

Generalisierte Kontrollüberzeugungen („Locus of Control“) von Kurpatienten mit Herz-Kreislaufkrankungen (essentielle Hypertonie, koronare Herzkrankheiten)

GÜNTER KRAMPEN und DIETMAR OHM

1. Problemstellung

Das persönlichkeitspsychologische Konstrukt der Kontrollüberzeugungen ("locus of control"), entwickelt von ROTTER (1966) im Rahmen der sozialen Lerntheorie, kennzeichnet das Ausmaß der von einem Individuum erlebten Selbst- versus Fremdbestimmung in seinen umweltbezogenen Handlungen. Kontrollüberzeugungen stellen einen wesentlichen Aspekt gelernter generalisierter Erwartungshaltungen dar. Eindimensional unterscheidet ROTTER (1966) zwischen zwei Extremausprägungen dieser Variablen: (a) externale Kontrollüberzeugungen liegen dann vor, wenn ein Individuum Verstärker und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als nicht kontingent zum eigenen Verhalten perzipiert, sondern sie als Produkt von Glück, Pech, Zufall oder Schicksal wahrnimmt bzw. sie als von anderen (mächtigeren) Personen abhängig betrachtet; (b) internale Kontrollüberzeugungen hat ein Individuum dann, wenn es Verstärker und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, als kontingent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Persönlichkeitsmerkmalen wahrnimmt. Es handelt sich also bei Kontrollüberzeugungen um hoch generalisierte Kausalattributionen, wobei die Dimension internale versus externale Attribuierung (vgl. WEINER et al., 1971) im Vordergrund des Interesses steht. Die Kontrollüberzeugung muß aber nicht als typologisches bzw. eindimensionales Konstrukt aufgefaßt werden, was schon aus der oben aufgeführten Begriffsbestimmung des externen Extrems deutlich wird. Auch weisen eine Vielzahl faktorenanalytischer Befunde auf die Mehrdimensionalität des Konstruktes (vgl. etwa COAN et al., 1973; SCHWARTZ, 1973). Es erscheint vielmehr sinnvoll zumindest auf der externalen Seite eine Differenzierung vorzunehmen, die Externalität im Sinne von Schicksalsgläubigkeit (Fatalismus) von Externalität, begründet durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit, unterscheidet. Auf der Basis dieser Überlegungen entwickelte LEVENSON (1973) drei unabhängige Skalen zur Messung folgender Aspekte von generalisierten Kontrollüberzeugungen (siehe auch KRAMPEN, 1979 a): (a) I-Skala zur Messung der internalen Kontrollüberzeugung (subjektiv von der Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über die Ereignisse in der personspezifischen Umwelt); (b) P-Skala zur Messung der externalen Kontrollüberzeugung, die durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit (vor allem dadurch, daß andere Personen als mächtig und kontrollierend erlebt werden) definiert ist; (c) C-Skala zur Messung der externalen fatalistischen Kontrollüberzeugung (Einstellung, daß die Welt relativ ungeordnet und

chaotisch ist, daß das Leben und Lebensereignisse vor allem von Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen).

