

Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM). Konzeption und erste Befunde*

Trier Inventory for Medical Drug Addicts. Conceptual Framework and First Results

Joachim Funke¹, Wilma Funke², Michael Klein³, Reinhold Scheller⁴

Eingereicht: 08.11.99

Angenommen: 04.12.00

Schlüsselwörter: Differenzialdiagnostik, Medikamentenabhängigkeit, Fragebogen, Polytoxikomanie

Key words: differential diagnosis, medical drug addiction, prescription drugs, questionnaire, polytoxicomania

Zusammenfassung

Mit dem Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM) wird ein psychometrisches Instrument zur Differenzialdiagnostik 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 Alkoholismusingventar (TAI; Funke, Funke, Klein und Scheller, 1987) ein multidimensionales Störungsmodell mit psychischen, somatischen und sozialen Komponenten, die für die differenzielle Indikationsstellung im Rahmen einer Behandlungsplanung bedeutsam sind. Es werden die Ergebnisse einer

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 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

* 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 (Beneker, 1995) vorgenommen wurden. Für die Überlassung der Daten bedanken wir uns herzlich bei den Geschäftsführern der Fachkliniken Bad Tönisstein und Thommener Höhe. Dank auch an zwei anonyme Gutachter sowie Dr. Gerhard Bühlinger für informative Rückmeldungen zu einer früheren Fassung des Manuskripts.

1 Psychologisches Institut der Universität Heidelberg

2 Kliniken Wied

3 Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Köln

4 Fachbereich I – Psychologie – der Universität Trier

faktorenanalytischen Skalenkonzeption sowie die im klassisch-teststatistischen Sinne ermittelten Skalennennwerte einer Stichprobe von N = 309 medikamentenabhängigen und polytoxikomanen PatientInnen mitgeteilt.

are based on data from N = 309 inpatients with drug addiction and polytoxicomania.

Einleitung

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 nicht abhängigkeitserzeugenden Stoffen (F55). Letztere umfassen als wichtige Untergruppen psychotroper Arzneimittel die Antidepressiva, Laxanzien (Abführmittel) sowie Analgetika.

Prototyp in der Diskussion um das Abhängigkeitspotenzial 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 und Bischoff, 1997; Portwich, 1998). Die Zahl der Personen mit Medikamentenmissbrauch oder -abhängigkeit wird in der Bundesrepublik Deutschland auf 1,2 Millionen geschätzt (Poser und Poser, 1996). Herrmann et al. (1997) berichten, 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. Als besonders gefährdet gelten Frauen und ältere Menschen (Glaeske, Günther und Keller, 1997). Nach der Verordnungshäufigkeit lassen sich 27,0% der Frauen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren und 28,9% im Alter von 70 Jahren und mehr als abhängigkeitsgefährdet ansehen (Remien, 1994). 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 differenziellen 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. Der differenzialdiagnostische Ansatz impliziert, dass sich anhand variabler Merkmale, die den Konsumstil, die Funktionalität und die Auswirkungen

des Medikamentengebrauchs betreffen, relevante therapeutische Aspekte beschreiben lassen. Dieser Vorstellung liegt ein multidimensionales Störungsmodell zugrunde, dessen Operationalisierung sich bereits als Basis des Trierer Alkoholismusinventars (TAI; Funke, Funke, Klein und Scheller, 1987) bewährt hat. Zunächst aber erfolgen einige Bemerkungen zum Krankheitsbild und über die allgemeine und differenzielle Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit.

Krankheitsbild und allgemeine Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit

Medikamentenabhängige weisen vielfältige und sehr verschiedene Krankheitsbilder auf (Poser, 1987; Poser und Poser, 1996). 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 ursprünglich eingenommen wurde. Das verstärkte Auftreten der Ursprungssymptome ist in der Regel durch zentrale Gegenregulation nach Missbrauch der Medikamente zu erklären.

