

## Testverfahren aus dem Elektronischen Testarchiv

Liebe Nutzerinnen und liebe Nutzer,

wir freuen uns, dass Sie unsere Dienste in Anspruch nehmen!

Das Elektronische Testarchiv des ZPID stellt Ihnen eine kostenfreie Sammlung von psychologischen Testverfahren aus dem deutschen Sprachraum bereit, die urheberrechtlich geschützt sind und unter der Creative Commons Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 verwendet werden können. Sie sollen ausschließlich der Forschung und Lehre vorbehalten sein. Mit der Nutzung des Testarchivs stimmen Sie der Lizenzverpflichtung zu.

Wir möchten Sie als Nutzer eines hier heruntergeladenen Verfahrens bitten, dem Testautor/den Testautoren Rückmeldungen (siehe letzte Seite: Rückmeldeformular) zum Einsatz des Verfahrens und zu den damit erzielten Ergebnissen zu liefern. Die Anschriften finden Sie in der jeweiligen Testbeschreibung, die mit einer PSYNDEX-Tests Dokumentennummer versehen ist. Die Testbeschreibung können Sie auf unserer Seite <https://www.zpid.de/Testarchiv> herunterladen.

Falls nur Teile eines Instruments verwendet werden, sind die entsprechenden Einschränkungen hinsichtlich der Gütekriterien im Vergleich zum Einsatz des vollständigen Verfahrens zu beachten.

Viel Erfolg!

Ihr ZPID-Team

## TRIERER INVENTAR FÜR MEDIKAMENTENABHÄNGIGE

T – I – M

Michael KLEIN, Joachim FUNKE, Wilma FUNKE und Reinhold SCHELLER

© 1984 bei den Autoren

### Anleitung

Dieses Testheft enthält eine Anzahl von Fragen zum Medikamentenkonsum. Bitte beantworten Sie alle Fragen so sorgfältig wie möglich. Ihre persönlichen Daten und Ihre Antworten unterliegen dem Datenschutz und werden daher dritten Personen gegenüber streng vertraulich behandelt. Zu Auswertungszwecken werden die Daten ohne Namen und Adresse gespeichert.

#### Anweisungen für das Ausfüllen des Testheftes in Kürze

1. Füllen Sie bitte zuerst die Fragen zu Ihrer Person auf der ersten Seite des Fragebogens aus. Diese Seite wird später abgetrennt und unter strengem Verschuß gehalten.
2. Lesen Sie dann bitte jede einzelne Frage des Fragebogens und alle verschiedenen dazugehörigen Antwortmöglichkeiten genau durch, bevor Sie Ihre Antwort ankreuzen. Wählen Sie diejenige Antwort aus, die **am ehesten** auf Sie zutrifft.
3. Das Wort „**Medikamentenkonsum**“ in einer Frage bedeutet hier stets „das Einnehmen **zustandsverändernder Medikamente** (Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- oder Aufputzmittel)“.
4. Lassen Sie sich für die Beantwortung soviel Zeit wie nötig. Arbeiten Sie trotzdem zügig und versuchen Sie, sobald wie möglich fertig zu sein.

Es folgt nun ein **Beispiel**, das die Art der Fragen und die Antwortmöglichkeiten illustriert.

Frage Nr. 21 in diesem Fragebogen könnte zum Beispiel sein:

21. Ist es vorgekommen, daß Sie morgens Medikamente eingenommen haben?

oft    manchmal    selten    nie

Sie sollten die **eine** Antwort auswählen und ankreuzen, die **am ehesten** auf Ihr Verhalten („morgens Medikamente einnehmen“) zutrifft.

Falls die für Sie zutreffende Antwort „oft“ ist, kreuzen Sie bitte das Kästchen links neben der Antwortmöglichkeit „oft“ an. Sollte für Sie jedoch eine der drei verbleibenden Antwortkategorien eher in Frage kommen, so markieren Sie bitte jene Kategorie, die Ihr Verhalten am besten charakterisiert („manchmal“, „selten“ **oder** „nie“).

Ab und zu wird Ihnen die Entscheidung für eine Antwortmöglichkeit nicht leicht fallen, da keine der zur Verfügung stehenden Kategorien genau paßt. Wenn etwa im obigen Beispiel jemand der Meinung ist, daß er hin und wieder morgens Medikamente genommen hat, so sollte er die Antwortmöglichkeit „manchmal“ ankreuzen, weil diese sein Verhalten am ehesten kennzeichnet.

