

Hoffnungslosigkeit bei stationären Patienten – Ihre Messung durch einen Kurzfragebogen (H-Skala)

GÜNTER KRAMPEN

1. Problemstellung

Hoffnungslosigkeit ist ein Symptom einer Reihe von psychischen und physischen Krankheitsbildern, das bei vielen Patienten meist global und undifferenziert diagnostiziert wird. In der Literatur finden sich Hinweise für das Auftreten von Hoffnungslosigkeit bei depressiven Zuständen (vgl. etwa BIBRING, 1953; STOTLAND, 1969; BECK, 1972), bei Suizid-gefährdeten Personen (vgl. BREED, 1972; BECK et al., 1974), bei Suchtkranken (vgl. etwa SMART, 1968) und bei einer Vielzahl anderer pathologischer Zustände (vgl. auch BECK et al., 1974). Hilflosigkeit ("giving-up") und Hoffnungslosigkeit ("given-up") werden aber auch - ähnlich wie das allgemeine Adaptionssyndrom bei Streß (SELYE, 1957) - etwa von ENGEL (1968) als allgemeines Paradigma psychischer Krankheiten aufgefaßt. Hilflosigkeit als subjektiver Verlust von Kontrolle über die Umwelt und als das Gefühl, wichtige Verstärker nicht erreichen zu können (vgl. auch SELIGMAN, 1975), kann dabei als Vorstadium zur Hoffnungslosigkeit konzipiert werden (vgl. SWEENEY, TINLING & SCHMALE, 1970; FRESE & SCHÖFTHALER-RÜHL, 1976). Hoffnungslosigkeit ist dann das "endgültige" Resultat vergeblicher Auseinandersetzung mit der Umwelt (entspricht dem Erschöpfungsstadium bei SELYE, 1957): das Individuum scheint willenlos zu sein, ist passiv, in Denken und Verhalten verlangsamt, niedergeschlagen, eigene Ziele werden als unrealistisch aufgegeben und die Einstellung herrscht vor, daß keine Hilfe mehr zu erwarten sei. In diesem Sinne wurde Hoffnungslosigkeit bislang als diffuses Gefühl verstanden, das für psychometrische Quantifizierungen zu vage ist. Sowohl STOTLAND (1969) in seinem instrumentalitätstheoretischen Ansatz zu einer Psychologie der Hoffnung als auch BECK (1970; 1972) in seiner kognitiven Theorie der depressiven Persönlichkeit widersprechen dem und definieren Hoffnungslosigkeit als kognitives System von negativen Erwartungen einer Person über sich selbst und über ihr zukünftiges Leben. Auf der Grundlage dieser Definition entwickelten BECK et al. (1974) die H-Skala (hopelessness-scale) zur Messung von Pessimismus/Hoffnungslosigkeit versus Optimismus bei Erwachsenen. Unter einer Reihe von Hinweisen auf die Validität der H-Skala finden sich u. a. Belege für den engen Bezug der H-Skala zur Depression (vgl. BECK et al., 1974; PROCIUK, BREEN & LUSSIER, 1976) und für die engen Relationen von Hoffnungslosigkeit und externalen Kontrollüberzeugungen ("locus of control of reinforcement"; vgl. ROTTER, 1966; PROCIUK et al., 1976). Die Beziehungen zur Depressivität werden durch die "kognitive Triade der Depression" erklärt, die von BECK (1970) als wesentliches Merkmal von

Depressivität bezeichnet wird. Mit ihr wird die Tendenz von Depressiven benannt, sich selbst, die Umwelt und die Zukunft negativ zu sehen. Die Beziehung von externen Kontrollüberzeugungen und Hoffnungslosigkeit verweisen auf die gemeinsame Verankerung beider Konstrukte in kognitiven, instrumentaltätstheoretischen Ansätzen. Beide Konstrukte sind Aspekte generalisierter Instrumentalitätserwartungen, die die subjektive Unkontrollierbarkeit von Umweltereignissen (externale Kontrollüberzeugung) bzw. die Negativität instrumenteller Erwartungen (Hoffnungslosigkeit) fokussieren.

