

Kontrollüberzeugungen Depressiver im transkulturellen Vergleich

K. K. Räder¹, G. Krampen², A. S. Sultan³

¹ Heckscher-Klinik, Bezirk Oberbayern und Universität München (Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie),

¹ Abt. Rottmannshöhe, Berg/Starnberger See (Leiter: Prof. Dr. J. Martinius)

² Fachbereich I., Psychologie, Universität Trier

³ Klinik am See, Bad Gandersheim

Loci of Control of Depressive Patients in Transcultural Comparison

On the background of social-cognitive theories and transcultural aspects of depression relationships between generalized locus of control orientations and indicators of depression were analyzed in clinical samples from Egypt and West Germany. Data were collected in samples of 50 Egypt and 45 German inpatients with major depressive disorder (MDD, DSM-III) as well as in control samples of 50 Egyptian and German inpatients with acute medical diseases. Besides the "Beck Depression Inventory" (BDI) and the Hopelessness-Scale (H-Scale) the IPC-Scales were used, measuring internality, powerful others control and chance control in generalized control orientations. Results are: (1) Depressive inpatients are more depressive, more hopeless, more external, and less internal than patients with medical diseases; (2) While the Egyptian patients reach in general a markedly higher level in depression (BDI) than the patients in the German samples, a similar difference in the H-Scale was only observed for the depressive samples; (3) The Egyptian patients show distinctly higher scores in powerful others and chance control; (4) Discriminant analysis shows, that about 60% can be classified to the correct disease- and nationality-group by using the IPC-Scores; (5) There are some cultural specifica in the correlative patterns of the studied variables.

It is concluded, that the results confirm on a general level the transcultural validity of cognitive approaches to depression. But it is noted as well, that cultural specifica in the structure of the cognitive orientations underlying depression require some differentiations of the constructs of such approaches.

Zusammenfassung

Auf dem Hintergrund sozialkognitiver Ansätze und transkultureller Aspekte der Depression wurden Zusammenhänge zwischen generalisierten Kontrollüberzeugungen und Indikatoren der Depressivität in klinischen Stichproben aus Ägypten und der Bundesrepublik Deutschland untersucht. 95 der befragten stationären Patienten litten unter einer Depression (Major Depressive Disorder i. S. von DSM-III), 100 Kontrollpatienten an einer akuten internistischen Erkrankung. Neben dem „Beck Depression Inventory“ (BDI) und der H-Skala zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit wurde der IPC-Fragebogen zur Messung generalisierter Kontrollüberzeugungen eingesetzt. Zentrale Befunde sind: (1) Beide Patientengruppen unterscheiden sich bedeutsam in allen erfaßten Variablen; (2) Während die Ägypter im BDI generell ein deutlich erhöhtes Grundniveau im Vergleich zu den Deutschen aufweisen, zeigt sich ein ähnlicher Unterschied in der H-Skala nur bei den depressiven Patienten; (3) Die ägyptischen Patienten weisen massiv erhöhte Externalitätswerte auf; (4) Anhand der IPC-Skalen können knapp 60% der Patienten der richtigen Nationalitäts- und Diagnosegruppe diskriminanz-analytisch zugeordnet werden; (5) In den korrelativen Bezügen zwischen Kontrollüberzeugungen und den Indikatoren der Depressivität zeigen sich einige kulturelle Spezifika.

Die Ergebnisse weisen einerseits auf die transkulturelle Gültigkeit kognitiver Ansätze zur Depression, machen andererseits aber auch deutlich, daß aufgrund der festgestellten kulturellen Besonderheiten in den Strukturen kognitiver Schemata Differenzierungen der Konstrukte dieser Ansätze notwendig sind.

1. Einleitung und Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung soll einen Beitrag zum interkulturellen Vergleich kognitiver Orientierungen depressiver Patienten leisten. Dazu werden ägyptische und

deutsche Depressive hinsichtlich ihrer Kontrollüberzeugungen untersucht. Dieses Konstrukt („Locus of control“, = LOC, Rotter 1966) entstammt der sozialen Lerntheorie und differenziert Individuen danach, inwieweit sie das Gefühl haben, in ihrem Verhalten durch die Umwelt bestimmt oder kontrolliert zu sein (externale Kontrolle) oder ob sie glauben, über das eigene Verhalten Einfluß oder Kontrolle auf die Umwelt ausüben zu können (internale Kontrolle).

Die bestimmten unabhängigen Variablen dieser Arbeit sind der Faktor Kultur (i. S. gesellschaftlicher Wertorientierungen) und psychische Auffälligkeit, operationalisiert über das Krankheitsbild Depression. Deren Einfluß und Interaktion in bezug auf das Konstrukt LOC soll untersucht werden. Aus vorausgegangenen empirischen Arbeiten zum interkulturellen Vergleich Depressiver ist bekannt, daß depressiv Erkrankte unterschiedlicher Länder sich qualitativ und quantitativ in ihren Symptomen unterscheiden. Auch das Konstrukt Kontrollüberzeugungen stellt sich im transkulturellen Vergleich als kultursensibel dar. Die Untersuchung von Depressionen bietet sich aufgrund der besonderen „Kulturanfälligkeit“ (Leff 1973) dieser Erkrankung an. Zudem sind bei der empirischen Fundierung kognitiver Depressionstheorien bereits Studien zu Attribuierungsstilen und Kontrollorientierungen Depressiver durchgeführt worden. Die Auswahl der ägyptischen Patientenstichprobe ergab sich aus Überlegungen zu Kovariationen von Subskalen der Kontrollüberzeugungsskala IPC („Fatalismus“, „externale Kontrolle bewirkt durch soziale Abhängigkeitsgefühle“) zu Aspekten der islamischen Weltsicht („Kismet“).

Der Einsatz von Testinstrumenten in interkulturellen Designs mag auf den ersten Blick problematisch erscheinen; ein Vergleich der Testgüte verschiedensprachlicher Skalen läßt sich aber durchaus mit den Berechnungen der klassischen Testtheorie vollziehen (Räder et al. 1990). Voraussetzung jeder transkulturellen Anwendung sprachgebundener Erhebungsverfahren ist jedoch zunächst die Optimierung der Übersetzung der Testitems mit dem Versuch, neben der denotativen die konnotative Adäquatheit der Texte herzustellen (Brislin 1970).

2. Sozial-kognitive Depressionstheorien

Neuere umfassende Theorien zur Depression begreifen depressives Handeln und Erleben als Resultat unterschiedlicher Einflüsse von Faktoren, die sowohl auf einer intra- als auch auf einer transpersonalen Ebene angesiedelt sind. Solche multifaktoriellen Modelle führen depressives Verhalten sowohl auf belastende Lebensumstände unter Einbeziehung gesellschaftlicher Deutungsmuster, persönlichkeitspsychologische Traits als auch auf biologische Variablen zurück. Somit lassen sich in depressivem Erleben und Verhalten eine subjektive Mikro- neben einer kollektiven Makroebene differenzieren. Krankheitstypisch für Depressive ist das subjektive Fühlen einer Auslieferung an soziale Bezüge mit reaktiv vermehrter Orientierung an kollektiven Deutungsmustern.

