

Kontrollüberzeugungen und Wertorientierungen von Herzinfarktpatienten in der Rehabilitation

DIETMAR OHM, GÜNTER KRAMPEN und RUDOLF HEGER

1. Problemstellung

In den Forschungsarbeiten zu psychosozialen Aspekten der Entstehung des Herzinfarkts wurde vor allem das sogenannte Typ-A-Verhaltensmuster, das etwa durch hohe Antriebskraft, Ungeduld, Reaktionsheftigkeit, Feindseligkeit und Arbeitseifer gekennzeichnet ist, untersucht (vgl. im Überblick DEMBROWSKI & HALHUBER, 1981). Da jedoch ein recht hoher Anteil der Bevölkerung durch diese Merkmale beschrieben werden kann (mehr als 45% nach GLASS, 1981), ist es wichtig, die psychologischen Variablen, die mit dem Auftreten von Infarkten und mit der Rehabilitation von Infarktpatienten verbunden sind, präziser zu identifizieren. Hierbei sind solche Variablen von Interesse, denen aufgrund theoretischer Ansätze in der Psychologie eine handlungssteuernde Funktion zukommt, und die überdies eine indikative Bedeutung für rehabilitative und präventive Maßnahmen haben. Dazu gehören Wert- und Zielorientierungen sowie generalisierte Kontrollüberzeugungen, da sie (1) durch den Zusammenhang mit Leistungsverhalten und Selbstkontrollvariablen für die Differenzierung des globalen Typ-A-Verhaltensmusters von Nutzen sein können, (2) Kernvariablen verschiedener handlungstheoretischer Ansätze in der Psychologie sind (vgl. KRAMPEN, 1980; 1982) und (3) für die Indikation therapeutischer Maßnahmen wie Gruppentherapie, Entspannungstherapie, Bewegungstherapie und für rehabilitative Maßnahmen (vgl. etwa GARRITY, 1973) Relevanz besitzen.

Im Hinblick auf Infarkterkrankungen ist die Forschungslage zu diesen beiden Variablenbereichen durch widersprüchliche Hypothesen und Befunde gekennzeichnet. Aufgrund des Typ-A-Verhaltensmusters müßte man bei Infarktpatienten solche Wertorientierungen erwarten, die Leistungsorientierung, soziale Anerkennung, Strebsamkeit und Tüchtigkeit betreffen. Psychodynamisch orientierte Erklärungsansätze betonen jedoch die Konflikthaftigkeit des bei Infarktpatienten ausgeprägten Leistungsstrebens und des aggressiv gefärbten Konkurrenzverhaltens, da diesen Verhaltensweisen verdrängte Abhängigkeitswünsche und Passivitätstendenzen zugrundeliegen würden (vgl. etwa RIME, 1979). Bei Kontrollüberzeugungen, mit denen das Ausmaß der von einer Person

wahrgenommenen Selbst- versus Fremdbestimmung der Folgen eigenen Handelns beschrieben wird (vgl. KRAMPEN, 1982), sieht die Forschungslage ähnlich aus. Mit eindimensionalen Meßverfahren, die internale versus externale Kontrollüberzeugungen auf einem Kontinuum erfassen, fand etwa WENNER (1980) bei Infarktpatienten erhöhte Externalitätswerte, wogegen GLASS, SNYDER & HOLLINS (1974) auf übermäßig starke Kontrollbemühungen und Angst vor Kontrollverlusten bei Typ-A-Personen verweisen. Auch die tiefenpsychologischen Erklärungsansätze zur Infarktpersönlichkeit (gekennzeichnet durch Zwanghaftigkeit, Verleugnen der Realität, Leistungsstreben und Omnipotenzgeföhle; vgl. etwa REVERS, REVERS & WIDAUER, 1978) deuten eher auf eine erhöhte Internalität dieser Patienten. KRAMPEN & OHM (1979) konnten die Hypothese der erhöhten Internalität für Patienten einer Kurklinik mit Herz-Kreislaufkrankungen (essentielle Hypertonie, Infarkt, Koronarinsuffizienz) mit dem konstrukt-differenzierenden IPC-Fragebogen zu drei Aspekten von Kontrollüberzeugungen bestätigen.