Mit der vorliegenden Arbeit soll eine deutsche Bearbeitung der H-Skala einschließlich Hinweisen für ihre Reliabilität und Validität vorgelegt werden. Als zusätzliche Variablen, die der Konstruktvalidierung dienen sollen, werden theoretische nahestehende Variablen (Kontrollüberzeugung; Rigidität, da sie ein weiterer Aspekt der Depression in der Theorie von Beck, 1972 ist) und theoretisch entfernte Variablen (Konservatismus; Machiavellismus als weiterer Aspekt generalisierter instrumenteller Erwartungen) in einigen Substichproben parallel erhoben. Um die diagnostische Tauglichkeit der H-Skala untersuchen zu können, werden außer Personen, die sich im Krankenhaus oder in einer Kurklinik befinden, auch Strafgefangene und gesunde, nicht inhaftierte Personen in die Analysen einbezogen (vgl. hierzu auch BECK et al., 1974, die die H-Skala nur bei Personen mit Depressionen bzw. mit gescheiterten Suizidversuchen eingesetzt haben; siehe auch PROCIUK et al., 1976). Als eine Subgruppe der stationären Patienten wurde u. a. eine Stichprobe von Alkoholikern ausgewählt, die sich zu einer stationären Entziehungskur im Krankenhaus befanden, da es in der Literatur verschiedene indirekte Hinweise auf Pessimismus und Hoffnungslosigkeit bei Alkoholikern gibt (vgl. etwa SMART, 1968; MOGART et al., 1969; GIBSON & BECKER, 1973 a; PISHKIN & THORNE, 1973).

2. Methode

Eine deutsche Übersetzung der H-Skala (siehe Tab. 1)¹ von BECK et al. (1974) wurde folgenden Untersuchungspersonen (Upn) zur Beantwortung vorgelegt: 134 stationären Patienten, 45 männlichen Strafgefangenen und 42 nicht-auffälligen Personen, die sich weder im Krankenhaus oder einer Kurklinik noch in einer Strafanstalt befanden, und bei denen kein Verdacht auf Alkoholabusus vorlag. Die Stichprobe der stationären Patienten setzt sich aus folgenden Subgruppen (geordnet nach Art der Erkrankung) zusammen: 50 Alkoholiker, die zu einer stationären Entziehungskur im Krankenhaus waren (\bar{X} = 39,1 Jahre, s = 11,2 Jahre; N_w = 16 Frauen, N_m = 34 Männer; Dauer der Alkoholabhängigkeit \bar{X} = 8 Jahre); 41 Patienten auf einer internistischen Station (\bar{X} = 54,1 Jahre, s = 13,3 Jahre; N_w = 18, N_m = 23); 9 Krankenhauspatienten mit Depressionen (\bar{X} = 48,2 Jahre, s = 5,5 Jahre; N_w = 4, N_m = 5);

1 Der Originalfragebogen wird auf Anfrage gerne zugesandt.

17 Patienten mit Herzinfarkt in einer Kurklinik ($\bar{X} = 51,5$ Jahre, $s = 5,2$ Jahre; $N_w = 2$, $N_m = 15$); 17 Patienten mit Kreislaufkrankungen in einer Kurklinik ($\bar{X} = 53,0$ Jahre, $s = 16,7$ Jahre; $N_w = 13$, $N_m = 4$). Das Alter dieser Stichprobe aller stationären Patienten betrug im Durchschnitt $\bar{X} = 47,6$ Jahre ($s = 13,6$ Jahre; $N_w = 53$, $N_m = 81$). Die Gefängnisinsassen waren im Durchschnitt $\bar{X} = 20,4$ ($s = 1,5$) Jahre alt; keine dieser Personen war zum Zeitpunkt der Datenerhebung länger als zwei Jahre in Haft. Das durchschnittliche Alter der nicht-auffälligen Personen betrug $\bar{X} = 30,1$ Jahre ($s = 11,7$; $N_w = 14$ Frauen, $N_m = 28$ Männer).

Die H-Skala wurde mit folgender Instruktion vorgegeben: "Geben Sie bitte bei den 20 folgenden Aussagen an, ob sie für Sie persönlich zutreffen oder nicht. Tun Sie dies, indem Sie den entsprechenden Kreis für richtig oder falsch ankreuzen."

Die H-Skala besteht also aus 20 ja-nein Items, von denen 9 auf "richtig" und 11 auf "falsch" gepolt sind (siehe Tabelle 1). Für jede "optimistische" Antwort erhält die Up 1 Punkt, für jede "pessimistische" 2 Punkte. Der maximale Rohwert einer Up beträgt also 40 (= extrem hoffnungslos), der minimale 20 Punkte (= extrem optimistisch).

