verdeutlicht, erweisen sich die errechneten Indizes als akzeptabel. Darüber hinaus ist erkennbar, daß die sieben Skalen mit Ausnahme von TIM 5 über hohe Reliabilitäten (zwischen .81 und .95) verfügen und sich daher auch für individualdiagnostische Aussagen eignen.

#### 4 ABSCHLIESSENDE BEWERTUNG DER ERGEBNISSE UND AUSBLICK

Die hier vorgetragenen Ergebnisse zeigen, daß die Konstruktion des TIM in mindestens zweierlei Hinsicht erfolgreich war, nämlich hinsichtlich Dimensionalität und Meßgüte.

In Hinblick auf die *Dimensionalität* des Konstrukts „Medikamentenabhängigkeit“ sehen wir uns in der Auffassung bestätigt, daß es sich hierbei - ganz analog zur Alkoholabhängigkeit - um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt. Die Reduktion aller TIM-Items auf *einen* Generalfaktor würde den Daten sicher nicht gerecht.

Bezüglich der *Meßgüte* erweisen sich die vorgenommenen Skalenbildungen als größtenteils brauchbare Operationalisierungen, die auch in der therapeutischen Praxis zur differenzierten Beschreibung von Medikamentenabhängigen genutzt werden können. Der Meßaufwand bleibt dabei im Rahmen des Zumutbaren.

Die Zuordnung der Items zu den Faktoren kann aufgrund der positiven teststatistischen Befunde als weitgehend gelungen angesehen werden. Eine an anderen Daten durchzuführende konfirmatorische Faktorenanalyse mit gleicher Faktorenanzahl und identischer Aufteilung der Items auf diese Faktoren wäre wünschenswert. Zur Entwicklung von Normwerten wird darüber hinaus eine größere Stichprobe benötigt, über die dann auch inhaltliche Validierungsaspekte abgedeckt werden könnten.

#### LITERATUR

- Aßfalg, R. (1999). Die heimliche Unterstützung der Sucht: Co-Abhängigkeit (3. Aufl.). Geesthacht: Neuland.
- Barocka, A. (Hrsg.). (1998). Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Barolin, G.S. (1986). Der stille Abusus. Wiener Medizinische Wochenschrift, 17, 417-419.
- Benneker, B. (1995). Retestanalyse des Trierer Inventars für Medikamentenabhängige. Bonn: Psychologisches Institut der Universität Bonn (unveröff. Diplomarbeit).
- Bortz, J. (1993). Statistik für Sozialwissenschaftler (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.

- Buchheim, P. (Hrsg.). (1997). *Psychotherapie und Psychopharmaka. Störungsorientierte Behandlungsansätze - kombinierte Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). (1991). *Medikamentenabhängigkeit. Eine Information für Ärzte*. Hamm: Achenbach.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.). (1994). *ICD-10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision*. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (3. Aufl.)*. Bern: Huber.
- Ernst, A. & Füller, I. (1988). *Schlucken und Schweigen - Wie Arzneimittel Frauen zerstören können*. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Fisseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik (2. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Fritzsche, S. (1990). Die Sache mit den Tabletten. *Suchtreport*, 6, 4-11.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. & Scheller, R. (1998). Überprüfung der faktoriellen Struktur und der teststatistischen Eigenschaften des „Trierer Alkoholismusinventars“ (TAI). *Sucht*, 44, 34-41.
- Funke, W. (1997). Ein Mensch (er-)trinkt: Soziale Systeme mit Alkoholabhängigen. In K. Reschke, H. Petermann & M. Weyandt (Hrsg.), *Von der Technoparty zur Sucht? Aspekte der Prävention und Intervention von Sucht (S. 221-231)*. Regensburg: Roderer.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Grohmann, R., Poser, W., Schmidt, L.G. & Wolf, B. (1991). *Medikamenten-Mißbrauch und -Abhängigkeit bei psychiatrischen Patienten. Ergebnisse der AMÜP-Studie*. In H. Hippus, M. Ortner & E. Rüter (Hrsg.), *Psychiatrische Erkrankungen in der ärztlichen Praxis (S. 21-28)*. Berlin: Springer.
- Herrmann, J.M., Herdt, J., Franck, M. & Bischoff, P. (1997). Benzodiazepine - Indikationen und Kontraindikationen. In P. Buchheim (Hrsg.), *Psychotherapie und Psychopharmaka. Störungsorientierte Behandlungsansätze - kombinierte Therapie (S. 115-129)*. Stuttgart: Schattauer.
- Hollister, L.E., Müller-Oerlinghausen, B., Rickels, K. & Shader, R.I. (1993). Clinical uses of benzodiazepine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 155-169.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (1984). *Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM)*. Trier: Fachbereich I - Psychologie - der Universität Trier (unveröff. Fragebogen).

- Kovar, K.-A. (1992). Medikamente mit Mißbrauchs- und Abhängigkeitspotential: Einteilungen und Wirkungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Medikamentenabhängigkeit* (S. 59-67). Freiburg: Lambertus.
- Lieb, H. & Biermann, N. (1992). Sucht und Psychosomatik. *Medizin - Mensch - Gesellschaft*, 17, 53-60.
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1999). *NRW-Landesprogramm gegen Sucht*. Düsseldorf: Landesregierung Nordrhein-Westfalen.
- Phillips, K.-L. (1989). Chemical dependence treatment review guidelines. *General Hospital Psychiatry*, 11, 282-287.
- Portwich, P. (1998). Lorazepam - relevante Aspekte im Überblick. In A. Barocka (Hrsg.), *Psychopharmakotherapie in Klinik und Praxis* (S. 211-224). Stuttgart: Schattauer.
- Poser, W. (1987). Langzeituntersuchungen bei Medikamentenabhängigen. In D. Kleiner (Hrsg.), *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten* (S. 70-86). Berlin: Springer.
- Poser, W., Roscher, D. & Poser, S. (1991). *Ratgeber für Medikamentenabhängige*. Freiburg: Lambertus.
- Scheller, R. (1990). Co-Alkoholismus und berufliche Entscheidungsunfähigkeit. *Suchtgefahren*, 36, 357-369.
- Schulte, D. (1994). Vom zunehmenden Einfluß klassifikatorischer Diagnostik auf psychotherapeutische und psychodiagnostische Forschung und Praxis. *Diagnostica*, 40, 262-269.
- Wanberg, K.W., Horn, J.L. & Foster, F.M. (1977). A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol*, 38, 512-543.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Reinhold Scheller  
Fachbereich I - Psychologie  
Universität Trier  
D - 54286 TRIER

Fax: +49 - (0) 651-201 2059  
E-mail: [scheller@uni-trier.de](mailto:scheller@uni-trier.de)

**Trierer Psychologische Berichte**  
**Band 27, 2000**

SAILE, H. 2000. Fragebogen zur Erfassung von Kompetenzüberzeugungen und Selbstwertgefühl als Eltern (FKSE): Skalenkonstruktion und teststatistische Überprüfung. Trierer Psychologische Berichte 27, Heft 1.

SCHELLER, R. 2000. Die Parkinson-Krankheit im Überblick. Trierer Psychologische Berichte 27, Heft 2.