In der vorliegenden Arbeit wird nun die Replikation dieses Befundes versucht, wobei - neben der Einbeziehung von Wertorientierungen - eine Stichprobenbeschränkung auf Infarktpatienten vorgenommen wird. Im Unterschied zur Untersuchung von KRAMPEN & OHM (1979) werden hier auch nicht gesunde und alkoholabhängige Personen als Vergleichsgruppe gewählt, sondern eine Stichprobe von Diabetikern, die sich zum Erhebungszeitpunkt ebenfalls in einer Rehabilitationsklinik befanden. Auf diese Weise sollen mögliche "Hospitalisierungseffekte" abgefangen werden.

2. Methode

An der Untersuchung waren 92 Infarktpatienten (davon 72 Männer) und 91 Diabetiker (davon 55 Männer), die sich in einer stationären Rehabilitationsbehandlung befanden, beteiligt. 29 der Diabetiker litten zusätzlich an einer Herzerkrankung. Zwischen den Infarktpatienten ($\bar{x} = 53,6$ Jahre), den Diabetikern mit Herzerkrankung ($\bar{x} = 51,6$ Jahre) und den "reinen" Diabetikern ($\bar{x} = 43,4$ Jahre) bestehen signifikante ($p < .05$) Altersunterschiede. Angemerkt sei hier, daß die Meßwerte des IPC-Fragebogens im allgemeinen nicht mit dem Alter korreliert sind (KRAMPEN, 1981). In der Gesamtstichprobe finden sich vor allem Angestellte und Beamte; unter den Infarktpatienten sind lediglich Selbständige und Rentner etwas stärker vertreten als unter den Diabetikern. Als Erhebungsinstrumente wurden die folgenden Verfahren eingesetzt:

- (1) IPC-Fragebogen zur Erfassung der drei folgenden Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen (KRAMPEN, 1981): (a) Internalität (I-Skala), d.h. die bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt; (b) soziale Externalität (P-Skala), die durch Geföhle der sozialen Machtlosigkeit, der Abhängigkeit von mächtigen

- Personen bedingt ist, (c) fatalistische Externalität (C-Skala), die auf der Erwartung basiert, daß das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen.
- (2) Die von REITER & STEINER (1976) vorgelegte deutsche Übersetzung der "Rokeach Value Survey" (VS; ROKEACH, 1973), mit der die subjektive Wichtigkeit von 18 instrumentellen Werten und die von 18 "Endwerten" ("terminal values") erfaßt wird (die erfragten Wertorientierungen sind in verkürzter Form in den Tabellen 1 und 2 wiedergegeben). Abweichend von der Standardinstruktion der VS, nach der die jeweils 18 Werte nach ihrer subjektiven Bedeutsamkeit in eine Rangreihe gebracht werden sollen, wurden die Personen unserer Stichprobe gebeten, auf die jeweils 18 Werte "Wertpunkte" zu verteilen, so daß deren Summe 150 Wertpunkte beträgt. Diese Skalierungsmethode wurde vor allem deswegen präferiert, weil sie gleichartige Bewertungen mehrerer Ziele ermöglicht.

3. Ergebnisse

Um die Problematik multipler Einzelmittelwertsvergleiche an einem Datensatz zu vermeiden, wurde die Diskriminanzanalyse als Auswertungsmethode gewählt. In die Diskriminanzanalysen gehen jeweils 18 Wertbeurteilungen und die IPC-Skalenwerte ein, und es wird überprüft, inwieweit durch diese Variablen die Patientengruppen voneinander getrennt werden können. Entsprechende Analysen wurden getrennt für die instrumentellen und die terminalen Werte (a) für den Vergleich der Infarktpatienten und der Gesamtgruppe der Diabetiker und (b) für den Vergleich der Infarktpatienten und der Subgruppe der Diabetiker ohne zusätzliche Herzerkrankung ("reine Diabetiker") berechnet.