Seit Anfang der 70er Jahre wurden in der Depressionsforschung vermehrt kognitive, auf lerntheoretischen Vorstellungen basierende Theorien der Depression entwickelt. Bezüge zwischen dem Ausmaß der wahrgenommenen Kontroll- und Einflußmöglichkeiten auf Ereignisse im persönlichen Leben und der Depressivität wurden dort u. a. in den Theorien der Depression von Stotland (1969) und Beck (1972; siehe auch Beck et al. 1980) beschrieben.

Depressivität ist für Beck eine primär kognitive Störung, deren Ursache in individuellen Erfahrungen gesehen wird, die in inadäquaten kognitiven Schemata verfestigt sind. Wesentliches Kennzeichen der Depression ist dabei die „kognitive Triade“, mit der die

Tendenz Depressiver beschrieben wird; (1.) sich selbst, (2.) die Umwelt und (3.) die persönliche Zukunft negativ zu sehen. Die Gedanken kreisen in irrationaler Art und Weise um Themen, die die eigene Person entwerfen und die pessimistisch sind. Emotionale, vegetative, motivationale und motorische Symptome sind nach Beck Folgen dieser kognitiven Störung, die er u. a. durch „Denkfehler“ wie arbiträre Inferenzen, selektives Abstrahieren, Übergeneralisieren, Magnifizieren, ungenaues Benennen etc. beschreibt.

Diese extrem kognitivistische Position, nach der verzerrte kognitive Prozesse den anderen Symptomen der Depression stets vorausgehen, ist der in der Literatur am häufigsten anzutreffende Kritikpunkt an diesem Ansatz (Becker 1982). Dies gilt nicht für den instrumentalitätstheoretischen Ansatz von Stotland (1969), der auf das Postulat des Primats kognitiver Störungen in der Ätiopathogenese und Depravation der Depression verzichtet. Der Autor stellt einen breiteren erwartungswert-theoretischen Ansatz vor, in dem Hoffnungslosigkeit (definiert durch geringe subjektive Einfluß-/Kontrollerwartungen und die Aufgabe subjektiv hoch bewerteter Handlungs-/Lebensziele) das zentrale Konstrukt zur Beschreibung von Angst und Depressivität ist. Mit Hoffnungslosigkeit sind Gemeinsamkeiten der Ansätze von Beck und Stotland gefaßt, die über das Depressionsmodell der gelernten Hilflosigkeit (Seligman 1975) hinausgehen. Während sich die Theorie der (gelernten) Hilflosigkeit im Kern darauf beschränkt, Depressivität auf reduzierte Einfluß- und Kontrollerwartungen – also Veränderungen quantitativer Art – zurückzuführen, umfaßt das Konstrukt der Hoffnungslosigkeit daneben auch qualitative Aspekte veränderter Ziel- und Ereignisbewertungen (etwa die Aufgabe bisheriger Handlungs- und Lebensziele). Damit wird ein Zwei-Prozeßmodell der Depressionsgenese angesprochen (Krampen 1979, 1987), das mit Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit zwei qualitativ unterschiedliche Phasen beschreibt und diese durch den Einsatz adäquater Erhebungsmethoden (Skalen zu Kontrollüberzeugungen bzw. zur Hoffnungslosigkeit) diagnostizierbar macht.

3. Das Konstrukt Kontrollüberzeugungen

Das Konstrukt locus of control (LOC) ist in der Theoriefamilie der Erwartungswerttheorien verankert, die menschliches Handeln als planvolles, reflektiertes Tun begreifen. Zunächst wurde das Konstrukt eindimensional mit den Polen external vs. internal konzipiert (Rotter 1966). Faktorenanalytische Studien legten eine Differenzierung des externalen Pols nahe, und zwar nach (1.) Externalität, die durch soziale Abhängigkeitsgefühle (P = „powerful others“) bedingt ist und (2.) fatalistische Externalität (C = „chance“). Levenson (1974) erarbeitete auf dieser Basis die dreidimensionale IPC-Skala.

Untersuchungen mit diesem Test ergaben durchweg positive der beiden externalen und negative Korrelationen der internalen Kontrollüberzeugungen mit dem Grad der Depressivität der Probanden (Burger 1984, Ganellen & Blaney 1984, Algaratnam 1984). Arbeiten zur interkulturellen Variation des LOC ergaben zumeist ein „Nord-Süd-Gefälle“: Länder westlich geprägter Kultur wiesen durchweg erhöhte Internalitätswerte gegenüber Nationen geringerer Modernisierung auf (Mahler 1974, Lao 1978). Diese Unterschiede wurden häufig in der religiösen Orientierung der Gesellschaften verortet (Kivett 1979, Helode & Barlinge 1984).

4. Islamisch-arabische Aspekte der Depression

Lange Zeit galten Depressionen in nicht-westlichen Ländern als Rarität (*Kraepelin* 1904). Spätere Untersuchungen mit besserer Kenntnis kulturspezifischer Symptomausprägungen ergaben in Entwicklungsländern ähnliche Prävalenzen für diese Erkrankung (*Marsella et al.* 1975). *Pfeiffer* (1971) unterschied idealtypisch zwischen „westlichen“ und „südlichen“ Symptomen der Depression: Während in unserem Kulturkreis häufiger affektiv-kognitive Symptome beklagt werden, sind in Entwicklungsländern höhere Somatisierungstendenzen beobachtbar.

Auch *Okasha* (1977) findet für den arabisch-islamischen Bereich eine Dominanz leibnaher Störungen. *Racy* (1970) macht jedoch bereits darauf aufmerksam, daß die Symptome mit westlicher Akkulturation i. S. einer Akzentuierung affektiv-kognitiver Symptome „europäisieren“. Depressive mit niedrigem Status beklagen hingegen hauptsächlich somatische Beschwerden; offen formulierte Gefühle von Schuld und Selbstanklage seien die Ausnahme. Der Autor diskutiert dies auch im Zusammenhang mit der islamischen Weltanschauung:

“Possibly this is the result of the process of somatization itself, of the traditional resignation to fate, the common belief that one is not ever master of one's destiny (is it “Kismet” or what is “Written” that is responsible), or an innate and highly developed capacity to resolve guilt through projection” (*Racy* (1970) 72).

Somit spielen im arabischen Kulturkreis externe Attributierungen bei Depressionen eine wohl wesentliche Rolle. Die Fügung unter das Unvermeidliche und die Einsicht, selbst nichts bewirken zu können, wird durch Vorstellungen von Vorbestimmtheit in fatalistischer Weise vollzogen.