**Die Fragen beziehen sich in der Regel auf die letzten Monate Ihres Medikamentenkonsums.**

Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Untersuchungsleiter. Ansonsten blättern Sie bitte um und fangen an.

**Angaben zur Person:**

Geschlecht:  männlich  
 weiblich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Testdatum: \_\_\_\_\_

Wie lebten Sie zuletzt? (Prüfen Sie bitte **jede** Antwortmöglichkeit, da **nur bei dieser Frage mehreres auf Sie** zutreffen kann.)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> allein                           | <input type="checkbox"/> mit Geschwister(n)     |
| <input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner ohne Kind      | <input type="checkbox"/> mit anderen Verwandten |
| <input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner und Kind(ern)  | <input type="checkbox"/> in Wohngemeinschaft    |
| <input type="checkbox"/> ohne (Ehe-)Partner mit Kind(ern) | <input type="checkbox"/> im Heim                |
| <input type="checkbox"/> mit Eltern oder Elternteil       |   |

Schulabschluß:

- ohne Abschluß
- Sonderschule
- Hauptschule
- Realschule/Handelsschule
- Gymnasium/Fachoberschule
- Universität/Fachhochschule

**Welche Präparate haben Sie am häufigsten eingenommen?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Datum des letzten Entzugs (Monat, Jahr): \_\_\_\_\_

Anzahl der Entzüge mit ärztlicher Hilfe in den letzten fünf Jahren: \_\_\_\_\_ Entzüge

Anzahl der bisherigen Therapieaufenthalte (Krankenhaus, Fachklinik usw.) wegen Suchtproblemen:

\_\_\_\_\_ Therapieaufenthalte  
davon abgebrochen \_\_\_\_\_ Therapieaufenthalte

Seit wieviel Jahren haben Sie den Eindruck, daß Sie Ihren Medikamentenkonsum nicht mehr kontrollieren können?

seit \_\_\_\_\_ Jahr(en)

Wie kam es zu Ihrem jetzigen Aufenthalt? (Nur für Patienten in stationärer Behandlung)

- auf Anraten (von Arzt, Familie, Freunden usw.)
- auf Druck (von Arzt, Familie, Freunden usw.)
- auf Beschluß einer einweisenden Stelle

Gab es ein bestimmtes Ereignis in Ihrem Leben, das mit dem Beginn Ihres übermäßigen Medikamentenkonsums verknüpft ist?

- nein
- ja, nämlich \_\_\_\_\_

1. Haben Sie täglich zustandsverändernde Medikamente (Beruhigungs-, Schlaf-, Schmerz- oder Aufputzmittel) eingenommen?  
 oft  manchmal  selten  nie
2. Zogen Sie sich unter Medikamenteneinfluß von der Außenwelt zurück?  
 oft  manchmal  selten  nie
3. Haben Sie während der Arbeitszeit Medikamente zu sich genommen?  
 oft  manchmal  selten  nie
4. Verschlechterte sich nach Medikamenteneinnahme Ihr Denkvermögen?  
 oft  manchmal  selten  nie
5. Haben Sie Medikamente genommen, um Ihre Stimmung zu verändern (z.B. bei Langeweile, Ärger oder Niedergeschlagenheit)?  
 oft  manchmal  selten  nie
6. Haben Sie Schlafmittel auf chemischer Basis zu sich genommen?  
 oft  manchmal  selten  nie
7. Haben Sie Beruhigungsmittel eingenommen, um sich zu entspannen?  
 oft  manchmal  selten  nie
8. Hat Ihr Medikamentenkonsum Ihrer Familie oder Ihren Freunden Probleme bereitet?  
 oft  manchmal  selten  nie
9. Erlebten Sie Zustände wie in einem Delir?  
 oft  manchmal  selten  nie
10. Fühlten Sie sich nach Medikamenteneinnahme glücklicher?  
 oft  manchmal  selten  nie
11. Wurden Sie nach Medikamenteneinnahme aggressiv oder ausfallend?  
 oft  manchmal  selten  nie
12. Hatten Sie nach vermehrter Medikamenteneinnahme körperliche Beschwerden?  
 oft  manchmal  selten  nie
13. Verloren Sie unter Medikamenteneinfluß die Kontrolle über Ihr Verhalten?  
 oft  manchmal  selten  nie
14. Kam es vor, daß Sie die Wirkung von Medikamenten zu spüren glaubten, ohne etwas genommen zu haben?  
 oft  manchmal  selten  nie
15. Hatten Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums Gedächtnislücken, ohne daß Sie zwischenzeitlich bewußtlos waren?  
 oft  manchmal  selten  nie