Zur Konstruktvalidierung wurden folgende Fragebogen in den Teilstichproben der stationär behandelten Alkoholiker, der Strafgefangenen und der nicht-auffälligen Personen parallel eingesetzt: LOC-E von SCHNEEWIND (1976) zur Messung der Kontrollüberzeugung, MK 3 von CLOETTA (1974) als Kurzfragebogen zu Machiavellismus und Konservatismus und TBR-FR (KRAMPEN, 1976) zur Messung von behavioraler Rigidität. Zur Kontrolle berechnete Itemanalysen bestätigen die psychometrische Tauglichkeit dieser Meßinstrumente.

3. Ergebnisse²

3.1 Itemcharakteristika, Reliabilität, interne Konsistenz

Die Polungen, Schwierigkeitsindizes (p_i) und part-whole korrigierte Trennschärfekoeffizienten (r_{it-i}) der 20 Items der H-Skala sind in Tab. 1 aufgeführt. Die Schwierigkeitsindizes weisen eine gute Verteilung von schweren und leichten Items auf. Alle Trennschärfekoeffizienten sind signifikant bei $\alpha < .001$; ihre Vorzeichen entsprechen den Wichtungen.

2 Die Datenanalysen wurden mit dem Rechner TR 440 des Rechenzentrums der Universität Erlangen-Nürnberg durchgeführt. Verwendung fanden dabei folgende Programme: DAT&ACC von Herrn Dipl.-Math. Heinrich Zacher, ITEM von Herrn cand. psych. Gerhard Hoffmann zur Berechnung der Itemanalyse und verschiedene Prozeduren aus dem Programmpaket SPSS (NIE et al. . 1970).

Tab. 1: Polungen (P), Schwierigkeitsindizes (p_i) und Trennschärfekoeffizienten (r_{it-i}) der Items der H-Skala (N = 221)

	p^a	P_i	r_{it-i}
1. Ich blicke mit Optimismus und Begeisterung in die Zukunft.	R	.36	.59
2. Häufig möchte ich alles hinschmeißen, weil ich es doch nicht besser machen kann.	F	.62	-.55
3. Wenn einmal alles schief läuft, geht es mir besser, wenn ich daran denke, daß es ja auch wieder aufwärts gehen wird.	R	.17	.32
4. Ich kann mir nicht vorstellen, wie mein Leben in 10 Jahren aussehen wird.	F	.34	-.52
5. Ich habe genug Zeit, um die Sachen, die mir Spaß machen, zu tun.	R	.45	.27
6. Ich glaube, daß ich in der Zukunft mit dem, was mich im Moment am meisten beschäftigt, Erfolg haben werde.	R	.28	.55
7. Die Zukunft liegt für mich im Dunkel.	F	.56	-.69
8. Ich erwarte, in meinem Leben mehr Schönes zu erleben als der durchschnittliche Mensch.	R	.50	.37
9. Ich kriege einfach keine richtigen Chancen im Leben.	F	.70	-.59
10. Meine Erfahrungen sind eine gute Vorbereitung für künftige Probleme.	R	.15	.42
11. Alles, was ich so im Moment vor mir liegen sehe, ist eher unschön als schön und angenehm.	F	.52	-.59
12. Ich glaube nicht, daß ich jemals das im Leben bekomme, was ich mir in Wahrheit wünsche.	F	.49	-.67
13. Ich glaube, daß ich in künftigen Zeiten glücklicher sein werde als heute.	R	.47	.27
14. Die Dinge laufen einfach nicht so, wie ich es gerne hätte.	F	.38	-.69
15. Ich setze große Hoffnungen in die Zukunft.	R	.33	.52
16. Ich bekomme einfach nie das, was ich will; es ist also Unsinn, überhaupt noch etwas zu wollen	F	.83	-.60
17. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß das Leben mir noch Befriedigung und Freude bringt.	F	.80	-.49
18. Die Zukunft erscheint mir sehr unsicher.	F	.52	-.75
19. Das Leben wird mir noch viel mehr schöne Zeiten bringen als schlechte.	R	.33	.58
20. Es nützt nichts, etwas anzustreben, das ich gerne hätte, da ich es wahrscheinlich ja doch nicht erreiche.	F	.70	-.53

a Bei der Polung steht F für "falsch" und R für "richtig" bei der Beantwortung der Items; die Schwierigkeitsindizes beziehen sich auf die Antwortkategorie "falsch".