Die Bedeutung von Kontrollüberzeugungen für psychische Erkrankungen wies etwa LEVENSON (1973) nach. Sie stellte beim Vergleich einer psychiatrischen Stichprobe mit einer unauffälligen sowohl bei Psychotikern als auch bei Neurotikern erhöhte Werte auf den beiden Externalitäts-Skalen fest, wobei Psychotiker wiederum höhere Werte aufwiesen als Neurotiker. Es ist nun auch von Interesse, zu untersuchen, wie individuelle Kontrollüberzeugungen bei psychosomatischen Patienten ausgebildet sind. Individuelle Kontrollüberzeugungen stehen in Bezug zu individuellen ("naiven") Erklärungsversuchen der Krankheitsentstehung des Patienten, und - was für eine effektive Intervention besonders wichtig ist - auch zur Krankheitseinsicht, Einstellung zur Therapie, zur Rehabilitation und zu präventiven Maßnahmen. Besonders wesentlich dürfte dies gerade (vor allem, wenn man an den Aspekt der Prävention denkt) für organische Erkrankungen sein, die zumindest partiell psychosozial bedingt sind. Dazu gehören u. a. Herz-Kreislaufkrankungen, die nicht alleine durch somatische Anomalien determiniert sind (vgl. hierzu etwa HAHN, 1971; HAMILTON, 1972; BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975); die Bedeutung von Stresserlebnissen, vor allem dann, wenn sie sich über einen längeren Zeitraum erstrecken oder quasi-konstant sind, liegt hier auf der Hand. Hier ist etwa an Patienten mit koronarer Herzkrankheit (Koronarinsuffizienz, Herzinfarkt) oder mit essentieller Hypertonie zu denken. Vorliegende psychodiagnostische und psychometrische Untersuchungen deuten bei beiden Patientengruppen in die Richtung einer neurotischen Persönlichkeitsstruktur (vgl. etwa RICHTER & BECKMANN, 1969; BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975), die - würde man die Befunde LEVENSONs (1973) in der psychiatrischen Stichprobe einfach auf psychosomatische Patienten übertragen - zu der Hypothese erhöhter Externalität bei Patienten mit Herz- und Kreislaufkrankungen führen würde. Betrachtet man dagegen die psychosomatisch und tiefenpsychologisch orientierten Erklärungsversuche etwa zur Persönlichkeit des Infarktpatienten (gekennzeichnet durch eine hohe Widerstandsschranke der Patienten, Zwanghaftigkeit, Verleugnen der Realität, "Arbeitssucht", zwanghaften Perfektionismus etc.; vgl. etwa RICHTER & BECKMANN, 1969; REVERS, REVERS & WIDAUER, 1978) und zur Persönlichkeit des Hypertonikers (gekennzeichnet durch einen hohen Leistungswillen, Pflichtbewußtsein, chronisch-gehemmte Aggressivität und eine "Helferhaltung"; vgl. etwa QUINT, 1967; BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975) genauer, so bildet sich die Alternativhypothese, daß Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, die nicht rein organisch bedingt sind, im Vergleich zu anderen Personen über Kontrollüberzeugungen verfügen, die eher internal ausgerichtet sind: sie glauben, ihre Umwelt weitgehend beeinflussen zu können und ihr Leben vor allem selbst zu bestimmen. Hier sei gleich darauf verwiesen, daß Internalität nicht per se ein Indiz für Gesundheit und psychische Stabilität (d. h. keinen Neurotizismus) sein muß, da inadäquate Erwartungen nicht nur im externalen Bereich vorliegen können (etwa wenn eine Person glaubt, keine Kontrolle über Ereignisse zu haben, obwohl sie sie hat; siehe

hierzu auch SELIGMANS, 1975 Paradigma der gelernten Hilflosigkeit), sondern durchaus auch im internalen Bereich (etwa im Sinne von Realitätsverlust und/oder Selbstüberschätzung, wenn eine Person glaubt, durch ihr Verhalten alle Umweltaspekte beeinflussen zu können). Die oben aus den Beschreibungen der Persönlichkeit des Infarktpatienten und des Hypertonikers abgeleitete Alternativhypothese gründet sich also auf den letztgenannten Aspekt der Selbstüberschätzung, die gerade bei Herz-Kreislauf-Erkrankten sowohl für die Genesung und Rehabilitation als auch unter präventivem Gesichtspunkt ein wesentlicher Risikofaktor (natürlich neben anderen; siehe hierzu BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975) sein dürfte. Diese Hypothese einer erhöhten Internalität von Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen steht u. a. auch mit dem Befund eines erhöhten Optimismus von Infarktpatienten (KRAMPEN, 1979 b) in Einklang.

Untersuchungsstichprobe ist in der vorliegenden Untersuchung eine Patientengruppe, die an einer sechswöchigen rehabilitativen Heilmaßnahme in einer Kurklinik teilnahm. Generalisierte Kontrollüberzeugungen dürften gerade bei Kurpatienten ein für Rehabilitation und Prävention wichtiger Persönlichkeitsbereich sein (zu anderen Persönlichkeitsvariablen und vor allem zur Effektivität von rehabilitativen Heilmaßnahmen in einer Kur siehe etwa FERSCHING & KURY, 1979).