Die Diagnose psychischer Auffälligkeiten 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 und Wolf, 1991; Kovar, 1992). Bei Medikamentenabhängigen werden zahlreiche komorbide Risiken berichtet. So tritt Medikamentenabhängigkeit gehäuft zusammen mit Angst- und Zwangsstörungen, Depressionen, chronischen Schmerzkrankungen, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen auf (Poser und Poser, 1996). Bei unipolarer Depression wird zum Beispiel eine komorbide Quote für Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit von 5,7% berichtet (Eberhardt, 1990). Vor allem für Persönlichkeitsstörungen des ängstlichen Typus lassen sich erhöhte Zahlen für Medikamentenabhängigkeit feststellen (Poser und Poser, 1996). Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung treten komorbid Substanzab-

hängigkeiten so häufig auf, dass diese als diagnostisches Merkmal der Störung anzusehen sind (Fiedler, 1999). 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 schleicher (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 und Shader, 1993; Lieb und 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 (Abfalg, 1999; Funke, 1997; Klein, 2000; 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 wiederholt versuchten Selbstentzug, andererseits gleichgültig, ambivalent und urteilslos, seditiert 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 ist 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, erfüllt aber nicht die Anforderungen an ein psychometrisch entwickeltes und überprüfbares 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 und Schmidt, 1999). Die Schwierigkeit einer Fremdeinschätzung wird auch in den neueren Übersichten zur Psychopharmakotherapie hervorgehoben (Barocka, 1998; Buchheim, 1997).

Differenzielle Diagnostik der Medikamentenabhängigkeit

Neben den bereits genannten Checklisten, deren psychometrische Qualität nicht befriedigt und die auch nicht den Anspruch differenzieller Diagnostik erheben, liegen nur wenig Testinstrumente vor, die differenzialdiagnostische Aussagen auf testtheoretisch akzeptablem Niveau gestatten. Im Folgenden werden der deutschsprachige »Basler Drogen- und Alkoholfragebogen« (BDA; Ladewig, Graw, Miest, Hobi und Schwarz, 1976), der englischsprachige »Benzodiazepine Dependence Questionnaire« (BDEPQ; Baillie und Mattick, 1996) sowie der dem BDEPQ sehr ähnliche niederländische »Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire« (Bendep-SRQ; Kan, Breteker, Timmermans, van der Ven und Zitman, 1999) kurz vorgestellt.¹

Der »Basler Drogen- und Alkoholfragebogen« (BDA) umfasst 59 Items, mit denen der pathologi-

sche Grad von Drogen- und/oder Alkoholabhängigkeit abgeschätzt werden kann. Auf drei Faktoren (negatives Selbstkonzept; Selbstkontrolle; süchtiges Krankheitsverhalten) lassen sich die Selbstangaben der PatientInnen hinsichtlich des Schweregrades einstuft. Die psychometrischen Befunde zu diesem Verfahren sind zufriedenstellend. – Der »Benzodiazepine Dependence Questionnaire« (BDEPQ) besteht aus 34 Items zur Benzodiazepinabhängigkeit, die sich auf drei Faktoren (Symptome; positive Gefühle; Abhängigkeit) beziehen. Die psychometrischen Eigenschaften des Fragebogens erweisen sich als akzeptabel. – Der »Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire« (Bendep-SRQ) erfasst mit 40 Items auch die spezielle Abhängigkeit von Benzodiazepinen und ordnet die Selbstangaben der PatientInnen vier Skalen (problematischer Gebrauch; Zerstretheit; mangelnde Folgsamkeit; Rückzug) zu, deren teststatistische Kennwerte ebenfalls zufriedenstellen.

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 lässt sich auf ein den klassischen Testgütekriterien genügendes objektives Testverfahren zurückgreifen, das für die Indikation psychotherapeutischer Maßnahmen relevante Informationen über Ausprägung, Art und Modifikationsmöglichkeiten der Medikamentenabhängigkeit im Einzelfall liefert. Das von uns für Personen mit auffälligem Medikamentenkonsum entwickelte Testverfahren soll dazu beitragen, dieser Zielsetzung gerecht zu werden. Ist im Rahmen einer Screening-Diagnostik (z. B. aufgrund eines klinischen Eindrucks und unter Zugrundelegung der Diagnosekriterien der ICD-10 oder daraus ableitbarer Checklisten) die Hypothese einer Medikamentenabhängigkeit oder eines gravierenden Missbrauchs bestätigt, stellt sich die Frage des therapeutischen Zugangs. Die Planung entsprechender Interventionen erfordert die Zusammenschau unterschiedlicher diagnostischer Aspekte, so

¹ Eine Übersetzung und Anpassung der beiden Tests BDEPQ und Bendep-SRQ an deutsche Gegebenheiten ist uns nicht bekannt.

auch die Bewertung des eigenen suchtbezogenen Verhaltens durch die PatientInnen selbst. Das hier vorgestellte Testinventar trägt dem letztgenannten Aspekt Rechnung.