Die Testhalbierungsreliabilität beträgt $r_{tt} = .87$ (nach der Formel von SPEARMAN-BROWN). Der zur Kontrolle berechnete Koeffizient nach FLA-NAGAN (vgl. LIENERT, 1969³) nimmt den gleichen Wert an, was die Varianzgleichheit beider Fragebogenhälften (odd-even method) belegt. Da eine vollständige Aufgabenanalyse durchgeführt wurde, konnte Formula 8 von KUDER-RICHARDSON zur Bestimmung der internen Konsistenz der H-Skala verwendet werden. Der Koeffizient der internen Konsistenz beträgt $r = .86$ und erreicht natürlich nicht die von BECK et al. (1974) mit Formula 20 ermittelte Größe.

3.2 Validität

Zunächst werden die Befunde zur differentiellen Validität, dann die zur Konstruktvalidität (faktorielle und konkurrente Validität) der H-Skala mitgeteilt.

3.2.1 Differentielle Validität

Tabelle 2 gibt zunächst einen Überblick über die Mittelwerte, Standardabweichungen und die 95-Prozent-Konfidenzintervalle der Mittelwerte der H-Skala

Tab. 2: Mittelwerte, Standardabweichungen und Konfidenzintervalle der H-Skala in verschiedenen Stichproben

Stichprobe	N	\bar{X}	s	95-Prozent-Konfidenzintervall für
Nicht-auffällige Personen	42	25,93	4,68	23,50 - 26,39
Strafgefangene	45	27,02	4,31	26,63 - 28,32
Stationäre Patienten	134	28,28	4,53	27,50 - 29,04
Alkoholiker (Krankenhaus)	50	29,22	4,50	27,94 - 30,50
Internistische Krankenhauspatienten	41	27,51	4,03	26,64 - 28,78
Depressive (Krankenhaus)	9	31,67	2,06	30,08 - 33,25
Kreislaufpatienten (Kurklinik)	17	27,76	4,99	26,89 - 30,33
Infarktpatienten (Kurklinik)	17	26,06	4,92	23,53 - 28,59

in den verschiedenen Stichproben. Eine Inspektion dieser Tabelle zeigt, daß bei den stationären Patienten der höchste mittlere H-Wert vorliegt, gefolgt von den Strafgefangenen und den nicht-auffälligen Personen. Die Trennung der Patienten-Stichprobe in Subgruppen mit bestimmten Erkrankungen verdeutlicht, daß dieser hohe Mittelwert vor allem durch die Personen mit depressiven Erkrankungen und die Alkoholiker zustandekommt.

Zur differentiellen Validierung wurden einfache Varianzanalysen, (a priori) t-Tests für unabhängige Stichproben und (a posteriori) Tests für Einzelmittelwertunterschiede nach STUDENT-NEWMANS-KEULS (vgl. KIRK, 1968) berechnet. Die varianzanalytischen Befunde sind in Tabelle 3 wiedergegeben.

Tab. 3: Ergebnisse der einfachen Varianzanalysen

Varianzquelle	SAQ	df	MQ	F
Zwischen den Gruppen ¹	193.471	2	96.736	4.747 ⁺⁺
Innerhalb der Gruppen	4442.547	218	20.379	
Gesamt	4636.018	220		
Zwischen den Gruppen ²	259.960	4	64.999	3.401 ⁺⁺
Innerhalb der Gruppen gesamt	2464.824	129	19.107	
gesamt	2724.784	133		

⁺⁺ $p < .01$

1 Gruppen: stationäre Patienten, nicht-auffällige Upn, Strafgefangene; Bartlett-Box-Test $F = .143$, $p = .864$.

2 Gruppen: 5 Patientengruppen; Bartlett-Box-Test $F = 1.830$, $p = .119$.

Der signifikante F-Bruch in der oberen Tabellenhälfte belegt, daß die Unterschiede im mittleren H-Wert zwischen stationären Patienten, Strafgefangenen und nicht-auffälligen Personen statistisch überzufällig groß sind. Einzelvergleiche ergaben, daß dieser Befund auf den Mittelwertsunterschied zwischen den Patienten und den nicht-auffälligen Personen zurückgeführt werden kann ($t_{174} = 2.67$; $p < .01$). In der unteren Hälfte von Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Varianzanalyse für die 5 Patientengruppen dargestellt. Auch der hier ermittelte F-Wert ist statistisch sehr signifikant. Die Einzelvergleiche zeigen, daß sich vor allem die Infarkt-Patienten durch ihren geringen (auf Optimismus weisenden) mittleren Wert in der H-Skala von den anderen Patientengruppen unterscheiden.