Diese deterministische Weltanschauung des Islam ist in Europa mit dem türkischen Lehnwort Kismet (Arabisch: „qisma“) mit der Bedeutung Schicksal bzw. „Los, was für jeden einzelnen bestimmt ist“ (*Kramers* 1927) hinlänglich populär. Viele Orientalisten betonen jedoch den volkstheologischen Charakter von Kismet, also weniger i. S. einer theologischen Prädestinationslehre sondern als Ausdruck eines praktischen Fatalismus, „der mit Resignation die Schicksalsschläge und die Wechselfälle des Geschickes hinnimmt“ (*Kramers* (1927) 1119).

Der Islam konnte das Paradoxon von Willensfreiheit und göttlicher Vorbestimmtheit aufgrund widersprüchlicher Formulierungen im Koran nicht lösen: Einerseits gilt das abstrakt monotheistische Verbot der „Zugesellung“ (shirk), andererseits durchziehen den Koran anthropomorphe Darstellungen über Gottes Eigenschaften, Wirken und Handeln.

Kellerhals (1981) zeigt, daß der Islam als Theokratie „logischerweise die totale Unterstellung aller Lebensgebiete unter das religiöse Gesetz“ fordere und damit in starkem Maße religiöse und kulturelle Vorstellungen verknüpfe. Diejenigen Länder, die bislang keine sozialstrukturelle Entsprechung der Säkularisierung aufweisen, artikulieren die symbolischen Dimensionen sozialen Handelns meist religiökulturell (*Tibi* 1985). Die Sinn-Produktion, aus der jene Symbole entspringen, entwickelten sich in den arabischen Ländern überwiegend im Rahmen eines „Islamic World View“, der selbst die Alltagssprache volksreligiös durchdringt und eine sprachlich kohärente Lebenswelt kognitiv gestaltet, wie etwa *Piamenta* (1979) verdeutlicht:

“Considering the matter from a viewpoint of absolute subjection, one looks at hardships like disease, lack of rain, death of a beloved person, or loss of riches as a chastisement of God, the Omni-

potent. One would say: kull shi min allah, ‘everything comes from God’...; when one suffers infliction, the cause of which is unknown, unpredictable, incomprehensible, or contrary to nature, in short, mysterious, one says it is min allah ‘from God’. Even ‘sneezing comes from God’, al-atas min allah” (*Piamenta* (1979) 195).

Aus dieser Sicht kann vermutet werden, daß depressive Moslems ihre Erkrankung mit Aspekten ihrer Religion verknüpfen und ihre Erkrankung vermehrt auf externe Faktoren zurückführen.

5. Hypothesenbildung

Aus dem bisher Dargestellten wird deutlich, daß sich sowohl im Konstrukt LOC als auch im Krankheitsbild der Depression sowohl persönliche wie soziale Deutungsmuster – letztere i. S. kollektiver Kognitionsstile – niederschlagen. Für das Krankheitsbild Depression lassen sich z. B. auf der persönlichkeitsnahen Mikroebene Merkmale wie das Selbstkonzept, Attributionsstile und Problemlösungsfähigkeiten ausmachen. Die Deutungsmuster schließen somit sowohl lebensgeschichtlich verankerte persönliche Wahrnehmungen und Erklärungen wie übernommene kollektive Deutungen und ideologische Muster auf der Makroebene ein.

Für das Konstrukt LOC gilt gleichfalls diese Dichotomie: Inwieweit sich ein Individuum als selbstbestimmt bzw. selbstkontrolliert erlebt, hängt nicht nur von den eigenen sozialen Lernerfahrungen ab, sondern auch davon, wie die jeweilige Gesellschaft individuelles „selbstverwirklichendes“ Handeln normativ bewertet. Krankheitstypisch für Depressive ist das Erleben einer passiven Auslieferung an soziale Bezüge mit vermehrter Anpassung an kollektive Orientierungen (*Draguns* 1980).

Somit lassen sich nunmehr folgende Hypothesen formulieren:

1. Ägypter zeigen eine erhöhte fatalistische Kontrollüberzeugung (C). Diese ist bei depressiv Erkrankten deutlicher als bei internistischen Patienten ausgeprägt.
2. Aufgrund der stärkeren Prägnanz kollektiver islamischer Deutungsmuster mit dem Erleben höherer sozialer Abhängigkeit sind bei Ägyptern deutlichere Ausprägungen im Bereich der Kontrollüberzeugung (P) zu erwarten. Diese sind wiederum bei depressiven stärker als bei internistischen Patienten ausgeprägt.
3. Hinsichtlich der internalen Kontrolle können keine gerichteten Hypothesen formuliert werden; möglicherweise konfundieren „Kontrollillusionen“ mit Verlusten an internaler Kontrolle bei den Patientengruppen.
4. Aufgrund einer „tendency for hyperbole“ (*Rüder et al.* 1990) sind höhere Werte in Selbstbeurteilungen der Depressivität (BDI, H-Skala) bei Ägyptern zu erwarten.

6. Material und Methoden

An der vorliegenden Studie nahmen 195 Patienten teil, die sich in stationärer Behandlung befanden. 95 Patienten (50 Ägypter, 45 Deutsche) litten an einer Depression (MDD nach DSM-III) und 100 Kontrollpatienten (50 Ägypter, 50 Deutsche) wurden wegen unterschiedlicher akut internistischer Erkrankungen behandelt.

Patienten mit organischer Depression und/oder wesentlicher organischer Begleitstörung wurden von der Studie ausgeschlossen. Sämtliche Patienten erhielten eine Testmappe mit folgenden Skalen: 1. Beckisches Depressionsinventar BDI (1961) in der deutschen Version von Kammer (1983); 2. IPC-Skalen nach Levenson (1974) in der deutschen Version von Krampen (1981); 3. H-Skala nach Beck et al. (1974) in der deutschen Version von Krampen (1979). Sämtliche Skalen wurden nach Maßgabe der Prinzipien von Übersetzung und Re-Übersetzung ins Arabische übertragen.

Das Beckische Depressionsinventar (BDI) ist eine Selbstbeurteilungsskala mit 21 Items. Bei der Testbearbeitung kann es sinnvoll sein, erheblich depressiven Patienten einzelne Items vorzulesen oder zu kommentieren (Beck et al. 1961). Bezüglich der Alters- und Geschlechtsnormierung des BDI wurden unterschiedliche Resultate mitgeteilt (Pöldinger et al. 1969, Beck 1972, Metcalfe & Goldman 1965). Deutsche Standards für psychogene und endogene Depressionen ergaben 18,3 resp. 25,4 Skalen-Punkte (Blaser et al. 1968).

Die IPC-Skala (Levenson 1974) besteht aus jeweils 8 Items für die Skalen I, P und C. Mitteilungen über zufriedenstellende Reliabilitäten und Validitäten des Tests finden sich bei der deutschen Übersetzung von Krampen (1981).

Die H-Skala zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit (Beck et al. 1974) umfaßt 20 Aussagen. Bisherige Anwendungen des Instruments weisen auf seine sehr gute interne Konsistenz, Reliabilität und konvergente Validität in klinischen Stichproben hin (Krampen 1979, 1986).