Methoden

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 erfolgen jedoch die Darstellung des Inventars sowie die Beschreibung der untersuchten Stichprobe.

Beschreibung des TIM

Das TIM (Klein, Funke, Funke und 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 und Scheller, 1987, 1998) zugrunde liegt.

Hintergrund des TIM: Das multidimensionale Modell der Alkoholauffälligkeit von Wanberg und Mitarbeiter

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

riablen, (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.

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 PatientInnen in symptomnaher Form möglich. Der Vorteil des Instruments besteht darin, dass sich die PatientInnen selbst beschreiben bzw. bewerten und auf diese Weise den Behandelnden sowohl Einblick in ihre Symptomatik als auch in die Funktionalität des Medikamentenkonsums gewähren. Auch wenn die ermittelten Testergebnisse kein objektives Bild der Störung zeichnen, lassen sich die subjektiven Informationen für den therapeutischen Prozess nutzbar machen. So kann sich personbezogene Intervention an Inhalten orientieren, die von den PatientInnen selbst angeboten werden. In den anschließend berichteten Analysen steht zunächst die Frage nach der Dimensionalität des Fragebogens im Mittelpunkt.

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 ersetzt 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.

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. Die 309 PatientInnen stellen eine echte Zufallsstichprobe aus mehreren Fachkliniken dar, deren Erhebung sich über mehrere Jahre erstreckte. Außer dem bereits genannten Kriterium der Primärdiagnose wurden keine zusätzlichen Ein- oder Ausschlusskri-

terien formuliert. Es handelt sich daher um eine Probendengruppe, wie man sie typischerweise zu Beginn einer stationären Entwöhnungsbehandlung vorfindet. Die PatientInnen sind über Screening oder klinisches Urteil bereits vor ihrer Einweisung in die Fachklinik als medikamentenabhängig oder behandlungsbedürftig missbrauchend identifiziert. Ihre klinische und soziale Auffälligkeit zieht die Notwendigkeit einer Therapie und die Überweisung in ein entsprechendes Behandlungssetting nach sich.

Die 309 Personen umfassende Analysestichprobe besteht aus 169 Frauen (55%) und 140 Männern (45%). 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.

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 1 aufgeführt.

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.

Tabelle 1: Angaben über häufig eingenommene Medikamente gemäß ICD-10.

Medikamentengruppe ^a	Nennungen in Prozent ^b
Opioide (F11)	
Analgetika (Morphinmischung)	20%
illegale Drogen des Opioidtyps	3%
Sedativa oder Hypnotika (F13)	
Tranquilizer (Benzodiazepine)	54%
Barbiturate und barbituratähnliche Präparate	38%
Sonstige Stimulanzien einschließlich Koffein (F15)	
Analgetika (Koffeinmischung)	8%
andere Psychostimulanzien	3%
Nicht abhängigkeitserzeugende Substanzen (F55)	
Antidepressiva	17%
Analgetika (Acetylsalicylsäure)	7%

Anmerkung: ^a Analog zu F1 »Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen« des ICD-10 Kapitel V (F).

^b Mehrfachnennungen möglich.

Ergebnisse

Dimensionale Struktur des TIM

Über die 81 Items des TIM (ohne die 13 Partnerschaftsfragen) wurde mittels SPSS eine Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimax-Rotation (nach 11 Iterationen konvergiert) durchgeführt (N = 309). Das Maß der Stichprobeneignung («sampling adequacy») nach Kaiser-Meyer-Olkin beträgt 0.93 und weist damit einen akzeptablen Wert auf.

Die Auswahl der Faktorenanzahl orientiert sich normalerweise an den Eigenwerten der ermittelten Faktoren. Im vorliegenden Fall besitzen 15 Faktoren einen Eigenwert größer Eins. Den Verlauf der Eigenwerte («scree plot») zeigt Abbildung 1. Wie Floyd und Widaman (1995) ausführen, reicht die visuelle Inspektion dieses Verlaufs gewöhnlich zur Bestimmung möglicher Lösungen aus.

Nach dem Scree-Test (Bortz, 1993) kämen eine 5- und eine 7-Faktorenlösung in Frage. Aus forschungsökonomischen Überlegungen und 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 bewährten 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 Abschluss.