16. Hielten Sie Ihren Medikamentenspiegel während des Tages auf einer gewissen Höhe?

- oft  manchmal  selten  nie

17. Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ärger oder Verstimmungen zu vergessen?

- oft  manchmal  selten  nie

18. Hat sich Ihr Lebensstil wegen Ihres Medikamentenkonsums zum Schlechten hin verändert?

- oft  manchmal  selten  nie

19. Kreisten Ihre Gedanken um Medikamente und deren Einnahme?

- oft  manchmal  selten  nie

20. Schwankten Sie zwischen Zeiten übermäßigen Glücksgefühls und Zeiten totaler Verzweiflung?

- oft  manchmal  selten  nie

21. Sahen Sie Dinge, die in Wirklichkeit nicht da waren?

- oft  manchmal  selten  nie

22. Wie lange waren normalerweise Ihre Pausen zwischen Medikamenteneinnahmen?

- keine, ich nahm ständig Medikamente  
 kürzer als drei Tage  
 bis zu einer Woche  
 länger als eine Woche

23. Fühlten Sie sich unter Medikamenteneinfluß eher in der Lage, Ihre Ansichten und Überzeugungen auszudrücken?

- oft  manchmal  selten  nie

24. Haben Sie mehrere Präparate mit ähnlicher Wirkung zur gleichen Zeit eingenommen (z.B. verschiedene Beruhigungsmittel)?

- oft  manchmal  selten  nie

25. Haben Sie mehrere Präparate mit unterschiedlicher Wirkung zur gleichen Zeit eingenommen (z.B. Aufputsch- oder Beruhigungsmittel)?

- oft  manchmal  selten  nie

26. Haben Sie von einem Medikament mehr als die verordnete Dosis genommen?

- oft  manchmal  selten  nie

27. Haben Sie Medikamente eingenommen, um von allem abzuschalten?

- oft  manchmal  selten  nie

28. Waren Sie nach einer Zeit gesteigerten Medikamentenkonsums sehr bedrückt und niedergeschlagen?

- oft  manchmal  selten  nie

29. Haben Sie Medikamente eingenommen, die Aufputschmittel enthielten?

- oft  manchmal  selten  nie

30. Haben Sie Medikamente eingenommen, um sich abzureagieren?

oft  manchmal  selten  nie

31. Haben Sie sich auf Umwegen verschreibungspflichtige Medikamente verschafft?

oft  manchmal  selten  nie

32. Wurde Ihr Medikamentenkonsum von Ihrer Umwelt (Partner, Kinder, Kollegen) als ungewöhnlich empfunden?

oft  manchmal  selten  nie

33. Kam es nach Medikamenteneinnahme zu Krampfanfällen?

oft  manchmal  selten  nie

34. Führten Sie Entschuldigungen an oder haben Sie gelogen, um Ihren Medikamentenkonsum zu verheimlichen?

oft  manchmal  selten  nie

35. Reagierten Sie launisch, wenn Sie unter Medikamenteneinfluß standen?

oft  manchmal  selten  nie

36. Hatten Sie vage, unbestimmte Ängste nach einer Zeit starken Medikamentenkonsums?

oft  manchmal  selten  nie

37. Haben Sie wegen Ihres Medikamentenkonsums Ihre Arbeit vernachlässigt?

oft  manchmal  selten  nie

38. Hatten Sie Schuldgefühle oder Gewissensbisse wegen Ihres Medikamentenkonsums?

oft  manchmal  selten  nie

39. Hörten Sie Geräusche, die in Wirklichkeit nicht da waren?

oft  manchmal  selten  nie

40. Haben Sie es anderen übelgenommen, wenn diese über Ihren Medikamentenkonsum sprachen?

oft  manchmal  selten  nie

41. Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ihre Schüchternheit zu überwinden?