Die für verschiedene demographische Variablen (Alter, Geschlecht, Religionszugehörigkeit, Stadt-Land-Vergleich) berechneten einfachen Varianzanalysen ergaben keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

3.2.2 Faktorielle Validität

Eine Hauptkomponenten-Faktorenanalyse (R^2 als Anfangsschätzung der Kommunalitäten; Varimax-Rotation) der 20 Items der H-Skala erbrachte vier interpretierbare Faktoren (zur Bestimmung der Faktorenzahl wurden folgende Kriterien, die zum gleichen Ergebnis führten, verwendet: Zahl der Eigenwerte größer 1, Test II nach BARTLETT, Eigenwertverlauf-Kriterium, Varianzbeitrag-Kriterium, FÜRNTTRATT-Kriterien; vgl. RÖHR, 1977), die 49,4% der Gesamtvarianz erklären. BECK et al. (1974) ermittelten bei der Faktorisierung ihrer Daten drei Faktoren; dies kann u. a. auf die Verwendung von nur einem Abbruchkriterium, dem mathematisch-statistischen, und auf die relative Homogenität ihrer Stichprobe (294 Suizidgefährdete Personen) zurückgeführt werden. Die hier extrahierten Faktoren können folgendermaßen interpretiert werden: (1) Erwartungen an die Zukunft (Variablen mit Ladungen $\geq .40$: Item 14 = .75, Item 18 = .62, Item 11 = .59, Item 12 = .57, Item 7 = .52, Item 1 = -.47, Item 4 = .43; Anteil an der gemeinsamen Varianz 62,5%); (2) Emotionen über die Zukunft (Item 19 = .59, Item 13 = .56, Item 15 = .53, Item 6 = .46, Item 8 = .43; Anteil an der gemeinsamen Varianz 16,7%); (3) Motivationsverlust (Item 20 = .62, Item 16 = .58, Item 9 = .50, Item 17 = .45; Anteil an der gemeinsamen Varianz 11,1%); (4) Resignation (Item 6 = .54, Item 3 = .43, Item 5 = .41, Item 10 = .40; Anteil an der gemeinsamen Varianz 9,7%).

Nur Item 2 lädt auf keinem der Faktoren mit $a_{ij} \geq .40$; Item 6 lädt als einziges Item auf zwei Faktoren mit $a_{ij} > .40$. Die Vorzeichenwechsel in den Faktorladungen entsprechen den Itemwichtungen. Die Faktoren 1 und 2 entsprechen zwei von BECK et al. (1974) ermittelten recht gut, die Faktoren 3 und 4 stellen eine Differenzierung des zweiten von BECK et al. (1974) extrahierten dar.

3.2.3 Konvergente Validität

Die H-Skala korreliert in den drei Substichproben signifikant mit den Kontrollüberzeugung (siehe Tab. 4): der Befund von PROCIUK et al. (1976), daß exter-

Tab. 4: Korrelation der H-Skala mit den anderen Variablen in 3 Stichproben

	H - Skala		
	Alkoholiker (N = 50)	Strafgefangene (N = 45)	nicht-auffällige Upn (N = 42)
Konservatismus	-.06	.21	.16
Machiavellismus	.25	.60 ⁺⁺⁺	.14
Kontrollüberzeugung	-.42 ⁺⁺	-.74 ⁺⁺⁺	-.59 ⁺⁺⁺
Rigidität	-.24	.32 ⁺	.12