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 (nach 3 Iterationen konvergiert) 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 Partner-

schaftsitems auf. Die Stichprobeneignung ist auch hier akzeptabel, beträgt doch der nach Kaiser-Meyer-Olkin bestimmte Kennwert 0.92.

Die aufgrund der geschilderten Vorgehensweise ermittelte faktorielle Grundstruktur des TIM sowie die Zuordnung der Items zu den Faktoren sind in Tabelle 2 dargestellt. Die vollständigen Itemtexte sowie die Ladungen auf dem jeweiligen Faktor finden sich in den im Anhang abgedruckten Tabellen A1 bis A7.²

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 sozialen 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 und sich dadurch Wirkungen überlagern oder kumulieren. 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 Be-

² 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/jft/tim.htm>

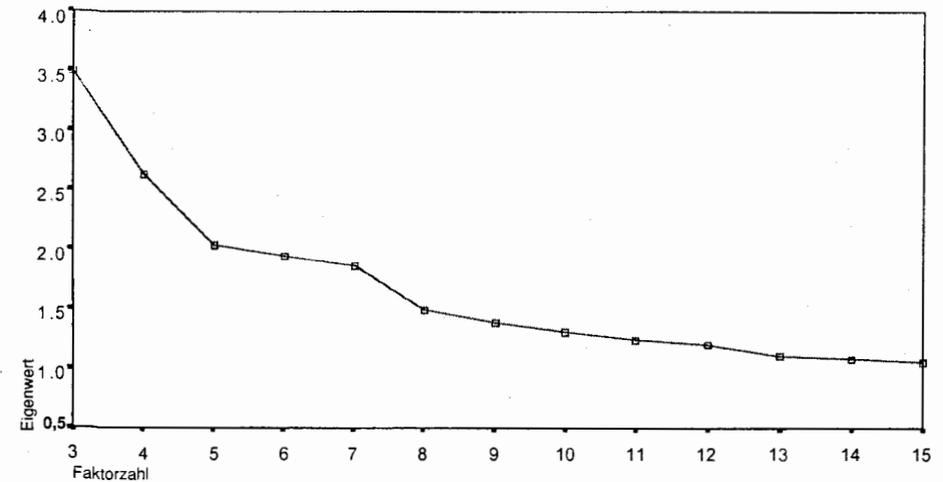


Abbildung 1: Verlauf der 15 Eigenwerte größer Eins (die Eigenwerte der ersten beiden Faktoren – 22.48 bzw. 8.64 – bleiben unberücksichtigt, um die Sprünge besser sichtbar zu machen).

reich («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 könnten 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 («Kontrollverlust») und

Tabelle 2: 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

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 nahezu 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 selbst nach der Varimax-Rotation nicht abbildet. Klären ließe sich dieses Dilemma durch die Bildung eines Gesamtwerts »Partneraspekte 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.

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 be-

schreibt 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 3. Neben allgemeinen Angaben zu den sieben TIM-Skalen

werden deren durchschnittliche Trennschärfe- und Schwierigkeitsindizes sowie deren Reliabilitätskoeffizienten mitgeteilt.

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 gut für individualdiagnostische Aussagen eignen.

Diskussion

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 weder den Daten noch der angestrebten differenziellen Aussagefähigkeit gerecht. Besonders vor dem Hintergrund der Zielsetzung, differenzialdiagnostische Information für die Behandlungsplanung medikamentenabhängiger PatientInnen im psychotherapeutischen oder rehabilitativen Kontext zu nutzen, stellt die 5-Faktorenlösung klinisch bedeutsame Erkenntnisse zur Verfügung. Das ermittelte Faktorenprofil liefert Hinweise auf die Schwerpunkte der Medikamentenabhängigkeit aus Sicht der PatientInnen.

