

Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie –

Reinhold Scheller, Wilma Keller, Joachim Funke & Michael Klein

## **Trierer Alkohollismusanalyse (TAI) – Ein Verfahren zur Differentialdiagnostik des Alkoholismus**

### **Trierer Alkohollismusanalyse (TAI) – An inventory for the differential assessment of alcoholism**

#### **1. Zielsetzung**

Das „Trierer Alkohollismusanalyse“ (TAI) wurde im Rahmen eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen (vgl. FUNKE, KELLER, KLEIN & SCHELLER 1983) entwickelt. Von der Auffassung ausgehend, daß Alkoholismus nicht als eindimensionales Konstrukt aufgefaßt werden kann, sondern als ein Phänomen mit verschiedensten Facetten, erfassen die 90 Items des TAI Stellungnahmen des Alkoholauffälligen zu sieben relevanten Bereichen des Alkoholismus. Auf der Grundlage eines differenzierten Antwortprofils soll – so das Ziel – eine differenzierte Therapie aufbauen können. Mit dem TAI wird also ein Differentialdiagnostikum für Personen vorgelegt, die bereits vom Alkohol abhängig sind. Das Inventar zählt somit nicht zu den „screening“-Verfahren (wie z. B. der „Münchener Alkohollismustest“ von FEUERLEIN, RINGER, KÜFNER & ANTONS 1977), die zur Unterscheidung von „Nicht-Alkoholikern“ und „Alkoholikern“ herangezogen werden.

#### **2. Konstruktion des Meßinstruments**

Ausgangspunkt unserer Arbeiten war eine deutsche Fassung des „Alcohol Use Inventory“ (AUI; vgl. WANBERG, HORN & FOSTER 1977), die von KELLER & SCHELLER (1980; vgl. auch ERDFELDER 1980; WIENBERG 1980) erstellt und in einer Fachklinik für Alkoholabhängige an inzwischen über 1200 Patienten erprobt wurde. Ein Teil dieser Daten bildete die Basis für umfangreiche teststatistische und faktorenanalytische Studien (vgl. KELLER, FUNKE, KLEIN & SCHELLER 1983), deren Ergebnisse zur Überarbeitung der deutschen Fassung des AUI führten. In der neuen Form verringert sich die Zahl der von WANBERG, HORN & FOSTER (1977) als wichtig erachteten Skalen des Alkoholismus von ursprünglich 22 auf

sieben zuverlässige Skalen, deren praktischen Nutzen es nun zu prüfen gilt.

#### **3. Beschreibung des TAI**

Im Anschluß an eine ausführliche Instruktion werden zunächst einige allgemeine Angaben zur Person erbeten. Danach folgen 77 Items, die von allen Befragten zu beantworten sind. Die restlichen 13 Items werden nur jenen Alkoholauffälligen vorgelegt, die in einer Partnerschaft leben oder lebten. Für die Beantwortung jedes der insgesamt 90 Items stehen vier Antwortmöglichkeiten zur Verfügung. Die jeweils ausgewählte Antwortalternative wird mit einem bzw. zwei, drei oder vier Punkten verrechnet. Alle Items beziehen sich auf die letzten sechs Monate der Trinkzeit. Die Bearbeitungsdauer für das gesamte Inventar beträgt durchschnittlich 30 Minuten. Das Verfahren ist so formuliert, daß es auch Personen im unteren Leistungsbereich vorgelegt werden kann. Das TAI eignet sich nicht für Abhängige, die ausschließlich nichtalkoholische Suchtmittel (Medikamente, harte Drogen) konsumieren.

#### **3.1 Die sieben Skalen des TAI**

**TAI 1:** Verlust der Verhaltenskontrolle und negative Gefühle nach dem Trinken.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die ihr Verhalten unter Alkohol etwa mit Adjektiven wie aggressiv, ausfallend, verstimmt, leicht reizbar und bedrückt beschreiben. Ebenso charakterisieren diese Personen unbestimmte Ängste, beängstigende Empfindungen und Schuldgefühle während bzw. nach dem Trinken.

**TAI 2:** Soziale Aspekte des Trinkens (Trinkumstände und -motive).

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Bierkonsumenten, die im sozialen

Kontext (in Gaststätten und Kneipen, mit Freunden und Bekannten) trinken. Der Rückzug von der Außenwelt oder das Alleintrinken werden abgelehnt.

