

www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

TIM

Trierer Inventar für Medikamentenabhängige

Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (2017)

Klein, M., Funke, J., Funke, W. & Scheller, R. (2017). TIM. Trierer Inventar für Medikamentenabhängige [Verfahrensdokumentation und Fragebogen]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.
<https://doi.org/10.23668/psycharchives.4508>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9004098>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s). By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

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.