2. Methode

Die deutsche Adaption der IPC-Skalen von LEVENSON (1973) zur Messung der drei genannten Aspekte von generalisierten Kontrollüberzeugungen, deren meßpraktische Tauglichkeit, Reliabilität und Validität von KRAMPEN (1979 a; in Vorbereitung) belegt werden konnte, wurde 56 Patienten einer Kurklinik zur Bearbeitung vorgelegt. Die Datenerhebungen erfolgten anonym. Alle befragten Patienten litten unter nicht rein somatisch bedingten Herz-Kreislauferkrankungen (im einzelnen: 15 Patienten mit essentieller Hypertonie, 16 Patienten mit Koronarinsuffizienz, 25 Patienten mit Herzinfarkt) und hielten sich vor allem zur Rehabilitation und Einleitung präventiver Maßnahmen in der Klinik auf. Der Fragebogen wurde jeweils kurz nach der Aufnahme in die Kurklinik von den nach Zufall ausgewählten Patienten ausgefüllt. Die Stichprobe besteht aus 17 Frauen und 39 Männern; das durchschnittliche Alter der Patienten betrug $\bar{x}=46,2$ Jahre ($s=11,65$ Jahre). Diese Untersuchungsstichprobe wird im folgenden als "Patienten mit Herz-Kreislauferkrankungen" bezeichnet. Eine weitere Aufteilung dieser Stichprobe in Subgruppen nach genauer Diagnose erbrachte keine statistisch bedeutsamen Unterschiede; auf eine Darstellung dieser Befunde soll aber wegen der geringen Stichprobengrößen verzichtet werden.

Als Vergleichsstichproben dienen in dieser Untersuchung drei Personengruppen. Neben einer Stichprobe gesunder Personen, die in Alter, Ausbildung, Beruf und sozioökonomischem Status der Stichprobe der Kurpatienten vergleichbar ist, wird noch eine Stichprobe von Alkoholikern, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in einer Entziehungskur befanden (also auch stationäre

Klinikpatienten waren) und eine Stichprobe von Strafgefangenen herangezogen. Im einzelnen handelt es sich um folgende Vergleichsstichproben: (1) 50 Alkoholiker, die sich beim Ausfüllen der IPC-Skalen am Anfang einer stationären Entziehungsbehandlung befanden (16 Alkoholikerinnen und 34 Alkoholiker, Alter: $\bar{x}=39,1$ Jahre, $s=11,21$ Jahre; siehe auch KRAMPEN & NISPEL, 1978); (2) 45 männliche Strafgefangene, die die IPC-Skalen in einer Strafvollzugsanstalt bearbeiteten (Alter: $\bar{x}=20,4$ Jahre, $s=1,51$; siehe auch KRAMPEN 1979 a); (3) 60 Personen, die sich weder in einer Strafanstalt noch in einer Klinik aufhielten, und die nach eigenen Angaben auch nicht unter einer Krankheit litten (21 Frauen und 39 Männer, Alter: $\bar{x}=48,9$ Jahre, $s=4,81$). Auch diese Personen bearbeiteten die IPC-Skalen anonym.

3. Ergebnisse¹

Nach der Berechnung der individuellen Skalensummenwerte für die Untersuchungspersonen wurden zunächst für die Stichprobe der Kurklinikpatienten und die der gesunden Personen Itemanalysen berechnet. Die ermittelten Werte für die Trennschärfe und Schwierigkeit der Items sowie für die Testhalbierungsreliabilitäten und internen Konsistenzen der drei Skalen bestätigen weitgehend die von KRAMPEN (1979 a) vorgelegten Parameter. In der Stichprobe der 56 Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen betragen die Testhalbierungsreliabilitäten (nach SPEARMAN-BROWN) für Skala I $r_{tt} = .65$ (interne Konsistenz nach Formula 8 von KUDER-RICHARDSON: .91), für Skala P $r_{tt} = .64$ (interne Konsistenz: .95) und für Skala C $r_{tt} = .62$ (interne Konsistenz: .94). Auch die korrelativen Beziehungen der IPC-Skalen untereinander konnten repliziert werden: die Skala I korreliert weder mit Skala P ($r = -.01$) noch mit Skala C ($r = .08$) signifikant; zwischen den beiden Externalitätsskalen bestehen Interdependenzen, die sich in dem Korrelationskoeffizient von $r = .63$ ($p < .001$) niederschlagen (ähnliche Befunde liegen bei LEVENSON, 1973 und KRAMPEN, 1979 a vor). Auch die weitgehende Altersunabhängigkeit der IPC-Skalen konnte für die neuen Stichproben repliziert werden. Lediglich Skala C (durch Fatalismus begründete Externalität) korreliert in der Stichprobe der Kurpatienten mit dem Alter leicht negativ zu $r = -.22$ ($p < .05$).