**TAI 3:** Süchtiges, andauerndes Trinken.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die ununterbrochen über längere Zeiträume trinken, über den Tag verteilt Alkohol konsumieren und über morgendliche Katerstimmung sowie Entzugssymptome (z. B. Zittern) berichten. Außerdem denken sie ständig an Alkohol und halten ihn stets griffbereit.

**TAI 4:** Positive Trinkmotive.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die „positive“ Konsequenzen des Alkoholkonsums (z. B. Entspannung, Einfallreichtum, erleichterter Umgang mit anderen und Enthemmung) als Trinkmotiv herausstellen. Ebenso verweisen sie auf die Abnahme von Minderwertigkeitsgefühlen, die Überwindung von Schüchternheit und ganz allgemein auf Stimmungsschwankungen als Folge des Alkoholkonsums.

**TAI 5:** Psychoperzeptuelle Konsequenzen und Versuch der Selbstbehandlung von physiologischen Begleiterscheinungen der Alkoholabhängigkeit.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die massive physiologische Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit erleben (optische, akustische und haptische Halluzinationen sowie andere delirähnliche Symptome). Sie bestätigen die Einnahme von Schlaf- und Aufputschmitteln.

**TAI 6:** Trinken als Ursache von Partnerproblemen.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die über Streitigkeiten mit dem Partner berichten, wobei Alkoholkonsum den Konflikt auslöst bzw. fördert.

**TAI 7:** Trinken als Folge von Partnerproblemen.

Ein hoher Wert auf dieser Skala kennzeichnet insbesondere Personen, die ihren Partner für das eigene Trinken verantwortlich machen. Sie werfen ihm Untreue und übermäßige Aufmerksamkeit gegenüber Dritten vor. Außerdem wird eine von beiden Partnern gezeigte Eifersucht betont.

**3.2 Teststatistische Kennwerte der sieben Skalen des TAI**

Teststatistische Kennwerte der sieben TAI-Skalen gibt Tabelle 1 wieder. Untersuchungen zur Konstruktvalidität der TAI-Skalen sind noch nicht abgeschlossen. Die Ergebnisse, die im Zusammenhang mit dem Vorläufer des TAI, der deutschen Fassung des AUI, gewonnen wurden, lassen je-

doch zufriedenstellende Befunde erwarten. Der Nachweis von Subgruppenstrukturen (KELLER 1981; KELLER & FUNKE 1982; FUNKE & KELLER 1983), die Bestimmung von Merkmalen des Therapieerfolgs (SCHELLER & KLEIN 1982) sowie Befunde zur Prognose des Therapieabbruchs (SCHELLER & KLEIN 1984) und zum Jugendalkoholismus (KLEIN & SIEMON 1983) können als Hinweise für die Brauchbarkeit des TAI gewertet werden.

Tabelle 1: Teststatistische Kennwerte des TAI

Table with 8 columns: Kennwert, TAI 1, TAI 2, TAI 3, TAI 4, TAI 5, TAI 6, TAI 7. Rows include: Probenzahl, Reliabilitätskoeffizient, Mittelwert, Standardabweichung, Cronbachs Alpha, Homogenitätskoeffizient, Trennschärfe, and Skalenerhebung.

**4. Auswertung**

Für die Auswertung eines ausgefüllten TAI-Fragebogens stehen drei Verfahren zur Wahl:

- (a) Übertragung der Antworten auf ein Formblatt zur Bestimmung der Skalensummenwerte mit Papier und Bleistift (Auswertung mittels Schablone).
- (b) Eingabe der Antworten in ein dialogfähiges BASIC-Programm für Kleinrechner des Typs Commodore CBM-8032 mit Ausdruck-Möglichkeit (Auswertung mittels Kleinrechner).
- (c) Verarbeitung der Rohdaten mittels FORTRAN-Subroutine innerhalb eines vom Benutzer zu erstellenden Rahmenprogramms (Auswertung mittels Großrechner).

**5. Bezugsquelle**

Sämtliche Unterlagen (Berichte, Muster eines Testformulars und Auswertungshilfen) werden – soweit vorrätig – kostenlos zur Verfügung gestellt. Kontaktperson: Wilma Keller (Anschrift siehe Artikelende).

**Zusammenfassung**

Die Arbeit berichtet über die Konstruktion eines Fragebogens zur Erfassung des Alkoholmißbrauchs. Das Trierer Alkoholismusinventar (TAI) besteht aus sieben Skalen mit zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften. Das Verfahren

empfiehlt sich somit zur Anwendung in Forschung und Praxis.