So lassen sich therapeutische Interventionen danach ausrichten, ob PatientInnen einen eher hohen Leidensdruck aufgrund ausgeprägter negativer Folgen des Medikamentenkonsums (TIM 1) verspüren und bereits deutliche Einsicht in den süchtig-auffälligen Konsumstil (TIM 3) zeigen. Ein anderes Vorgehen wird man wählen bei PatientInnen mit hoher subjektiv empfundener Funktionalität des Konsums (TIM 2 und/oder TIM 4) und geringer ausgeprägtem Bewusstsein für die negativen Konsequenzen des Medikamentenmissbrauchs. Eine anfängliche Fokussierung auf die negativen Folgen fortgesetzten Konsums sollte die Veränderungsbereitschaft dieser PatientInnen aktivieren. Frühere gescheiterte Absetzversuche und polyvalenter Substanzgebrauch (TIM 5) können sowohl auf mangelnde Kompetenz bezüglich Abstinenz- bzw. Reduktionsfähigkeit des Konsums als auch auf die Notwendigkeit einer Motivationsstabilisierung und der Bearbeitung von Misserfolgserwartung bzw. Hilflosigkeit hinweisen.

Selbstverständlich ist in Folgestudien zu prüfen, ob die von uns präferierte 5-Faktorenlösung über die in der vorliegenden Untersuchung verwendete Stichprobe hinaus generalisierbar ist. Die Klärung dieser Frage bedarf weiterer Datenerhebungen mit entsprechenden Auswertungen.

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

Tabelle 3: 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
<i>Allgemeine Kennwerte</i>							
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
<i>Itemkennwerte</i>							
Trennschärfe ^a	.63	.61	.59	.50	.35	.78	.73
Schwierigkeit ^b	.49	.58	.59	.63	.62	.40	.48
<i>Reliabilität</i>							
Cronbachs Alpha	.95	.92	.93	.82	.63	.94	.81

Anmerkung: ^a Durchschnittliche part-whole-korrigierte Trennschärfe der Items.

^b Durchschnittliche Schwierigkeit der Items.

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.
- Baillie, A. J. and Mattick, R. P. (1996). The Benzodiazepine Dependence Questionnaire: Development, reliability and validity. *British Journal of Psychiatry*, 169, 276–281.
- 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*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Psychologisches Institut der Universität Bonn.
- 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. und Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1999). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Eberhardt, G. (1990). *Missbrauch und Abhängigkeit von Medikamenten und Alkohol bei Patienten mit monopolarer endogener Depression*. Unveröffentlichte Dissertation, Medizinische Fakultät der Universität Göttingen.
- Ernst, A. und Füller, I. (1988). *Schlucken und Schweigen – Wie Arzneimittel Frauen zerstören können*. Köln: Kiepenheuer und Witsch.
- Fiedler, P. (1999). *Dissoziative Störungen und Konversion*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Fissseni, H.-J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Floyd, F. J. and Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286–299.
- Fritzschke, S. (1990). Die Sache mit den Tabletten. *Sucht-report*, 6, 4–11.
- Funke, J., Funke, W., Klein, M. und 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 und 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. und Scheller, R. (1987). *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Glaeske, G., Günther, J. und Keller, S. (1997). *Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen*. München: Kunstmann.
- Grohmann, R., Poser, W., Schmidt, L. G. und Wolf, B. (1991). Medikamenten-Missbrauch und -Abhängigkeit bei psychiatrischen Patienten. Ergebnisse der AMÜP-Studie. In H. Hippus, M. Ortner und E. Rütger (Hrsg.), *Psychiatrische Erkrankungen in der ärztlichen Praxis* (S. 21–28). Berlin: Springer.
- Herrmann, J., Herdt, J., Franck, M. und 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. and Shader, R. I. (1993). Clinical uses of benzodiazepine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 155–169.
- Kan, C. C., Breteler, M. H. M., Timmermans, E. A. Y., van der Ven, A. H. G. S. and Zitman, F. G. (1999). Scalability, reliability, and validity of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 283–291.
- Klein, M. (2000). Alkohol und Familie: Forschung und Forschungslücken. In G. Kruse, J. Körkel und U. Schmalz, *Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln* (S. 139–158). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W. und Scheller, R. (1984). *Trierer Inventar für Medikamentenabhängige (TIM)*. Trier: Fachbereich I – Psychologie – der Universität Trier (unveröff. Fragebogen).
- Kovar, K.-A. (1992). Medikamenten mit Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential: Einteilungen und Wirkungen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Medikamentenabhängigkeit* (S. 59–67). Freiburg: Lambertus.
- Ladewig, D., Graw, P., Miest, P.-C., Hobi, V. und Schwarz, E. (1976). Basler Drogen- und Alkoholfragebogen (BDA). Erste Erfahrungen bei der Konstruktion eines Testinstruments zur Abschätzung des Abhängigkeitsgrades von Drogen- und/oder Alkoholkonsumenten. *Pharmacopsychiatry*, 9, 305–312.
- Lieb, H. und 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. und Poser, S. (1996). *Medikamente – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Verlauf – Behandlung*. Stuttgart: Thieme.
- Poser, W., Roscher, D. und Poser, S. (1991). *Ratgeber für Medikamentenabhängige*. Freiburg: Lambertus.
- Remien, J. (1994). *Bestimmung der Arzneimittelabhängigkeit durch eine quantitative Analyse des individuellen Verbrauchs aller ärztlich verordneten Arzneimittel*. Bergisch Gladbach: IKK-Bundesverband.
- Scheller, R. (1990). Co-Alkoholismus und berufliche Entscheidungsfähigkeit. *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. and 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.