Die IPC-Skalenwerte der vier Vergleichsstichproben wurden dann mit Hilfe von einfaktoriellen Varianzanalysen miteinander verglichen (BARTLETT-BOX-Tests ergaben in allen Fällen keine Varianzheterogenitäten). Es wurden Varianzanalysen für den Vergleich aller Stichproben berechnet, damit der α -Fehler nicht unnötig häufig in die statistischen Analysen eingeht, was ja sonst zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit signifikanter Befunde durch die

1 Die Auswertung der Daten wurde mit dem Rechner TR 440 des Rechenzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt. Es wurden Programme aus dem Programmpaket SPSS (NIE et al., 1970; Version 6.2), eine adaptierte Version des Programms MANOVA von COOLEY & LOHNES (1971) und Programme von Herrn Dipl.-Math. Heinrich Zacher und Herrn Gerhard Hoffmann (Rechenzentrum der Universität Trier) verwendet.

einfache Anzahl der Signifikanztests bedeuten würde; dem wurde dadurch vorgebeugt, daß die wesentlichen Einzelmittelwertsvergleiche a posteriori mit dem DUNCANs multiple ranges test durchgeführt wurden (siehe hierzu etwa WINER, 1971). In Tabelle 1 sind die Ergebnisse zusammenfassend für die Skala I (Internalität), P (Externalität bedingt durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit) und C (Externalität bedingt durch Fatalismus) dargestellt. Für alle drei Skalen ergeben sich statistisch signifikante F-Brüche, die auf wesentliche Mittelwertsunterschiede zwischen den vier Gruppen hinweisen.

Varianzquelle	SAQ	df	MQ	F-Wert
1. I-Skala				
Zwischen den Gruppen ¹	194,326	3	64,775	3,373 ⁺
Innerhalb der Gruppen	3 975,313	207	19,204	
Gesamtvarianz	4 169,639	210		
2. P-Skala				
Zwischen den Gruppen	949,422	3	316,474	9,176 ⁺⁺⁺
Innerhalb der Gruppen	7 139,128	207	34,488	
Gesamtvarianz	8 088,549	210		
3. C-Skala				
Zwischen den Gruppen	1 476,547	3	492,182	13,337 ⁺⁺⁺
Innerhalb der Gruppen	7 639,283	207	36,905	
Gesamtvarianz	9 115,829	210		

1 Gruppen: Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen, Alkoholiker, Strafgefangene und gesunde Personen

+++ $p < .001$; + $p < .05$

Tab. 1: Ergebnisse der einfachen Varianzanalysen

Für die Externalitätsskalen P und C erreichen die F-Werte die Signifikanzschwelle von $\alpha = .001$, für die Internalitätsskala I wird die Grenze für $\alpha = .01$ mit einer empirischen Wahrscheinlichkeit von $p = .019$ nur knapp überschritten. Die Einzelmittelwertsvergleiche zeigen, daß die Kurpatienten mit Herz-Kreislaufkrankungen auf allen drei Skalen Werte erreichen, die auf interne Kontrollüberzeugungen hinweisen. Auf der I-Skala liegt der Mittelwert der Kurpatienten signifikant höher ($p < .01$) als die der drei anderen Stichproben, die sich untereinander auf dieser Skala nicht signifikant unterscheiden. Der signifikante varianzanalytische F-Wert für Skala I (siehe Tabelle 1) ist also vor allem auf die besondere Stellung der Stichprobe der psychosomatischen Patienten zurückzuführen. In Skala P (Externalität bedingt durch ein Gefühl der Machtlosigkeit) unterscheidet sich der Mittelwert der