Die Beurteilungen der 18 instrumentellen Werte und die IPC-Skalenwerte ergaben weder für den Vergleich der Infarktpatienten und der 91 Diabetiker, noch für den zwischen den Infarktpatienten und den Diabetikern einen signifikanten diskriminanzanalytischen Befund (siehe Tabelle 1). A posteriori Einzelmittelwertsvergleiche ($p < .05$) weisen - bei Varianzhomogenität - lediglich auf (1) eine deutlich erhöhte Internalität der Infarktpatienten und (2) eine durchschnittlich höhere Wichtigkeit des Wertes "selbstbeherrscht" und eine geringere des Wertes "phantasievoll" bei den Infarktpatienten im Vergleich zur gesamten Diabetikergruppe. Klammert man die Diabetiker mit Herzkrankheiten aus der Vergleichsgruppe aus, so ergeben sich einige weitere bedeutsame Differenzen (siehe Tabelle 1). Ein hohes Maß an Selbstbeherrschung und ein Mangel an Phantasie deutet auf Abwehr und Zwanghaftigkeit hin, was sowohl mit den psychodynamischen Erklärungsansätzen zur Infarktpersönlichkeit als auch mit Befunden zum Zusammenhang von Typ-A-Verhaltensmuster und Abwehr (vgl. VICKERS et al., 1981) in Einklang steht.

Tab. 1: Diskriminanzanalytische Befunde zur Trennung der Patientengruppen an Hand der IPC-Skalen und der instrumentellen Werte

Variable ^a	91 Dia-	92 In-	F ₁ ¹⁸¹	62 reine	F ₁ ¹⁵²
	betiker	farkt		Diabet.	
	\bar{x}	\bar{x}		\bar{x}	
(A) Internalität (I)	37,0	39,2	4,56*	36,5	5,21*
(B) soz. Externalität (P)	22,4	24,2	2,50	21,8	3,24 ⁺
(C) fatal. Externalität (C)	24,9	25,5	0,20	24,7	0,28
(1) strebsam	10,7	9,2	1,28	11,8	2,77
(2) tolerant	11,1	10,1	0,56	11,6	1,07
(3) heiter	12,3	9,8	3,80 ⁺	13,2	5,33*
(4) tüchtig	10,1	8,4	1,41	11,2	2,70**
(5) ordentlich	9,9	7,3	3,80 ⁺	11,6	7,48**
(6) mutig	9,1	7,7	2,80	9,2	2,34
(7) versöhnlich	8,4	8,1	0,16	9,1	1,13
(8) hilfsbereit	9,7	8,8	0,99	10,2	1,49
(9) aufrichtig	13,7	13,1	0,18	14,4	0,58*
(10) phantasievoll	7,8	4,7	5,30*	8,8	6,64*
(11) unabhängig	8,8	6,4	2,92	9,9	4,38*
(12) intellektuell	8,2	6,3	2,53	8,8	3,46 ⁺
(13) logisch	7,8	7,6	0,15	6,9	0,74
(14) liebend	9,5	9,8	0,09	9,7	0,01
(15) gehorsam	5,2	4,3	2,63	5,3	2,40
(16) höflich	7,5	8,1	0,77	7,3	0,90
(17) verantwortungsvoll	12,7	11,6	1,18	12,6	0,74**
(18) selbstbeherrscht	6,6	9,3	12,82**	6,5	10,49**
Kanonische Korrelation (R)			.37		.41
Chi ² -Wert (df)			25.47(21)		25.52(21)
Fehlklassifikationen (%)			36.6		31.2

**p < .01; *p < .05; ⁺p < .10

^a Variablen in verkürzter Form.

Die Ergebnisse der entsprechenden Analysen für die Bewertungen der 18 terminalen Werte und die IPC-Skalenwerte sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Sowohl für den Vergleich der Infarktpatienten mit der Gesamtgruppe der Diabetiker als auch für den zwischen den Infarktpatienten mit den "reinen" Diabetikern ergaben sich signifikante Diskriminanz-

Tab. 2: Diskriminanzanalytische Befunde zur Trennung der Patientengruppen an Hand der IPC-Skalen und der "Endwerte"