Korrespondenzanschrift

Prof. Dr. Joachim Funke
Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstr. 47–51
D-69117 Heidelberg
Tel. 06221/54 73 05, -73 88
Fax 06221/54 72 73
E-Mail: Joachim.Funke@urz.uni-heidelberg.de

Anhang

A1 Die 26 Items der Skala I: »Negative Folgen des Konsums« (TIM I) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309).

Nr.	Itemtext	Ladung
09	Erlebten Sie Zustände wie in einem Delir?	0.70
11	Wurden Sie nach Medikamenteneinnahme aggressiv oder ausfallend?	0.79
12	Hatten Sie nach vermehrter Medikamenteneinnahme körperliche Beschwerden?	0.60
13	Verloren Sie unter Medikamenteneinfluss die Kontrolle über Ihr Verhalten?	0.69
14	Kam es vor, dass Sie die Wirkung von Medikamenten zu spüren glaubten, ohne etwas genommen zu haben?	0.79
15	Hatten Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums Gedächtnislücken, ohne dass Sie zwischenzeitlich bewusstlos waren?	0.65
18	Hat sich Ihr Lebensstil wegen Ihres Medikamentenkonsums zum Schlechten hin verändert?	0.47
21	Sahen Sie Dinge, die in Wirklichkeit nicht da waren?	0.81
24	Haben Sie mehrere Präparate mit ähnlicher Wirkung zur gleichen Zeit eingenommen (z. B. verschiedene Beruhigungsmittel)?	0.42
25	Haben Sie mehrere Präparate mit unterschiedlicher Wirkung zur gleichen Zeit eingenommen (z. B. Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?	0.60

A1 Die 26 Items der Skala 1: »Negative Folgen des Konsums« (TIM 1) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309). (Fortsetzung)

Nr.	Itemtext	Ladung
29	Haben Sie Medikamente eingenommen, die Aufputzmittel enthielten?	0.54
30	Haben Sie Medikamente eingenommen, um sich abzureagieren?	0.45
31	Haben Sie sich auf Umwegen verschreibungspflichtige Medikamente verschafft?	0.54
33	Kam es nach Medikamenteneinnahme zu Krampfanfällen?	0.81
35	Reagierten Sie launisch, wenn Sie unter Medikamenteneinfluss standen?	0.58
37	Haben Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums Ihre Arbeit vernachlässigt?	0.64
39	Hörten Sie Geräusche, die in Wirklichkeit nicht da waren?	0.80
40	Haben Sie es anderen übel genommen, wenn diese über Ihren Medikamentenkonsum sprachen?	0.40
44	Sind Sie wegen übermäßigen Medikamentenkonsums ohnmächtig geworden?	0.75
46	Waren Sie unter Medikamenteneinfluss leicht reizbar?	0.55
48	Fanden Sie unter Medikamenteneinfluss leichter Kontakt zu Personen des anderen Geschlechts?	0.56
49	Hatten Sie seltsame oder beängstigende Empfindungen unter Medikamenteneinfluss?	0.62
53	Empfanden Sie auf der Haut ein Krabbeln von Käfern oder anderen Tieren, die in Wirklichkeit nicht da waren?	0.73
63	Haben Sie daran gedacht, sich mit Medikamenten das Leben zu nehmen?	0.48
65	Haben Sie mehrere Ärzte aufgesucht, um genügend Medikamente zu bekommen?	0.59
67	Sind Ihnen schon während Ihrer Schulzeit Medikamente verschrieben worden?	0.59

A2 Die 18 Items der Skala 2: »Positive Folgen und Funktionalität des Konsums« (TIM 2) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309).