Kurpatienten nicht signifikant von dem der gesunden Personen; beide Gruppen unterscheiden sich jedoch statistisch sehr bedeutsam ($p < .001$) von den Alkoholikern und den Strafgefangenen, die höhere Externalitätswerte aufweisen. Ebenso sehen die Einzelmittelwertsunterschiede auf Skala C (Externalität bedingt durch Fatalismus) aus. Auch hier sind Kurpatienten mit Herz-Kreislaferkrankungen und gesunde Personen internaler als die beiden anderen Personengruppen ($p < .001$). Zusammenfassend kann also festgestellt werden, daß sich die Untersuchungsgruppe der an Herz bzw. Kreislauf erkrankten Patienten im Vergleich zu den anderen Gruppen vor allem durch eine erhöhte Internalität auszeichnet. In den beiden Externalitätsbereichen der generalisierten Kontrollüberzeugungen bestehen nur geringe Unterschiede zu gesunden Personen, jedoch (ebenso wie bei den gesunden Personen) erhebliche zu stationär behandelten Alkoholikern und Strafgefangenen.

Eine zusätzlich durchgeführte multivariate Varianzanalyse (MANOVA; vgl. etwa COOLEY & LOHNES, 1971), in die die drei Variablen der Kontrollüberzeugungen gemeinsam zur Differenzierung zwischen den drei Gruppen eingingen, bestätigt die vorgelegten univariaten Befunde. Die Stichprobe der männlichen Strafgefangenen wurde hier als Extremgruppe nicht mitberücksichtigt, da sie sich auch durch das durchschnittliche Alter erheblich von den anderen Stichproben unterscheidet. Bei Gleichheit der Dispersionen ($F_{12}^{\infty} = 1,149$; nicht signifikant) erreicht der MANOVA F-Wert für die Gleichheit der Zentroide den statistisch hoch signifikanten Wert von $F_6^{446} = 7,00$ ($p < .01$; $\eta^2 = .16$; WILKs Lambda = .84). Durch die drei Variablen der generalisierten Kontrollüberzeugungen können die Stichproben der Herz-Kreislaufpatienten, der Alkoholiker (in stationärer Behandlung) und der gesunden Personen also gut unterschieden werden.

Ferner wurden zweifaktorielle, univariate Varianzanalysen mit den Faktoren "Geschlecht" und "Stichprobenzugehörigkeit" für die drei IPC-Skalenwerte durchgeführt, um eventuell auftretende geschlechtsspezifische Ausprägungen auf den Skalen und Interaktionen zwischen "Geschlecht" und "Stichprobenzugehörigkeit" zu überprüfen. Die Stichprobe der Strafgefangenen wurde auch hier nicht berücksichtigt, da sie nur aus Männern besteht. Die einfachen Haupteffekte für den Faktor "Stichprobenzugehörigkeit" erreichen natürlich in allen drei Fällen signifikante F-Werte. Für den Faktor "Geschlecht" und die Interaktionen der Faktoren "Geschlecht" x "Stichprobenzugehörigkeit" konnten keine signifikanten F-Werte ermittelt werden. Ebenso wie bei KRAMPEN (1979 a) erweisen sich also auch keine Wechselwirkungen zwischen dem Geschlecht der Personen und ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe der Kurpatienten, der Alkoholiker oder der gesunden Personen.

4. Diskussion

Die Alternativhypothese, daß Kurpatienten mit Herz-Kreislaferkrankungen, die zumindest partiell psychosozial bedingt sind, in ihren generalisierten Kontrollüberzeugungen internaler orientiert sind als gesunde Personen, kann-