Variable ^a	91 Dia-	92 In-	F ₁ ¹⁸¹	62 reine	F ₁ ¹⁵²
	betiker	farkt		Diabet.	
	\bar{x}	\bar{x}		\bar{x}	
(A) Internalität (I)	37,0	39,2	4,56*	36,5	5,21*
(B) soz. External. (P)	22,4	24,2	2,50	21,8	3,23 ⁺
(C) fat. External. (C)	24,9	25,5	0,20	24,7	0,28
(1) gemütl. Leben	7,6	6,5	1,20	7,8	1,45
(2) aufreg. Leben	7,3	5,6	2,02	8,7	4,73*
(3) Leistungsfähigk.	10,1	8,5	2,14	10,4	2,18
(4) friedl. Welt	16,2	14,5	0,71	16,7	1,20
(5) Welt voll Schönheit	6,5	7,0	0,30	6,4	0,27
(6) Gleichberechtigung	7,1	5,7	3,72 ⁺	7,2	3,23 ⁺
(7) Sicherheit in Famil.	14,6	17,0	3,81 ⁺	14,5	3,55 ⁺
(8) Freiheit	9,4	10,4	0,81	9,5	0,71
(9) Glücklichessein	10,7	11,0	0,11	10,9	0,01
(10) innere Harmonie	8,3	9,3	1,56	8,5	0,92
(11) reife Liebe	8,2	9,6	1,57	8,1	1,51
(12) nat. Sicherheit	5,9	5,8	0,01	5,3	0,50
(13) Vergnügen	6,1	6,1	0,02	6,4	0,22
(14) Heil der Seele	4,6	3,3	3,14	4,3	1,55
(15) Selbstachtung	9,0	7,7	2,93	9,2	2,89
(16) Soz. Anerkennung	8,1	4,3	7,45**	9,5	9,69**
(17) echte Freundschaft	10,9	9,3	2,09	11,7	3,91*
(18) Klugheit/Weisheit	6,9	8,5	3,11	6,3	5,78*
Kanonische Korrelation (R)			.42*		.49**
Chi ² -Wert (df)			32.83*(21)		36.72**(21)
Fehlklassifikationen (%)			33,3		31,1

**p < .01; *p .05; +p < .10

^a Variablen in verkürzter Form.

funktionen. Die Zuordnungsergebnisse bleiben jedoch mit 66,7% bzw. 69,9% unter den Erwartungen. Die Mittelwertsunterschiede und die (hier aus Platzgründen nicht aufgeführten) Diskriminanzgewichte weisen - neben der erhöhten Internalität der Infarktpatienten - auf höhere Bewertungen der terminalen Werte "Sicherheit in Familie", "Klugheit und Weisheit" und geringere Wichtungen der Werte "aufregendes Leben", "soziale Anerkennung" und "echte Freundschaft" bei den Infarktpatienten.

Dieses Wertemuster der Infarktpatienten widerspricht den Typ-A Charakterisierungen völlig, da sich empirisch eine Betonung des Bedürfnisses nach Anlehnung und Geborgenheit und eine geringe Bewertung von Erfolgs- und Anerkennungstreben ergeben haben. Diese Tendenz wird noch deutlicher, wenn die Wertangreihe der Infarktpatienten mit der aus einer gesunden Stichprobe verglichen wird (vgl. KRAMPEN & v. EYE, 1979). Ähnliches gilt für die clusteranalytischen Befunde zur Struktur der terminalen Werte bei den Infarktpatienten. Ähnlich wie für Stichproben von Alkoholikern und von Gesunden (siehe KRAMPEN & v. EYE, 1979) ergab sich auch hier unter Berücksichtigung der Fehlerverlaufskurve in der hierarchischen Clusteranalyse nach Ward eine 5-Cluster-Lösung. Ebenso wie in den Vergleichsgruppen zeigte sich auch bei den Infarktpatienten ein relativ großes, unspezifisches Werte-Cluster, das 11 terminale Werte umfaßt. Als marginal können dagegen die anderen vier Cluster bezeichnet werden, die die Werte "Klugheit/Weisheit" und "Leistungsfähigkeit" (bei Gesunden: Klugheit/Weisheit und Freiheit in Cluster 2), "Selbstachtung" (Cluster 3; bei Gesunden: reife Liebe), "friedliche Welt", "Sicherheit in Familie" sowie "innere Harmonie" (Cluster 4; bei Gesunden: friedliche Welt und Glückseligkeit) und "soziale Anerkennung" (Cluster 5; bei Gesunden: Sicherheit in Familie) umfassen. Diese Ergebnisse zur Rangreihe und Struktur der terminalen Werte bei Infarktpatienten können dahingehend interpretiert werden, daß in diesem von der Verhaltensebene relativ abgehobenen Bereich verdrängte oder nicht gelebte Abhängigkeitswünsche und die Sehnsucht nach der "Freiheit zur Passivität, sich anderen vertrauensvoll hinzugeben" (BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975, S. 138) zum Ausdruck kommen, die eventuell durch das Infarkterlebnis noch verstärkt worden sind. Der auffallende Gegensatz zwischen der Betonung des Wertes "Sicherheit in der Familie" und der Abwertung von "echten Freundschaften" entspricht der häufig zu beobachtenden Tendenz von Infarktpatienten, sich nach außen abzugrenzen und die (eventuell besser zu kontrollierende) Familien- und Partnerbeziehung überzubetonen. Dies steht auch mit der Feststellung in Einklang, daß familiäre Trennungserlebnisse (Scheidung, Tod) häufiger einem Infarkt vorausgehen (vgl. ADSETT & BRUHN, 1968).