oft  manchmal  selten  nie

42. Waren Sie einfallsreicher, wenn Sie Medikamente eingenommen hatten?

oft  manchmal  selten  nie

43. Haben Sie in bestimmten Situationen Ihre übliche Dosis überschritten?

oft  manchmal  selten  nie

44. Sind Sie wegen übermäßigen Medikamentenkonsums ohnmächtig geworden?

oft  manchmal  selten  nie

45. Haben Sie Medikamente eingenommen, um besser schlafen zu können?

oft  manchmal  selten  nie



46. Waren Sie unter Medikamenteneinfluß leicht reizbar?

- oft  manchmal  selten  nie

47. Verhalf Ihnen Ihr Medikamentenkonsum zu dem Gefühl, höhere Ziele erreichen zu können?

- oft  manchmal  selten  nie

48. Fanden Sie unter Medikamenteneinfluß leichter Kontakt zu Personen des anderen Geschlechts?

- oft  manchmal  selten  nie

49. Hatten Sie seltsame oder beängstigende Empfindungen unter Medikamenteneinfluß?

- oft  manchmal  selten  nie

50. Halfen Ihnen Medikamente, sich konzentrieren zu können?

- oft  manchmal  selten  nie

51. Haben Sie sich zusätzlich zu ärztlich verordneten Medikamenten mit freiverkäuflichen Medikamenten versorgt?

- oft  manchmal  selten  nie

52. Hatten Sie das Gefühl, ohne Medikamente nur noch eingeschränkt handlungsfähig zu sein?

- oft  manchmal  selten  nie

53. Empfanden Sie auf der Haut ein Krabbeln von Käfern oder anderen Tieren, die in Wirklichkeit nicht da waren?

- oft  manchmal  selten  nie

54. Halfen Ihnen Medikamente, mit anderen Leuten locker umzugehen?

- oft  manchmal  selten  nie

55. Haben Sie normalerweise täglich Medikamente eingenommen?

- nein  
 ja, in den letzten drei Monaten  
 ja, in den letzten sechs Monaten  
 ja, seit mehr als sechs Monaten