Die Fragebogen wurden von den Patienten innerhalb der ersten 2 Wochen nach stationärer Aufnahme bearbeitet. Genaue Angaben über die teilnehmenden Kliniken finden sich im Anhang bei Räder et al. (1989). Aufgrund der Analphabetismusrate in Ägypten war bei einem Teil der Probanden das Vorlesen der Skalen durch den jeweils betreuenden Arzt notwendig, eine Vorgehensweise, die auch West (1985) in Saudi-Arabien angewandt hat. Auf die Erhebung weiterer soziodemographischer Variablen außer Alter und Geschlecht wurde wegen mangelnder Vergleichbarkeit verzichtet.

7. Ergebnisse

Aufgrund der unterschiedlichen Altersstruktur der Patienten (s. u.) beider Länder und der möglichen Einflüsse dieser Variablen auf die Skalen wurde in allen Analysen das Patientenalter als Kovariat auspartialisiert. Die alterskorrigierten BDI-Mittelwerte der ägyptischen Depressiven (= ÄD) ($x = 30,4$; S. D. = 7,5) liegen deutlich über denen der deutschen Vergleichsgruppe (= DD) ($x = 22,4$; S. D. = 12,4). Auch die ägyptischen Kontrollpatienten (= ÄIK) ($x = 12,6$; S. D. = 9,1) erreichen höhere BDI-Gesamtwerte als die deutschen Kontrollen (= DIK) ($x = 5,6$; S. D. = 5,1). Die Differenz zwischen den beiden ägyptischen Samples entspricht (bei deutlich höherem Grundniveau) in etwa der der deutschen Stichproben. Die Unterschiede der BDI-Gesamt-Scores wurden nachfolgend über eine 2*2*2 ANCOVA (Nation - Krankheit - Geschlecht; Alter) auf Bedeutsamkeit geprüft. Die Haupteffekte der Faktoren Krankheit und Nation differenzieren erwartungsgemäß zwischen den jeweiligen Patientengruppen bedeutsam ($p < 0,000$). Eine genauere Analyse auf der Item-Ebene des BDI zeigt, daß die Unterschiede i. W. durch die höheren Skalierungen der somatischen Subskalen durch die Ägypter zustande kommen (Räder et al. 1990). Der Einfluß des Faktors Geschlecht ist ebenso wie der der Kovariate Alter und die Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren insignifikant.

Tab. 1 Mittelwerte (x) und Standardabweichungen (S. D.) der Skalen BDI, H-Skala und IPC für die vier untersuchten Stichproben

	Deutsche		Ägypter	
	Depressive n = 28	Kontrollen n = 32	Depressive n = 39	Kontrollen n = 33
x	22,8	6,2	30,2	11,5
BDI				
S. D.	6,0	3,0	4,7	4,2
x	31,7	27,0	35,2	25,8
H-Skala				
S. D.	4,3	3,3	1,9	2,7
x	33,6	36,2	32,3	38,2
I				
S. D.	4,9	4,8	6,4	5,5
x	28,5	23,0	37,3	27,2
P				
S. D.	6,0	6,8	6,4	7,3
x	25,6	22,7	35,5	28,6
C				
S. D.	6,3	5,8	4,3	7,5

BDI = Beck-Depressions-Inventar; H-Skala = Hoffnungslosigkeitsskala; I = internale Kontrolle; P = externale Kontrolle (powerful others); C = externale Kontrolle (chance); x = Mittelwert; S. D. = Standardabweichung

Im nächsten Schritt werden die vier Samples über die Mittelwerte und Standardabweichungen des BDI auf Pränanzgruppen reduziert. Patienten, die ober- oder unterhalb der einfachen Standardabweichung ihrer Gruppe liegen, werden von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Dieses Procedere bewirkt eine Homogenisierung der Gruppen, Effekte von Fehldiagnosen und Antworttendenzen lassen sich dadurch wesentlich reduzieren. Die Gesamtstichprobe ($n = 195$) verringert sich damit auf 132 Patienten (28 DD, 39 ÄD; 32 DIK und 33 ÄIK). Die Altersstruktur dieser Stichproben ergibt folgende Mittelwerte: DD (12 männl., 16 weibl.) 41,4 (S. D. 9,7); ÄD (18 männl., 21 weibl.) 32,3 (S. D. 6,7); DIK (19 männl., 13 weibl.) 42,2 (S. D. 10,6) und ÄIK (18 männl., 15 weibl.) 36,3 Jahre (S. D. 8,6). Die altersadjustierten Mittelwerte der BDI-Gesamt-Scores sind in Tab. 1 angeführt. Die Berechnung der Mittelwertunterschiede (t-Test) zeigt, daß sich sämtliche Gruppen statistisch bedeutsam unterscheiden: die größte Differenz findet sich erwartungsgemäß zwischen DIK und ÄD ($t = 20,4$; $p < 0,000$) der geringste Unterschied zwischen den Kontrollen beider Länder (DIK vs. ÄIK; $t = 4,5$; $p < 0,000$).

Tab. 1 zeigt weiterhin die Mittelwerte der H-Skala für die vier Subsamples. Die Mittelwerte der depressiven Ägypter (ÄD) liegen deutlich über denen der deutschen Depressiven (DD) ($t = 7,3$; $p < 0,000$); abweichend von den Ergebnissen des BDI zeigt die Gruppe ÄIK gegenüber DIK keine erhöhten Werte, die ägyptischen Kontrollpatienten scoren hier sogar ein wenig niedriger als die deutsche Referenzgruppe ($t = 1,5$; $p = n. s.$). Das Kovariat Alter zeigt keinen bedeutsamen Effekt.

Die Mittelwerte des Parameters internale Kontrolle (I) sind hypothesenentsprechend für die jeweilige depressive Population gegenüber den Kontrollen erniedrigt: das Sample DD unterscheidet sich jedoch nicht bedeutsam von der Gruppe DIK ($t = 1,8$; $p = n. s.$), während dies für die ägyptischen Samples ÄD vs. ÄIK zutrifft ($t = 4,5$; $p < 0,000$).

Tab. 2 Korrelationen zwischen den Tests BDI/H-Skala und den IPC-Skalen für die vier Stichproben

	I	P	C
DD - BDI	-17	16	36*
ÄD - BDI	-16	5	- 3
DIK - BDI	8	28	50**
ÄIK - BDI	-21	-10	17
DD - H-Skala	-17	39	42*
ÄD - H-Skala	-42**	19	7
DIK - H-Skala	-16	21	30
ÄIK - H-Skala	21	48**	64**

DD = deutsche Depressive; ÄD = ägyptische Depressive; DIK = deutsche internistische Kontrollen; ÄIK = ägyptische internistische Kontrollen

ansonsten: siehe Tab. 1

*p < 5% (2seitiger Test)

**p < 1% (2seitiger Test)

Dezimalpunkte nicht aufgeführt

Kein Unterschied läßt sich auch für die beiden depressiven Gruppen DD vs. ÄD in bezug auf den Parameter I konstatieren ($t = 0,9$; $p = n. s.$). Das Kovariat Alter ist nur bei der Gruppe ÄIK signifikant ($F = 5,4$; $p = 0,022$).