Die diskriminanzanalytischen Ergebnisse zeigen schon, daß die Replikation des Befundes zur erhöhten Internalität von Infarktpatienten (KRAMPEN & OHM, 1979) gelungen ist. Durch eine einfaktorielle Varianzanalyse und sich anschließend a posteriori Einzelmittelwertvergleiche ($p < .05$) konnte für die I-Skala des IPC-Fragebogens die folgende Rangreihe der Patientengruppen differenzierter nachgewiesen werden: Infarktpatienten ($\bar{x} = 39,2$), Diabetiker mit Herzerkrankung ($\bar{x} = 38,1$), Diabetiker ohne Herzerkrankung ($\bar{x} = 36,5$). Angemerkt sei, daß die durchschnittlichen Internalitätswerte der Infarktpatienten und der Diabetiker mit Herzerkrankungen im Vergleich zu Gesunden Prozentrangwerte von über 90 erreichen, was bedeutet, daß diese Patienten im Mittel internaler orientiert sind als 90% der Vergleichspopulation.

4. Diskussion

Der Befund der erhöhten Internalität bei Infarktpatienten steht mit Forschungsergebnissen in Einklang, die auf eine verstärkte Krankheitsgefährdung von Typ-A-Personen hinweisen, wenn gleichzeitig übermäßige Kontrollbemühungen vorliegen. Ähnliche Ergebnisse liegen für Typ-A-Personen vor, die eine starke Ich-Bezogenheit zeigen (SCHERWITZ, BERTON & LEVENTHAL, 1978). Insofern läßt sich die erhöhte Internalität im Sinne einer Selbstüberschätzung und teilweisen Realitätsverken- nung verstehen. Dies deckt sich auch mit den tiefenpsychologischen Be- schreibungen der Infarktpersönlichkeit.

Im Hinblick auf die Wertrangreihen und -strukturen zeigten sich einige Unterschiede zwischen Infarktpatienten, Diabetikern und Gesunden. Die höhere Bewertung des verhaltensbezogenen instrumentellen Wertes "selbstbeherrscht" und die geringe von "phantasievoll" kann als Aus- druck einer den Gefühlsbereich ablehnenden Haltung angesehen wer- den. Die Betrachtung der abstrakteren terminalen Werte läßt Wertorien- tierungen bei den Infarktpatienten erkennen, die entgegen den Erwar- tungen nach dem Typ-A-Konzept solche Werte hervorheben, die eher passive Bedürfnisse betreffen. In Übereinstimmung mit den psychody- namischen Theorien kann vermutet werden, daß sich hier verdrängte oder nicht gelebte tieferliegende Abhängigkeitstendenzen und Hingabe- wünsche niederschlagen, die als Bestandteil eines krankmachenden Per- sönlichkeitskonflikts angesehen werden können.

Die dargestellten Befunde legen hinsichtlich der Rehabilitation von In- farktpatienten insbesondere die verstärkte Beachtung der überhöhten Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen nahe. Solche Er- wartungen an die eigene Person gehen mit erheblichen psychischen und physischen Anstrengungen einher und stellen somit einen wesentlichen Hinderungsfaktor für die Genesung und einen Risikofaktor für eine er- neute Erkrankung dar. Bei extrem erhöhter Internalität dürfte in der Rehabilitation eine vertiefte Einzelpsychotherapie indiziert sein, die u.U. nach der Rehabilitationsmaßnahme fortgeführt werden sollte. Da- neben sind Gruppengespräche sinnvoll, die u.a. dieses gefährdende Erwartungsmuster zum Inhalt haben sollten und im Gruppenprozeß zu Erlebnissen der Gemeinschaft, Geborgenheit und des Angenommenseins führen, die nicht an bestimmte Leistungen der Teilnehmer gebunden sind. Vorsicht mag dagegen bei Selbsthilfegruppen für Infarktpatien- ten angebracht sein, die aktuell für alle möglichen Patienten- und Prob- lemgruppen nahezu angepriesen werden (vgl. etwa MÖLLER, 1978). Eine Ursache dafür, daß Selbsthilfegruppen von Infarktpatienten kaum anzutreffen sind (vgl. etwa DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN, 1981) bzw. Schwierigkeiten bei ihrer Arbeit haben, mag gerade in der erhöhten Internalität ihrer Mitglieder liegen, die - ohne Supervision durch einen kompetenten Außenstehenden - ech- ten Interaktionen durch den Ich-Bezug der Teilnehmer im Wege stehen