Nr.	Itemtext	Ladung
10	Fühlten Sie sich nach Medikamenteneinnahme glücklicher?	0.58
16	Hielten Sie Ihren Medikamentenspiegel während des Tages auf einer gewissen Höhe?	0.50
23	Fühlten Sie sich unter Medikamenteneinfluss eher in der Lage, Ihre Ansichten und Überzeugungen auszudrücken?	0.65
41	Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ihre Schüchternheit zu überwinden?	0.56
42	Waren Sie einfallsreicher, wenn Sie Medikamente eingenommen hatten?	0.66
47	Verhalf Ihnen Ihr Medikamentenkonsum zu dem Gefühl, höhere Ziele erreichen zu können?	0.61
50	Halfen Ihnen Medikamente, sich konzentrieren zu können?	0.64
52	Hatten Sie das Gefühl, ohne Medikamente nur noch eingeschränkt handlungsfähig zu sein?	0.44
54	Halfen Ihnen Medikamente, mit anderen Leuten locker umzugehen?	0.68
56	Halfen Ihnen Medikamente, Minderwertigkeitsgefühle zu unterdrücken?	0.60
57	Halfen Ihnen Medikamente, höchste Leistungsfähigkeit zu erzielen?	0.68
58	Zitterten Sie, wenn die Wirkung der Medikamente nachließ (z. B. Zittern der Hände oder inneres Zittern)?	0.36
60	Waren Sie unter Medikamenteneinfluss durchsetzungsfähiger?	0.71

A2 Die 18 Items der Skala 2: »Positive Folgen und Funktionalität des Konsums« (TIM 2) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309). (Fortsetzung)

Nr.	Itemtext	Ladung
64	Haben Sie Medikamente eingenommen, um belastende Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Stress usw. ertragen zu können?	0.51
74	Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ihre Leistungsfähigkeit zu steigern?	0.60
77	Fühlten Sie sich ohne Medikamente lebensunfähig?	0.49
80	Litten Sie ohne Medikamente unter verstärkten Angstgefühlen?	0.48
81	Fühlten Sie sich ohne die Wirkung von Medikamenten einsam und verlassen?	0.51

A3 Die 21 Items der Skala 3: »Süchtig-auffälliger Konsum« (TIM 3) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309).

Nr.	Itemtext	Ladung
02	Zogen Sie sich unter Medikamenteneinfluss von der Außenwelt zurück?	0.46
04	Verschlechterte sich nach Medikamenteneinnahme Ihr Denkvermögen?	0.61
05	Haben Sie Medikamente genommen, um Ihre Stimmung zu verändern (z. B. bei Langeweile, Ärger oder Niedergeschlagenheit)?	0.49
06	Haben Sie Schlafmittel auf chemischer Basis zu sich genommen?	0.49
07	Haben Sie Beruhigungsmittel eingenommen, um sich zu entspannen?	0.58
08	Hat Ihr Medikamentenkonsum Ihrer Familie oder Ihren Freunden Probleme bereitet?	0.50
17	Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ärger oder Verstimmungen zu vergessen?	0.54
19	Kreisten Ihre Gedanken um Medikamente und deren Einnahme?	0.51
20	Schwankten Sie zwischen Zeiten übermäßigen Glücksgefühls und Zeiten totaler Verzweiflung?	0.60
26	Haben Sie von einem Medikament mehr als die verordnete Dosis genommen?	0.53
27	Haben Sie Medikamente eingenommen, um von allem abzuschalten?	0.61
28	Waren Sie nach einer Zeit gesteigerten Medikamentenkonsums sehr bedrückt und niedergeschlagen?	0.67
32	Wurde Ihr Medikamentenkonsum von Ihrer Umwelt (Partner, Kinder, Kollegen) als ungewöhnlich empfunden?	0.51
34	Führten Sie Entschuldigungen an oder haben Sie gelogen, um Ihren Medikamentenkonsum zu verheimlichen?	0.49
36	Hatten Sie vage, unbestimmte Ängste nach einer Zeit starken Medikamentenkonsums?	0.47
38	Hatten Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse wegen Ihres Medikamentenkonsums?	0.39
43	Haben Sie in bestimmten Situationen Ihre übliche Dosis überschritten?	0.46
45	Haben Sie Medikamente eingenommen, um besser schlafen zu können?	0.50
68	Nahmen Sie mehr Medikamente zu sich als Sie sich vorgenommen hatten?	0.47
69	Haben Sie Medikamente genommen, um nicht depressiv zu werden?	0.45
71	Haben Sie nach der Einnahme eines Medikaments den Wunsch verspürt, noch mehr zu sich zu nehmen?	0.43

A4 Die 10 Items der Skala 4: »Medikamente als Lebenshilfe« (TIM 4) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309).