Die externe Kontrollüberzeugung P (Tab. 1) erreicht wiederum beim Sample ÄD die höchsten Mittelwerte. Erstaunlich hoch und fast an das Sample DD heranreichend sind die mittleren P-Werte der ägyptischen Kontrollpatienten! Die depressiven Patienten liegen bei beiden Ländern bedeutsam über denen der Kontrollen (Deutsche: $t = 3,2$; $p = 0,002$; Ägypter: $t = 6,4$; $p < 0,000$). Auch die Differenzen zwischen den Samples DD vs. ÄD ($t = 5,0$; $p < 0,000$) und DIK vs. ÄIK ($t = 2,5$; $p = 0,014$) sind signifikant. Das Kovariat Alter zeigt auch hier keinen nennenswerten Effekt.

Die externe Kontrollüberzeugung C ergibt interessante Mittelwertverläufe über die einzelnen Samples. Beide ägyptischen Subpopulationen liegen wesentlich über denen der deutschen Stichproben. Fast alle Mittelwertunterschiede sind signifikant, am geringsten ist die Differenz zwischen DD und DIK ($t = 1,9$; $p = 0,06$) gefolgt von DD vs. ÄIK ($t = 2,0$; $p = 0,05$). Die restlichen Unterschiede liegen alle auf hohem Niveau ($p < 0,000$). Das Kovariat Alter zeigt hier einen signifikanten Effekt auf die Gesamtstichprobe ($F = 5,2$; $p = 0,024$).

Tab. 2 zeigt die Zusammenhänge des Konstrukts IPC mit den Skalen BDI und H-Skala. Die interne Kontrolle I kovariiert überwiegend erwartungskonform negativ mit der selbstskalierten Depressionstiefe, die Koeffizienten r erreichen jedoch kein Signifikanzniveau. Die Zusammenhänge zwischen der Skala P und dem BDI sind - mit Ausnahme des Subsamples ÄIK - positiv, aber ebenfalls insignifikant. Die Korrelationen zwischen der Skala C zeigen für die deutschen Patienten positive Ausprägungen (DD: $r = 0,36$; DIK: $r = 0,50$) bei deutlicher Reduktion des Zusammenhangs für die ägyptischen Stichproben.

Die Zusammenhänge zwischen der H-Skala und den Skalen des IPC-Fragebogens ergeben bei den beiden deutschen Samples die vermuteten negativen Korrelationen zur internalen Kontrolle I und positive Kovariationen zu den

Tab. 3 Interkorrelationen der IPC-Skalen für die vier Subsamples

	I * P	I * C	P * C
DD	-18	-35	59
ÄD	-35	2	46
DIK	29	2	55
ÄIK	45	46	55

Legende: siehe Tab. 2

Dezimalpunkte nicht aufgeführt

externalen Skalen P und C. Die Interdependenzen sind bei den Depressiven (DD) deutlicher als bei den Kontrollen (DIK) ausgeprägt. Die beiden ägyptischen Gruppen hingegen zeigen einige unerwartete Befunde: Bei den Depressiven (ÄD) imponiert der negative Zusammenhang zwischen I und der H-Skala ($r = 0,42$) bei fehlender Korrelation zu C. Beim Sample ÄIK lassen sich die vermuteten positiven Korrelationen der externalen IPC-Skalen P und C mit der H-Skala empirisch bestätigen bei gleichzeitig ebenfalls (jedoch insignifikanter) positiver Beziehung zu I.

Beim Vergleich der H-Skala und dem BDI zu den Skalen des IPC fallen die durchwegs deutlicheren Kovariationen des Fragebogens „Hoffnungslosigkeit“ zu den Subskalen der Kontrollüberzeugungen auf. Die Zusammenhänge zwischen den Tests BDI und der H-Skala sind mit Ausnahme des Samples ÄD ($r = 0,01$) positiv und variieren für die restlichen Gruppen zwischen $r = 0,30$ und $r = 0,44$.

Die Kovariationen der IPC-Skalen für die vier untersuchten Stichproben sind in Tab. 3 angeführt. Sämtlich positiv sind die Korrelationen zwischen den beiden Externalitätsskalen, ein Befund, der auch in der Stärke des Zusammenhangs mit anderen Untersuchungen übereinstimmt. Die Zusammenhänge sind statistisch bedeutsam, andererseits jedoch nicht so hoch, daß die Konstruktendifferenzierung in die zwei Subskalen C und P aus den hier vorliegenden Daten die Bidimensionalität der externalen Kontrolle nicht nahelegt. Die negativen Korrelationen des Samples DD zwischen den Externalitätsskalen C/P und I ($rI*P < rI*C$) bei fehlendem Zusammenhang der deutschen Kontrollen (DIK) können als Bestätigung i. S. einer Präzisierung der Zusammenhänge zwischen den Konstrukten Depression/Hoffnungslosigkeit und LOC bei einer homogeneren Stichprobe interpretiert werden. Bemerkenswert sind die deutlich positiven Beziehungen zwischen den Skalen I und P ($r = 0,45$) und I und C ($r = 0,46$) des Samples ÄIK bei gleichzeitig negativer Korrelation von I und P bei der Gruppe ÄD ($r = -0,35$). Der Unterschied zwischen den Koeffizienten ($rI*P(ÄIK) : rI*P(ÄD)$) getestet über z (Clausß & Ebner 1977, S. 278ff und Tafel 10, S. 493) ist hochsignifikant ($p < 0,000$).

Die z. T. unerwarteten Befunde der Interdependenzanalysen bei den ägyptischen Gruppen sollen nunmehr mit Hilfe multivariater Verfahren der dimensionalen Dekomposition weiter analysiert werden. Von Interesse als Basisdimension ist zunächst der jeweils 1. Faktor der unrotierten Faktorenlösung (Hauptkomponentenmethode) der vier Korrelationsmatrizes. Am adäquatesten i. S. der theoretischen Vorüberlegungen bildet der Generalfaktor der Stichprobe DD die vermuteten Zusammenhänge ab. Es finden sich substantielle positive Ladungen der Skalen BDI (0,60), der H-

Tab. 4 Ergebnisse der Faktorenanalysen für die vier Subsamples (Hauptkomponenten-FA; Varimaxrotation)

	ÄD			DD		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3
BDI	4	0	98	3	87	-31
H-Skala	83	5	-13	56	61	19
I	-83	-9	-22	-16	-15	92
P	32	80	9	91	0	-8
C	-11	89	-7	77	26	-32