56. Halfen Ihnen Medikamente, Minderwertigkeitsgefühle zu unterdrücken?

- oft  manchmal  selten  nie

57. Halfen Ihnen Medikamente, höchste Leistungsfähigkeit zu erzielen?

- oft  manchmal  selten  nie

58. Zitterten Sie, wenn die Wirkung der Medikamente nachließ (z.B. Zittern der Hände oder inneres Zittern)?

- oft  manchmal  selten  nie

59. Sorgten Sie für einen Vorrat an Medikamenten?

- oft  manchmal  selten  nie

60. Warten Sie unter Medikamenteneinfluß durchsetzungsfähiger?

oft  manchmal  selten  nie

61. Haben Sie gleichzeitig Alkohol und Medikamente zu sich genommen?

oft  manchmal  selten  nie

62. Hatten Sie Angst, ohne Medikamente nicht mehr leben zu können?

oft  manchmal  selten  nie

63. Haben Sie daran gedacht, sich mit Medikamenten das Leben zu nehmen?

oft  manchmal  selten  nie

64. Haben Sie Medikamente eingenommen, um belastende Gefühle wie Angst, Unsicherheit, Streß usw. ertragen zu können?

oft  manchmal  selten  nie

65. Haben Sie mehrere Ärzte aufgesucht, um genügend Medikamente zu bekommen?

oft  manchmal  selten  nie

66. Haben Sie versucht, zeitweise ohne Medikamente zu leben?

oft  manchmal  selten  nie

67. Sind Ihnen schon während Ihrer Schulzeit Medikamente verschrieben worden?

oft  manchmal  selten  nie

68. Nahmen Sie mehr Medikamente zu sich als Sie sich vorgenommen hatten?

oft  manchmal  selten  nie

69. Haben Sie Medikamente genommen, um nicht depressiv zu werden?

oft  manchmal  selten  nie

70. Haben Sie erlebt, daß ein Medikament nicht mehr in der gewohnten Weise wirkte?

oft  manchmal  selten  nie

71. Haben Sie nach der Einnahme eines Medikaments den Wunsch verspürt, noch mehr zu sich zu nehmen?

oft  manchmal  selten  nie

72. Haben Sie Alkohol durch Medikamente ersetzt?

oft  manchmal  selten  nie

73. Haben Sie Medikamente durch Alkohol ersetzt?

oft  manchmal  selten  nie

74. Haben Sie Medikamente eingenommen, um Ihre Leistungsfähigkeit zu steigern?

oft  manchmal  selten  nie

75. Haben Sie Medikamente eingenommen, um Schmerzen zu lindern?

oft  manchmal  selten  nie

76. Konnten Sie unter Medikamenteneinfluß die weitere Einnahme zustandsverändernder Mittel kontrollieren?

oft  manchmal  selten  nie

77. Fühlten Sie sich ohne Medikamente lebensunfähig?

oft  manchmal  selten  nie

78. Nahmen Sie Medikamente, um überhaupt arbeiten zu können?

oft  manchmal  selten  nie

79. Fühlten Sie sich angespannt oder verkrampft, bevor Sie Medikamente zu sich nahmen?

oft  manchmal  selten  nie

80. Litten Sie ohne Medikamente unter verstärkten Angstgefühlen?

oft  manchmal  selten  nie

81. Fühlten Sie sich ohne die Wirkung von Medikamenten einsam und verlassen?

oft  manchmal  selten  nie

Wenn Sie während der letzten sechs Monate mit einem (Ehe-)Partner zusammengelebt haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Fragen. Trifft dies nicht zu, so sind keine weiteren Fragen mehr zu beantworten. Überprüfen Sie dann bitte noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

82. Hat Ihr Medikamentenkonsum zu Partnerschwierigkeiten beigetragen?

- oft  manchmal  selten  nie

83. Hatten Sie vor Beginn Ihres Medikamentenkonsums Schwierigkeiten mit Ihrem Partner?

- oft  manchmal  selten  nie

84. Zog sich Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums von Ihnen zurück?

- oft  manchmal  selten  nie

85. Waren Veränderungen bei Ihrem Partner verantwortlich für Ihren Medikamentenkonsum?

- ausschließlich  überwiegend  kaum  gar nicht

86. Reagierten Sie verärgert, wenn Ihr Partner Bemerkungen über Ihren Medikamentenkonsum machte?

- oft  manchmal  selten  nie

87. Hat Untreue Ihres Partners zu Ihrem Medikamentenkonsum beigetragen?

- ausschließlich  überwiegend  kaum  gar nicht

88. Haben Sie sich mit Ihrem Partner gestritten oder beleidigten Sie ihn, wenn Sie Medikamente einnahmen?

- oft  manchmal  selten  nie

89. War zu aufmerksames Verhalten Ihres Partners gegenüber Personen des anderen Geschlechts Auslöser für Ihren Medikamentenkonsum?

- ausschließlich  überwiegend  kaum  gar nicht

90. Nörgelte Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums an Ihnen herum?

- oft  manchmal  selten  nie

91. Führte Eifersucht in Ihrer Partnerschaft zu Ihrem Medikamentenkonsum?

- oft  manchmal  selten  nie

92. Hat Ihr Medikamentenkonsum zu Eifersucht in Ihrer Partnerschaft beigetragen?

- oft  manchmal  selten  nie

93. Glauben Sie, daß Partnerprobleme Ihren Medikamentenkonsum verursacht haben?

- ausschließlich  überwiegend  kaum  gar nicht

94. Drohte Ihr Partner wegen Ihres Medikamentenkonsums mit Trennung oder Scheidung?

- oft  manchmal  selten  nie

**Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.**

Absender: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Adresse des/der Testautoren:

_____
_____
_____
_____

**Rückmeldung über die Anwendung eines Verfahrens aus dem Elektronischen Testarchiv des Leibniz-Zentrums für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) an den/die Testautoren**

Sehr geehrte/r Herr/Frau

ich möchte Ihnen hiermit mitteilen, dass ich das unten näher bezeichnete Verfahren aus dem Elektronischen Testarchiv des ZPID in einer Forschungsarbeit eingesetzt habe. Im Folgenden finden Sie dazu nähere Erläuterungen.

Thema der Arbeit: .....
.....
eingesetztes Testverfahren: .....
.....
Publikation geplant in: .....
.....

\_\_\_\_\_  
Datum                      Unterschrift