te bestätigt werden. Diese Patienten glauben stärker, ihr Leben und Ereignisse in ihrer Umwelt selbstbestimmen und kontrollieren zu können (I-Skala); auf den beiden Externalitätsskalen zeigten sich dagegen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Psychosomatikern und den Gesunden. Im Vergleich zu Alkoholikern, die sich in einer stationären Behandlung befinden, und zu Strafgefangenen fühlen sich die Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen jedoch ebenso wie die gesunden Personen weniger abhängig von "mächtigen" anderen Personen, sie nehmen sich sozial weniger kontrolliert wahr (P-Skala); sie erleben sich auch als weniger abhängig von Glück, Pech, Zufall oder Schicksal (sind also weniger fatalistisch; C-Skala) als Alkoholiker und Strafgefangene. Besonders hervorstechend ist der Befund zur Internalitätsskala, da sich hier die Kurpatienten nicht nur von den Alkoholikern und Strafgefangenen statistisch bedeutsam unterscheiden, sondern auch von den gesunden Personen. In bisherigen Untersuchungen mit den IPC-Skalen bei verschiedensten Personengruppen stand bislang gerade die Differenzierungsfähigkeit der I-Skala in Zweifel; erhebliche Mittelwertsunterschiede zwischen verschiedenen Stichproben wurden hauptsächlich auf den beiden Externalitätsskalen ermittelt (vgl. etwa LEVENSON, 1973; KRAMPEN, 1979 a). Die vorliegenden Ergebnisse weisen nun gerade auf die Bedeutung der I-Skala zur Charakterisierung der generalisierten Kontrollüberzeugungen von Patienten mit Herz-Kreislaufkrankungen. Es zeigt sich, daß die an psychiatrischen Patienten ermittelten Befunde von LEVENSON (1973) nicht ohne weiteres auf psychosomatische Patienten übertragen werden können. Neurotiker in stationärer psychiatrischer Behandlung und Psychosomatiker, bei denen zwar eine "charakterneurotische Reaktionsbildung" (BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975, p. 139), jedoch meist keine manifeste neurotische Symptomatik festgestellt werden kann, unterscheiden sich also in ihren generalisierten Kontrollüberzeugungen. Der Befund der erhöhten Internalität in generalisierten Kausalattributionen steht dagegen in Einklang mit dem etwa bei Infarktpatienten festgestellten relativ hohen Optimismus in Bezug auf ihre persönliche Zukunft und ihr weiteres Leben (siehe KRAMPEN, 1979 b). Der positive Zusammenhang von internalen Kontrollüberzeugungen und Optimismus bzw. externalen Kontrollüberzeugungen und Hoffnungslosigkeit/Pessimismus ist durch empirische Arbeiten belegt (siehe etwa PROCIOUK, BREEN & LUSSIER, 1976; KRAMPEN, 1980). Die erhöhte Internalität kann auch in Beziehung zu psychosomatischen und tiefenpsychologischen Erklärungsversuchen zur Genese psychosozial (mit-)bedingter organischer Erkrankungen gebracht werden. Sowohl eine erhöhte Widerstandsschranke des Patienten gegenüber psychotherapeutischen Interventionsversuchen als auch eine gewisse Zwanghaftigkeit im Arbeitsverhalten und die Tendenz zur Realitätsverleugnung (siehe etwa BRÄUTIGAM & CHRISTIAN, 1975; REVERS et al., 1978) passen in das Bild einer eventuell übersteigerten Internalität, die Anzeichen für partielle Realitätsverkenntung und Selbstüberschätzung sein mag. Diese psychischen Symptome psychosomatischer Patienten verlangen insbesondere in der Rehabilitation und der Prävention nach besonderer Aufmerksamkeit, da solche - eventuell nicht realitätsangemessenen - generalisierten Erwartungshaltungen an die eigene Person, das eigene Verhalten und auch an die Umwelt subjektive Maß-

stäbe und Aspirationen produzieren können, deren Erreichung - wenn überhaupt - nur durch erhebliche psychische und physische Anstrengungen möglich ist. Genau dies ist aber ein wesentlicher Hinderungsfaktor der Genesung und ein Risikofaktor für die erneute Erkrankung.

In Folgeuntersuchungen sollte vor allem die hier getroffene vereinfachende Zusammenfassung von Patienten mit essentieller Hypertonie, Koronarinsuffizienz und Infarkt aufgelöst werden. Zwar deuten die in der vorliegenden Studie erhobenen Daten nicht auf wesentliche Differenzen in den Kontrollüberzeugungen dieser Patientengruppen, eine präzise Absicherung dieses Befundes steht aber noch aus.

Zusammenfassung: Drei Aspekte generalisierter Kontrollüberzeugungen (Internalität; Externalität, bedingt durch subjektiv erlebte Machtlosigkeit; Externalität, bedingt durch Fatalismus) wurden an einer Stichprobe von 56 Kurpatienten mit psychosozial bedingten Herz-Kreislaufkrankungen untersucht und mit den Kontrollüberzeugungen von Alkoholikern, Strafgefangenen und gesunden Personen verglichen. Die Kurpatienten weisen in den drei Bereichen Werte auf, die auf erhöhte Internalität deuten: auf der Internalitätsskala unterscheiden sie sich signifikant von den drei anderen Gruppen; auf den Externalitätsskalen unterscheiden sie sich von den Alkoholikern und den Strafgefangenen, jedoch nicht von den Gesunden. Dies wird in Einklang gebracht mit psychosomatischen Ansätzen zur Ätiologie von Herz-Kreislaufkrankungen.