	ÄIK			DIK		
	F1	F2	F3	F1	F2	F3
BDI	8	94	-11	28	81	16
H-Skala	81	41	5	10	84	-19
I	22	-15	95	10	-4	98
P	85	-28	21	86	8	25
C	72	24	45	84	32	-10

Legende: siehe Tab. 1 u. 2
Dezimalpunkte nicht aufgeführt

Skala (0,68), P (0,72) und C (0,84) bei negativer Ladung von I (-0,55). Dieser Faktor erklärt 46,7% der gemeinsamen Varianz. Ähnlich hoch ist die Varianzausschöpfung der Generalfaktoren der Samples ÄIK und DIK mit 48,4% resp. 43,4%. Einen deutlichen Abfall der Varianzerklärung ist für den 1. Faktor der Stichprobe ÄD mit 35,5% zu konstatieren. Hier zeigt sich eine nur geringe Ladung des BDI (0,18), wie sie auch beim Sample ÄIK (0,15) gefunden wird. Die H-Skala lädt bei beiden ägyptischen Stichproben substantiell und vorzeichen-gemäß entsprechend den Externalitätsskalen (0,62(ÄD), 0,72(ÄIK)). Bemerkenswert ist der Vorzeichenwechsel bei den Ladungen der Skala I zwischen ÄD (-0,71) zu ÄIK (0,63).

Die anschließende Varimaxrotation erfolgt nach Maßgabe einer 3faktoriellen Lösung, wobei z. T. auch Faktoren mit Eigenwerten < 1 betrachtet werden. Bei den deutschen Patienten treten i. W. Faktoren auf, die folgende Dimensionen abbilden (Tab. 4): Externale Kontrolle (F-1(DD), F-1(DIK)), Depressivität/Hoffnungslosigkeit (F-2(DD), F-2(DIK)) sowie interne Kontrolle (F-3(DD), F-3(DIK)). Die Dimensionalität des Samples ÄIK entspricht in etwa derjenigen der deutschen Stichproben. Das Sample ÄD zeigt davon abweichend eine andere Struktur: F-2(ÄD) entspricht noch in etwa den 2. Faktoren der übrigen Stichproben mit hohen gemeinsamen Ladungen von P und C, während F-1(ÄD) durch eine hohe positive Ladung der H-Skala bei substantiell negativer Ladung von I gekennzeichnet ist. F-3(ÄD) wird durch die Ladung der BDI-Skala als Singelton konstituiert.

Zur weiteren Verdeutlichung dieser Befunde werden die jeweils drei rotierten Faktoren der vier Samples auf ihre Ähnlichkeit hin analysiert (Programm FAST, Gebhardt 1967). Dabei weisen Ähnlichkeitskoeffizienten (r) von > 0,80 auf die dimensionale Identität von Faktormatrizen hin, während Koeffizienten zwischen 0,60 und 0,80 eine solche bereits in Frage stellen (Bortz 1977). Die Koeffizienten der Samples DD, DIK und ÄIK liegen sämtlich deutlich oberhalb des Kriteriums von 0,80, während die der Stichprobe ÄD mit den anderen Gruppen im Grenzbereich zwischen 0,78 und 0,79 ange-

Tab. 5 Ergebnisse der 2*2 ANCOVA (Nation - Krankheit; Alter) auf die Skalen des IPC

Faktor	I		P		C	
	F	p	F	p	F	p
Nation	.10	n. s.	26.5	.0000	70.3	.0000
Krankheit	18.75	.0000	44.7	.0000	37.8	.0000
N * K	2.97	n. s.	3.9	.05	11.6	.001
Alter	2.58	n. s.	2.9	n. s.	5.2	.0243

F = F-Wert; p = Irrtumswahrscheinlichkeit

Tab. 6 Ergebnisse der diskriminanzanalytischen Reklassifikation der vier Samples DD, ÄD, DIK und ÄIK (u. V's: I und C)

Gruppe	%Korrekt	Anzahl der richtig klassifizierten Fälle			
		DD	DIK	ÄD	ÄIK
DD	32,1	9	10	5	4
DIK	56,2	6	18	2	6
ÄD	84,6	1	0	33	5
ÄIK	51,5	8	5	3	17
total	58,3	24	33	43	32

Legende: siehe Tab. 2

siedelt sind. Dieses Ergebnis erhärtet die Vermutung, daß ägyptische Depressive in den untersuchten Parametern dimensional von den anderen Patientengruppen abweichen, jedoch nicht in so großem Ausmaß, daß eine differente Hintergrundstruktur für die verwandten Skalen angenommen werden muß.

Zur Beantwortung der Frage einer Abhängigkeit des Konstrukts IPC von den Faktoren Krankheit (Depression vs. Kontrollen) und Nation (Deutsche vs. Ägypter) wird eine 2*2 ANCOVA (Nation - Krankheit; Alter) auf die abhängigen Variablen I, P und C gerechnet. Bis auf den insignifikanten Effekt des Faktors Nation auf die Skala I werden die übrigen abhängigen Variablen durch die u. Vs. Nation bzw. Krankheit bedeutsam beeinflusst (Tab. 5). Daneben finden sich signifikante Interaktionen der beiden Faktoren bezüglich der Skalen P ($p=0,05$) und C ($p=0,001$). Letzteres deutet auf komplexere Wechselwirkungen der Einflußgrößen Kultur (i. e. Nation) und Krankheit auf die externalen Kontrollüberzeugungen hin.

Abschließend soll der Frage nachgegangen werden, ob bei Kenntnis der Variation der Parameter des IPC eine diskriminanzanalytische Reklassifizierung in die vier Patientengruppen gelingt. Bei 4 Gruppen liegt die Zuordnungswahrscheinlichkeit per Zufall bei 25%. Es können jedoch fast 60% aller Patienten über die zwei Skalen I und C in die korrekte Gruppe reklassifiziert werden (Tab. 6). Die Einbeziehung der Subskala P erhöht die Reklassifikationsgüte nicht signifikant. Die geringste Zuordnungssicherheit besteht beim Sample DD mit 32,1% und die größte Reklassifikationsgüte bei der Stichprobe ÄD mit 84,6%. Damit ist zu konstatieren, daß bei Kenntnis der Variation der IPC-Skalen eine gute Zuordnung in die vier Gruppen gelingt.

8. Diskussion

Die dargestellten Befunde, die auf Daten von stationären depressiven und akut-internistischen Patienten in Ägypten und in der Bundesrepublik basieren, bestätigen einerseits auf globaler Ebene Vorhersagen kognitivistischer Depressionstheorien zum Zusammenhang von generalisierten Kontrollüberzeugungen und Depressivität im transkulturellen Vergleich, weisen aber andererseits auch auf einige kulturelle Spezifika hin, die auf der Verankerung dieser Theorien im westlichen Denken gründen. Damit deuten sie auf die Notwendigkeit Depressionstheorien und ihre Konstrukte unterschiedlichen kulturellen Gegebenheiten anzupassen.