kann. Hier ist daher eine Kontraindikation von Selbsthilfegruppen zu vermuten.

Mit Bezug zu den in der Rehabilitation häufig eingesetzten Entspannungsverfahren ist zu beachten, daß hoch interne Personen mit dem Autogenen Training häufig erhebliche Übungs- und Lernschwierigkeiten haben, die etwa aus zu hoch gespannten kurzfristigen Erfolgserwartungen resultieren (vgl. SWENCIONIS, 1978; KRAMPEN & OHM, 1983). Hier scheint eine veränderte Vorgehensweise notwendig zu sein, die etwa die Problematisierung internaler Kontrollüberzeugungen im Kurs und/oder die Kombination verschiedener Entspannungstechniken (etwa Autogenes Training und progressive Muskelentspannung) betreffen kann. Abschließend sei noch auf die Problematik der häufig zu beobachtenden Tendenz zur Überforderung in der Bewegungstherapie hingewiesen. Da dem Sport oft (unbewußt) eine Beweisfunktion für (noch) vorhandene Leistungsfähigkeiten zugemessen wird, kann eine bestehende hohe Internalität zu einer Überforderung beitragen und so das Risiko eines Rückfalles oder eines Reinfarktes erhöhen.

Zusammenfassung: Wert- und Zielorientierungen sowie drei Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen werden in einer Stichprobe von 92 Infarktpatienten vergleichend zu 91 Diabetikern (davon 62 Diabetiker ohne Herzerkrankung) untersucht. Während einer Rehabilitationsmaßnahme bearbeiteten die Patienten den IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen und eine deutsche Version der "Value Survey" nach Rokeach zur Erfassung instrumenteller und terminaler Wertorientierungen. Diskriminanzanalytische Berechnungen weisen auf (1) eine stark erhöhte Internalität der Infarktpatienten, (2) eine ebenfalls erhöhte Internalität der Diabetiker mit Herzerkrankungen, (3) die höhere Wichtung des instrumentellen Wertes "selbstbeherrscht" und die geringere von "phantasievoll" bei den Infarktpatienten und (4) eine Reihe von bedeutsamen Unterschieden zwischen den Patientengruppen in den terminalen Wertorientierungen. Die Befunde werden mit Bezug zum Typ-A-Konzept und zu psychodynamischen Ansätzen zur Infarktpersönlichkeit diskutiert. Ausführlich wird auf die indikative Bedeutung der erhöhten Internalität bei Infarktpatienten für rehabilitative Maßnahmen (Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Selbsthilfegruppen, Entspannungstherapie und Bewegungstherapie) eingegangen.

Summary: Locus of control and value-orientations of patients with myocardial infarctions.

Value-orientations and three aspects of locus of control are studied in a sample of 92 patients with myocardial infarctions and in a sample of 91 patients with diabetes (62 without a heart disease). During a rehabilitation treatment the patients filled in the "IPC-questionnaire"

(measuring internality, powerful others externality, chance control) and the "Rokeach Value Survey" (instrumental and terminal values). Discriminanzanalytische Berechnungen zeigen (1) eine starke Erhöhung der Internalität der Patienten mit Myokardinfarkten, (2) eine Erhöhung der Internalität der Patienten mit Diabetes und Herzkrankheiten, (3) einige Unterschiede in den instrumentalen und in den terminalen Wertorientierungen der drei Gruppen (besonders zwischen den Patienten mit Myokardinfarkt und mit Diabetes ohne Herzkrankheit). Die Ergebnisse werden mit Bezugnahme auf Typ-A-Verhalten und auf psychodynamische Ansätze zum Myokardinfarkt diskutiert. Die indicative und prognostische Relevanz des Locus of Control (besonders Internalität) für rehabilitative Behandlung von Patienten mit Myokardinfarkten ist in detail diskutiert (individuelle und Gruppenpsychotherapie, Entspannungstherapie, Sporttherapie, Begegnungsgruppen).