Summary: Multidimensional locus of control in patients with circulatory diseases.

Three aspects of locus of control of reinforcement (internality; control by powerful others; control by chance forces) are studied in a sample of 56 patients with circulatory diseases. Analyses of variance show that these patients are more internal than alcoholics, delinquents and healthy persons; in the two externality-scales the differences are only significant between the patients and the alcoholics respectively the delinquents. This is discussed with reference to psychosomatic approaches to the etiology of such diseases.

Literaturverzeichnis

- BRÄUTIGAM, W. & CHRISTIAN, P.: Psychosomatische Medizin. Thieme, Stuttgart 1975.
- COAN, R.W., FAIRCHILD, M. & DOBYNS, Z.P.: Dimensions of experienced control. *Journal of Social Psychology* 91: 53-60 (1973).

- COOLEY, W.W. & LOHNES, P.R.: Multivariate data analysis. Wiley, New York 1971.
- FERSCHING, A. & KURY, H.: Psychologische Untersuchungen zu Effekten einer vierwöchigen Heilmaßnahme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 8: 1-16 (1979).
- HAHN, P.: Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1971.
- HAMILTON, M.: Psychosomatik. in: ARNOLD, W., EYSENCK, H.J. & MEILI, R. (Eds.) *Lexikon der Psychologie*. Band 3. Herder, Freiburg 1972.
- KRAMPEN, G.: Differenzierungen des Konstruktes der Kontrollüberzeugungen. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie* 26: 573-595 (1979a).
- : Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten - Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala). *Medizinische Psychologie* 5: 39-49 (1979b).
- : Machiavellismus und Kontrollüberzeugungen als Konstrukte der generalisierten Instrumentalitätserwartungen - Ein Beitrag zur Konstruktbildung. *Psychologische Beiträge* (1980), im Druck.
- : IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen. Hogrefe, Göttingen (in Vorbereitung).
- KRAMPEN, G. & NISPEL, L.: Zur subjektiven Handlungsfreiheit von Alkoholikern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 7: 295-303 (1978).
- LEVENSON, H.: Multidimensional locus of control in psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41: 392-404 (1973).
- NIE, N.H., HULL, C.H., JENKINS, J.G., STEINBRENNER, K. & BENT, D.H.: *Statistical package for the social sciences (SPSS)*. McGraw-Hill, New York 1970.
- PROCIUK, T.J., BREEN, L.J. & LUSSIER, R.J.: Hopelessness, internal-external locus of control and depression. *Journal of Clinical Psychology* 32: 299-300 (1976).
- QUINT, H.: Die Hypertoniker in psychodynamischer Sicht. In: Von EIFF, A.W., KLOSA, G. & QUINT, H. (Eds.), *Essentielle Hypertonie*. Thieme, Stuttgart 1967.
- REVERS, W.J., REVERS, R. & WIDAUER, H.: *Herzinfarkt und Psyche*. Huber, Bern 1978.
- RICHTER, H.E. & BECKMANN, D.: *Herzneurose*. Thieme, Stuttgart 1969.
- ROTTER, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80 (1, Whole No. 609) 1966.
- SCHWARTZ, S.: Multimethod analysis of three measures of six common personality traits. *Journal of Personality Assessment* 37: 559-567 (1973).
- SELIGMAN, M.E.P.: *Helplessness. On depression, development and death*. Freeman, San Francisco 1975.
- WEINER, B., FRIEZE, I., KUKLA, A., REED, L., REST, S. & ROSENBAUM, R.M.: *Perceiving the causes of success and failure*. General Learning Press, New York 1971.
- WINER, B.J.: *Statistical principles in experimental design*. McGraw-Hill, New York 1971 (2. Auflage).

Anschrift der Verfasser:

Dipl.-Psych. Günter Krampen, Universität Erlangen-Nürnberg, FB 11 -
Psychologie I, Regensburger Str. 160, 8500 Nürnberg.

Dipl.-Psych. Dietmar Ohm, Reha-Klinik Moselhöhe, 5550 Bernkastel-Kues.