**Summary**

The construction of a questionnaire (Trierer Alkoholismusinventar; TAI) assessing alcohol abuse is briefly described. The questionnaire consists of seven scales with satisfactory psychometric properties. Thus the TAI can be recommended for research and applied purposes.

**Schlüsselwörter**

Erfassung des Alkoholismus differentialdiagnostisches Modell Fragebogenkonstruktion.

**Keywords**

assessment of alcoholism differential assessment model construction of an inventory.

**Literatur**

ERDFELDER, E.: Problemtrinken: Ein differentielles Modell für abweichendes Trinkverhalten. Empirische Untersuchungen zur Struktur, Reliabilität und Validität einer deutschen Bearbeitung des „Alcohol Use Inventory“ (AUI). Göttingen: Institut für Psychologie der Universität Göttingen (Diplomarbeit, Schreibmaschinenhektographie), 1980.

FEUERLEIN, W., RINGER, C., KÜFNER, H. & ANTONS, K.: Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münchner Medizinische Wochenschrift 1977, 119, 1275–1282.

FUNKE, J. & KELLER, W.: Zum Stellenwert differentialdiagnostischer Information bei der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen: Erste Erfahrungen mit dem „Trierer Alkoholismusinventar“ (TAI). Vortrag, gehalten auf dem 12. Kongreß für Angewandte Psychologie des BDP vom 21. bis 25. 9. 1983 in Düsseldorf.

FUNKE, J., KELLER, W., KLEIN, M. & SCHELLER, R.: Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. Medizinische Psychologie 1980, 6, 275–292.

KELLER, W.: Subgruppenstrukturen in einer Stichprobe alkoholauffälliger Personen. Empirische Untersuchung im alkohol- und persönlichkeitspezifischen Bereich. Trier: Fachbereich I – Psychologie – der Universität Trier (Diplomarbeit, Schreibmaschinenhektographie), 1981.

KELLER, W. & FUNKE, J.: Merkmalskonfiguration bei Alkoholikern am Beispiel ausgewählter Skalen des „Alcohol Use Inventory“ (AUI). Vortrag, gehalten auf der 24. Tagung experimentell arbeitender Psychologen vom 4. bis 8. 4. 1982 in Trier.

KELLER, W. & SCHELLER, R.: Deutsche Übersetzung des „Alcohol Use Inventory“ von Wanberg, Horn & Foster (1977). Unveröffentlichte Forschungsversion. Trier: Fachbereich I – Psychologie – der Universität Trier (Photodruck), 1980.

KELLER, W., FUNKE, J., KLEIN, M. & SCHELLER, R.: Erste Erfahrungen mit einer deutschsprachigen Version des „Alcohol Use Inventory“ (AUI). Trierer Psychologische Berichte 1983, 10, Heft 8.

KLEIN, M. & SIEMON, W.: Zur Psychodiagnostik des Jugendalkoholismus. Empirische Untersuchungen in der stationären Rauschmitteltherapie. Vortrag, gehalten auf dem 12. Kongreß für Angewandte Psychologie des BDP vom 21. bis 25. 9. 1983 in Düsseldorf.

SCHELLER, R. & KLEIN, M.: Persönlichkeitspsychologische Determinanten des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie 1982, 3, 47–54.

SCHELLER, R. & KLEIN, M.: Zur Prognostizierbarkeit des Therapieabbruchs bei Rauschmittelabhängigen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1984, 13 (im Druck).

WANBERG, K. W., HORN, J. L. & FOSTER, F. M.: A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. Journal of Studies on Alcohol 1977, 38, 512–543.

WIENBERG, G.: Problemtrinken und Kontrollierung. Empirische Untersuchungen zur Validität des „L.O.C.“-Konstrukts in einer Stichprobe stationär behandelter Alkoholabhängiger. Göttingen: Institut für Psychologie der Universität Göttingen (Diplomarbeit, Schreibmaschinenhektographie), 1980.

Anschriften der Verfasser:  
Prof. Dr. Reinhold Scheller  
Dipl.-Psych. Wilma Keller  
Dipl.-Psych. Joachim Funke  
Fachbereich I – Psychologie – der Universität Trier  
D-5500 Trier  
Dipl.-Psych. Michael Klein  
Fachklinik Daun – Eifel  
Thommener Höhe  
D-5569 Darscheid