Literaturverzeichnis

- ADSETT, A. & BRUHN, J.G.: Short-term group psychotherapy for post-myocardial infarction patients and their wives. *Canadian Medical Assessment Journal* 99: 577-584 (1968).
- BRÄUTIGAM, W. & CHRISTIAN, P.: *Psychosomatische Medizin*. Thieme, Stuttgart 1975.
- DEMBROWSKI, T.M. & HALHUBER, M.J. (Hrsg.), *Psychosozialer "Stress" und koronare Herzkrankheit* 3. Springer, New York 1981.
- DEUTSCHE ARBEITSGEMEINSCHAFT SELBSTHILFEGRUPPEN (Hrsg.), *Selbsthilfegruppen Nachrichten*. Eigenverlag, Giessen 1981, S. 31-54.
- GARRITY, T.F.: Vocational adjustment after first myocardial infarction. *Social Science & Medicine* 7: 705-717 (1973).
- GLASS, D.C.: Type A behavior: Mechanisms linking behavioral and pathophysiologic processes. In: SIEGRIST, J. & HALHUBER, M.J. (Eds.), *Myocardial infarction and psychosocial risk*. Springer, New York 1981.
- GLASS, D.C., SNYDER, M.L. & HOLLINS, J.F.: Time urgency and the type-A coronary-prone behavior pattern. *Journal of Applied Social Psychology* 4: 125-140 (1974).
- KRAMPEN, G.: Instrumentelle Überzeugungen und Werthaltungen in der Psychotherapie. In: SCHULZ, W. & HAUTZINGER, M. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Band 1. Steinbaur & Rau, München 1980, S. 115-128.
- KRAMPEN, G.: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Hogrefe, Göttingen 1981.
- KRAMPEN, G.: *Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen*. Hogrefe, Göttingen 1982.
- KRAMPEN, G. & OHM, D.: Generalisierte Kontrollüberzeugungen ("locus of Control") von Kurpatienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheiten). *Medizinische Psychologie* 3: 171-180 (1979).

- KRAMPEN, G. & OHM, D.: Zur indikativen Bedeutung generalisierter Kontrollüberzeugungen für das Autogene Training (in Vorbereitung).
- KRAMPEN, G. & v. EYE, A.: Zur Strukturanalyse der Wert- und Zielvorstellungen von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8: 91-102 (1979).
- MÖLLER, M.L.: *Selbsthilfegruppen*. Rowohlt, Reinbek/Hamburg 1978.
- REITER, L. & STEINER, E.: Allgemeine Wert- und Zielvorstellungen von Psychotherapeuten und Beratern. *Praxis der Psychotherapie* 21: 80-91 (1976).
- ROKEACH, M.: *The nature of human values*. Free Press, New York 1973.
- REVERS, W., REVERS, R. & WIDAUER, H.: *Herzinfarkt und Psyche*. Huber, Bern 1978.
- RIME, B.B.: Overt and covert personality traits associated with coronary heart disease. *British Journal of Medical Psychology* 52: 77-84 (1979).
- SCHERWITZ, L., BERTON, K. & LEVENTHAL, H.: Type A behavior, self-involvement, and cardiovascular response. *Psychosomatic Medicine* 40: 593-609 (1978).
- SWENCIONIS, C.: Cognitive strategies, autonomic response mode, and visceral discrimination in self-control of heart rate and blood flow. *Dissertation Abstracts International* 39 (6-B): 3028 (1978).
- VICKERS, R.R., HERVIG, L.K., RAHE, R.H. & ROSEMAN, R.H.: Type A behavior pattern and coping and defense. *Psychosomatic Medicine* 43: 381-396 (1981).
- WENNER, F.C.: Relationships between selected personality factors and types of physiological pathology exhibited. *Dissertation Abstracts International* 40 (10-B): 5030-5031 (1980).

Anschriften der Verfasser

Dipl.-Psych. Dietmar Ohm, Curschmann-Klinik, 2408 Timmendorfer Strand.

Dr. Günter Krampen, Universität Trier, FB I - Psychologie, Schneidershof, 5500 Trier.

Dipl.-Psych. Rudolf Heger, Klinik Hellbachtal, 2410 Mölln.