Zusammenfassend läßt sich in bezug auf unsere Hypothese (4) zunächst feststellen, daß Ägypter – depressiv oder internistisch erkrankt – höhere Selbstbeurteilungen depressiver Symptome abgeben als deutsche Patienten. Konsistent zu den Beschreibungen von „südlichen“ oder „tropischen“ Depressionen stellen auch wir eine verstärkte Somatisierungstendenz in den ägyptischen Stichproben fest. Dabei differenziert – und dies belegt die transkulturelle Gültigkeit dieses Erhebungsverfahrens – das BDI zwischen den deutschen Depressiven und Nicht-Depressiven ebenso stark wie zwischen den ägyptischen Patientengruppen. Interessant ist auch, daß – im Gegensatz zu Studien an nicht-klinischen Gruppen (Kammer 1983) – in keiner der beiden Kulturen statistisch bedeutsame Geschlechtsunterschiede in den BDI-Werten festgestellt werden konnten (Räder et al. 1990).

Die Befunde zur H-Skala bestätigen, daß Depressive beider Kulturen eine erhöhte Hoffnungslosigkeit im Vergleich zu internistischen Patienten beklagen (Krampen 1979). Hypothese (4) konnte insofern aber nur zum Teil bestätigt werden, als daß lediglich die depressiven Ägypter gegenüber den depressiven Deutschen deutlich erhöhte H-Skalenwerte aufwiesen, nicht jedoch die ägyptischen Kontrollpatienten, für die keine bedeutsamen Unterschiede zu den deutschen Kontrollpatienten ermittelt werden konnten. Dies kann u. U. darauf zurückgeführt werden, daß sich die unter engem Bezug zur kognitiven Depressionstheorie Beck's (1972) entwickelte H-Skala auf die Erfassung quantitativ und qualitativ veränderter selbstbezogener Kognitionen (reduzierte Zukunft- und Einflußerwartungen sowie Handlungs- und Lebensziele) konzentriert und somit auf dieser Ebene krankheitsspezifischer kognitiver Schemata in u. a. kulturell geprägten Denkmustern sensibler ist als das breiter auf die depressive Symptomatik hin angelegte BDI. Bestätigung findet diese Interpretation auch in den moderat hohen Korrelationen von BDI und H-Skala in den verschiedenen Teilstichproben. Während mit dem BDI Depressivität in der „ganzen“ Bandbreite abgebildet werden soll, konzentriert sich die H-Skala auf den Aspekt der Hoffnungslosigkeit, der nach dem Zwei-Prozeßmodell zur Ätiopathogenese und Depravation depressiver Erkrankungen die zweite, auch qualitativ veränderte Phase im Denken Depressiver über sich selbst, ihre Umwelt und die persönliche Umwelt betrifft. Diesem Aspekt kommt somit bei geringer oder nicht vorhandener depressiver Symptomatik – wie etwa bei den hier untersuchten internistischen Patienten aus beiden Ländern – eine geringere Bedeutung zu, was sich etwa auch darin zeigt, daß die Werte der H-Skala in Stichproben gesunder Probanden eine linksschiefe Verteilung aufweisen (Greene 1981, Durham 1982). Bei Depressiven schlagen andererseits kulturelle

Unterschiede – hier etwa der erhöhte Fatalismus in Ägypten – stark auf die zukunftsbezogenen Kognitionen durch.

Den in kognitiven Ansätzen postulierten Beziehungen zwischen externalen Kontrollüberzeugungen und Depressivität sind wir durch Gruppenvergleiche und korrelationsstatistische Analysen nachgegangen. Mit Bezug zu unseren Ausgangshypothesen (1 bis 3) kann dabei zunächst festgehalten werden, daß sich sowohl für die durch Fatalismus bedingte Externalität (C), als auch für die durch subjektive Machtlosigkeit bedingte Externalität (P) sowohl deutliche Haupteffekte für die Nationalitätszugehörigkeit, als auch für die Krankheitsgruppen in der postulierten Richtung zeigen. Die untersuchten ägyptischen Patienten weisen im Vergleich zu den deutschen massiv erhöhte Mittelwerte in beiden Externalitätsskalen auf, was mit der Hypothese relevanter Kulturunterschiede und der festgestellten erhöhten Depressivität der Ägypter im Einklang ist. Zugleich zeigt sich, daß die Kontrollüberzeugungen auch zwischen depressiven und internistischen Patienten differenzieren. Depressive verfügen danach über (1) eine erhöhte fatalistische Externalität, (2) eine erhöhte Externalität, die durch Gefühle sozialer Abhängigkeit bedingt ist und (3) eine reduzierte Internalität in den über verschiedenste Lebensbereiche generalisierten Kontrollüberzeugungen. Diskriminanzanalytisch konnte der relativ hohe prognostische Wert dieser drei Aspekte von Kontrollüberzeugungen für die Zugehörigkeit der Patienten zu den vier Untersuchungsgruppen bestätigt werden: Allein durch die Kenntnis der Kontrollüberzeugungen werden fast 60% der Patienten der richtigen Diagnosegruppe zugewiesen, was ein direkter Hinweis auf die empirische Bewährung kognitiver Depressionstheorien ist.

Zusätzliche Belege für die Angemessenheit der in kognitiven Ansätzen zur Depression postulierten Beziehungen zwischen Kontrollüberzeugungen und Depressivität erhalten wir aus den z. T. erheblichen korrelativen Beziehungen zwischen den drei Skalen (IPC, BDI, H-Skala). Hier deuten sich aber erneut einige kulturelle Spezifika an: Lediglich in den beiden Stichproben der deutschen Patienten ergeben sich differentiell essentielle Beziehungen zwischen erhöhter fatalistischer Externalität (C) und den BDI-Meßwerten, in den ägyptischen Stichproben dagegen nicht. Für die für kulturelle Unterschiede sensiblere H-Skala (s. o.) zeigen sich dagegen zusätzlich auch entsprechende statistisch bedeutsame Korrelationen zu den beiden weiteren erfaßten Aspekten von Kontrollüberzeugungen. So ist bei den ägyptischen Depressiven der H-Skalenwert essentiell mit reduzierter Internalität, bei den internistischen Patienten aus Ägypten der H-Skalenwert substantiell mit beiden Externalitätsskalen korreliert. Zusammen mit den Subgruppenunterschieden, die sich in der Betrachtung der Interkorrelationen der IPC-Skalenwerte und den Faktorstrukturen aller erfaßten Meßwerte ergeben haben, deutet dies auf bedeutsame Unterschiede zwischen den Angehörigen der beiden untersuchten Kulturen in der Struktur kognitiver Schemata, wie sie in den kognitiven Ansätzen zur Depressivität (Beck 1972, Seligman 1975, Stotland 1969) beschrieben werden. Diese Spezifika können Anlaß dazu geben, die unterliegenden theoretischen Konstrukte zu differenzieren und entsprechende Erhebungsverfahren zu entwickeln. Hierin ist eine der zentralen Aufgaben kulturvergleichender Studien in der Psychiatrie und Psychopathologie zu sehen.