Nr.	Itemtext	Ladung
01	Haben Sie täglich zustandsverändernde Medikamente (Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- oder Aufputschmittel) eingenommen?	0.50
03	Haben Sie während der Arbeitszeit Medikamente zu sich genommen?	0.66
51	Haben Sie sich zusätzlich zu ärztlich verordneten Medikamenten mit freiverkäuflichen Medikamenten versorgt?	0.30
59	Sorgten Sie für einen Vorrat an Medikamenten?	0.61
62	Hatten Sie Angst, ohne Medikamente nicht mehr leben zu können?	0.49
70	Haben Sie erlebt, dass ein Medikament nicht mehr in der gewohnten Weise wirkte?	0.48
75	Haben Sie Medikamente eingenommen, um Schmerzen zu lindern?	0.56
76	Konnten Sie unter Medikamenteneinfluss die weitere Einnahme zustandsverändernder Mittel kontrollieren?	0.35
78	Nahmen Sie Medikamente, um überhaupt arbeiten zu können?	0.60
79	Fühlten Sie sich angespannt oder verkrampft, bevor Sie Medikamente zu sich nahmen?	0.48

A5 Die 6 Items der Skala 5: »Absetzversuche und polyvalenter Konsum« (TIM 5) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 309).

Nr.	Itemtext	Ladung
22	Wie lange waren normalerweise Ihre Pausen zwischen Medikamenteneinnahmen?	-0.52
55	Haben Sie normalerweise täglich Medikamente eingenommen?	0.50
61	Haben Sie gleichzeitig Alkohol und Medikamente zu sich genommen?	0.40
66	Haben Sie versucht, zeitweise ohne Medikamente zu leben?	0.57
72	Haben Sie Alkohol durch Medikamente ersetzt?	0.51
73	Haben Sie Medikamente durch Alkohol ersetzt?	0.54

A6 Die 9 Items der Skala 6: »Partnerschaftsfaktor 1« (TIM 6) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 221).

Nr.	Itemtext	Ladung
84	Zog sich Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums von Ihnen zurück?	0.79
85	Waren Veränderungen bei Ihrem Partner verantwortlich für Ihren Medikamentenkonsum?	0.80
87	Hat Untreue Ihres Partners zu Ihrem Medikamentenkonsum beigetragen?	0.82
88	Haben Sie sich mit Ihrem Partner gestritten oder beleidigt Sie ihn, wenn Sie Medikamente einnahmen?	0.78
89	War zu aufmerksames Verhalten Ihres Partners gegenüber Personen des anderen Geschlechts Auslöser für Ihren Medikamentenkonsum?	0.82
91	Führte Eifersucht in Ihrer Partnerschaft zu Ihrem Medikamentenkonsum?	0.86
92	Hat Ihr Medikamentenkonsum zu Eifersucht in Ihrer Partnerschaft beigetragen?	0.80
93	Glauben Sie, dass Partnerprobleme Ihren Medikamentenkonsum verursacht haben?	0.79
94	Drohte Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums mit Trennung oder Scheidung?	0.84

A7 Die 4 Items der Skala 7: »Partnerschaftsfaktor 2« (TIM 7) und ihre jeweilige Ladung auf dem varimax-rotierten Faktor (N = 221).

Nr.	Itemtext	Ladung
82	Hat Ihr Medikamentenkonsum zu Partnerschwierigkeiten beigetragen?	0.83
83	Hatten Sie vor Beginn Ihres Medikamentenkonsums Schwierigkeiten mit Ihrem Partner?	0.55
86	Reagierten Sie verärgert, wenn Ihr Partner Bemerkungen über Ihren Medikamentenkonsum machte?	0.82
90	Nörgelte Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums an Ihnen herum?	0.79