Literatur

- Algarutnam, W. J.*: Multidimensional locus of control, anxiety, and depressed mood in undergraduates. *JRCS Med. Sci.* 12 (1984) 470–471
- Beck, A. T.*: Depression. Univ. of Philadelphia Press, Philadelphia 1972
- Beck, A. T., C. H. Ward, M. Mendelson, J. L. Mack, J. Erbaugh*: An inventory of measuring depression. *Arch. Gen. Psychiat.* 4 (1961) 561–571
- Beck, A. T., A. Weissman, D. Lester, L. Trexler*: The measurement of pessimism. *J. Consult. Clin. Psychol.* 42 (1974) 861–865
- Beck, A. T., A. J. Rush, B. F. Shaw, G. Emery*: Cognitive therapy of depression. Chichester: Wiley & Sons, 1980 (deutsch: Kognitive Therapie der Depression. Urban & Schwarzenberg, München 1981)
- Becker, P.*: Neuere psychologische Ätiologietheorien der Depression und Angst. In: *Minsel, W. R. & R. Scheller* (Hrsg.): Brennpunkte der klinischen Psychologie (Bd. 2). Kösel, München (1982) 26–62
- Blaser, P., D. Löw, A. Schäublin*: Die Messung der Depressionstiefe mit einem Fragebogen. *Psychiat. Clin.* 1 (1968) 299–319
- Bortz, J.*: Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin 1977
- Brislin, R. W.*: Back-translation for cross-cultural research. *J. Cross-Cult. Psychol.* 1 (1970) 185–216
- Burger, J. M.*: Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *J. Personal.* 52 (1984) 71–89
- Clauß, G., H. Ebner*: Grundlagen der Statistik. Deutsch & Thun, Frankfurt/Main 1977 (2. Aufl.)
- Draguns, J. G.*: Psychological disorders of clinical severity. In: *Triandis, H. C., J. G. Draguns* (Hrsg.): Handbook of Crosscultural Psychology, Bd. 6, Psychopathology, Allyn & Bacon, Boston (1980) 99–174
- Durham, T. W.*: Norms, reliability, and item analysis of the Hopelessness Scale in general psychiatric, forensic psychiatric, and college populations. *J. Clin. Psychol.* 38 (1982) 597–600
- Ganellen, R. J., P. H. Blaney*: Stress, externality, and depression. *J. Personal.* 52 (1984) 326–337
- Gebhardt, F.*: FAST. Vergleich von Faktorstrukturen. Deutsches Rechenzentrum, Darmstadt 1967
- Greene, S. M.*: Levels of measured hopelessness in general populations. *Brit. J. Clin. Psychol.* 20 (1981) 11–14
- Helode, R. D., S. P. Barlinge*: Locus of control in relation to religiosity and sex. *Psychol. Stud.* 29 (1984) 71–72
- Kammer, D.*: Eine Untersuchung der psychometrischen Eigenschaften des deutschen Beck-Depressions-Inventars (BDI). *Diagnostica* 29 (1983) 48–60
- Kellerhals, E.*: Der Islam: Geschichte, Lehre, Wesen (3. Aufl.), Gütersloher Verlagshaus Mohn, Gütersloh 1981
- Kivett, V. R.*: Religious motivation in middle age: Correlates and implications. *J. Geront.* 34 (1979) 106–115
- Kraepelin, E.*: Vergleichende Psychiatrie. *Zentrbl. Nervenheilk. Psychiat.* 27 (1904) 468–469
- Kramers, J. H.*: Stichwort: Kismet. In: *Houtsma, M. Th.* (Hrsg.): Enzyklopädie des Islam (Bd. 2), Leiden. Brill & Leipzig, Harrassowitz (1927) 1118–1119
- Krampen, G.*: Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten. *Med. Psychol.* 5 (1979) 39–49
- Krampen, G.*: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Hogrefe, Göttingen 1981
- Krampen, G.*: Neue Befunde zur Hoffnungslosigkeits-Skala (H-Skala). *Trierer Psychologische Berichte* 13, Heft 10 (1986)
- Krampen, G.*: Handlungstheoretische Persönlichkeitspsychologie. Hogrefe, Göttingen 1987
- Lao, R. C.*: Levenson's IPC-Scale: A comparison of Chinese and American students. *J. Cross-Cult. Psychol.* 9 (1978) 113–124
- Leff, J. P.*: Culture and differentiation of emotional states. *Brit. J. Psychiat.* 125 (1973) 299–306
- Levenson, H.*: Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *J. Personal. Assess.* 38 (1974) 377–383
- Mahler, I.*: A comparative study of locus of control. *Psychologia* 17 (1974) 135–139
- Marsella, A. J., K. O. Sanborn, V. Kamooka, L. Shizuru, J. Brennan*: Cross-validation of self-report measures of depression among normal populations of Japanese, Chinese, and Caucasian ancestry. *J. Clin. Psychol.* 31 (1975) 281–287
- Metcalfe, N., E. Goldman*: Validation of an inventory measuring depression. *Brit. J. Psychiat.* 111 (1965) 240–252
- Okasha, A.*: Psychiatric symptomatology in Egypt. *Ment. Health Soc.* 4 (1977) 121–125
- Pfeiffer, W. M.*: Transkulturelle Psychiatrie. Thieme, Stuttgart 1971
- Piamenta, M.*: Islam in everyday Arabic speech. Brill, Leiden 1979
- Pöldinger, W., P. Blaser, A. Gehring*: Zur Quantifizierung psychopathologischer und somatischer Symptome bei depressiven Verstimmungszuständen. In: *Hippius, H., H. Selbach* (Hrsg.): Das depressive Syndrom. Urban & Schwarzenberg, München (1969) 291–304
- Racy, J.*: Psychiatry in the Arab East. *Acta. Psychiat. Scand., Suppl.* 211 (1970)
- Räder, K. K., L. Adler, M. H. Schwibbe, A. S. Sultan*: Zur Validität des Beck-Depressions-Inventars (BDI) für interkulturelle Vergleiche. Eine Untersuchung an deutschen und ägyptischen Patienten. *Nervenarzt*, 1990, im Druck
- Rotter, J. B.*: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychol. Monogr.* 80, No. 609 (1966) 1
- Stotland, E.*: The psychology of hope. Jossey-Bass, San Francisco 1969
- Tibi, B.*: Der Islam und das Problem der Bewältigung des kulturellen Wandels. Suhrkamp, Frankfurt/Main 1985
- West, J.*: Comparison of depressive symptomatology between Saudi and American psychiatric outpatients in an Eastern Province Medical Center, Saudi Arabia. *Int. J. Soc. Psychiat.* 31 (1985) 230–234

Dr. K. K. Räder

Heckscher-Klinik
Institut für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Abt. Rottmannshöhe
D-8137 Berg – Starnberger See 3