⁺ p < .05, ⁺⁺ p < .01, ⁺⁺⁺ p < .001

nale Kontrollüberzeugung mit Hoffnungslosigkeit in einer bedeutsamen Relation steht, wird also bestätigt. Die Beziehung zwischen Hoffnungslosigkeit und Rigidität sind erheblich schwächer ausgeprägt und in ihrer Richtung nicht eindeutig. Die Stichprobenabhängigkeit der Korrelationen wird auch bei den Koeffizienten für die Relationen von Machiavellismus und Konservatismus zur Hoffnungslosigkeit deutlich. Bei Machiavellismus sind die Korrelationskoeffizienten stärker ausgeprägt als bei Konservatismus, was auf den gemeinsamen instrumentellen Charakter von Machiavellismus und Hoffnungslosigkeit zurückgeführt werden kann. Die Signifikanzschranke wird aber nur von einem Koeffizienten erreicht (siehe Tab. 4). Die multiple Korrelation von Hoffnungslosigkeit mit diesen vier Variablen beträgt in der Stichprobe der Alkoholiker, Strafgefangenen und nicht-auffälligen Personen $R = .63$ ($p < .001$).

4. Diskussion

Die mit dieser Arbeit vorgelegte deutsche Version der H-Skala ist ein ökonomischer und vielseitig anwendbarer Fragebogen zur Messung von Hoffnungslosigkeit/Pessimismus versus Optimismus bei Erwachsenen. Die teststatistischen Kennwerte weisen auf seine Tauglichkeit. Hinweise auf seine Validität ergeben sich aus der hohen korrelativen Beziehung zur Kontrollüberzeugung und aus dem Befund, daß Alkoholiker und Depressive im Mittelwert signifikant niedriger liegen als andere Personen, also hoffnungsloser sind als sie. Mehrdeutig bleibt die Relation von behavioraler Rigidität und Hoffnungslosigkeit. Allgemein kann ein positiver Zusammenhang von beiden Variablen, wie er in BECKs (1972) Theorie der Depression beschrieben wird, nicht bestätigt werden. Rigidität korreliert nur bei Strafgefangenen schwach mit Hoffnungslosigkeit, bei Alkoholikern dagegen (allerdings nicht signifikant) mit Optimismus. Da allerdings Alkoholiker auch rigider sind als Strafgefangene und die sonstigen Personen (vgl. KRAMPEN, 1977), könnte diese schwache positive Beziehung im Sinne ROTTERS (1975) interpretiert werden, der bei Alkoholikern ein rigides Festhalten an internalen Attribuierungen für möglich hält, die ihnen durch stereotype Vorhaltungen aus der Umwelt vermittelt werden. Dieses Verhalten könnte in Zusammenhang mit der geringen Korrelation zu Optimismus als verzweifelt festhalten an einem "Strohalm der Hoffnung" interpretiert werden. Wohl zu Recht kritisieren FRESE & SCHÖFTHALER-RÜHL (1976) daher an BECKs (1972) Theorie die Einseitigkeit, Depressivität vor allem als irrationales, paradoxes Denken und Verhalten aufzufassen. Auch die empirisch gefundene Beziehung von Machiavellismus und Hoffnungslosigkeit belegt diese Kritik. Hoffnungslosigkeit, als ein wesentlicher Aspekt der Depressivität, schließt nicht die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt "bis hin zur kurzfristig erfolgreichen Manipulation der Interaktionspartner" (FRESE & SCHÖFTHALER-RÜHL, 1976, p. 98) aus. Die relativ hohen korrelativen Beziehungen zwischen Hoffnungslosigkeit, Kontrollüberzeugung und Machiavellismus bestätigen im übrigen ihre Gemeinsamkeit als Konstrukte der generalisierten Instrumentalitätserwartungen.

Die vorgelegten Ergebnisse geben einige Hinweise auf das Auftreten und die Verteilung von Hoffnungslosigkeit bei verschiedenen Gruppen von stationär behandelten Patienten. Hervorzuheben ist hier vor allem, daß depressive Patienten und Alkoholiker hohe Werte in der H-Skala haben, also hoffnungslos und pessimistisch für ihre persönliche Zukunft sind. Auch bei Patienten, die sich aus verschiedenen Gründen auf einer internistischen Krankenhausstation befinden, ist eine erhöhte Hoffnungslosigkeit festzustellen. Das gleiche gilt für die hier isoliert untersuchte Gruppe von Patienten einer Kurklinik mit Kreislaufkrankungen. Alle diese Gruppen erreichen mittlere Werte auf der H-Skala, die über dem von gesunden Personen und über dem von Strafgefangenen (hier allerdings nicht signifikant) liegen. Interessant ist auch der Befund, daß Infarktpatienten in einer Kurklinik von allen Patientengruppen diejenigen sind, die auf der H-Skala den höchsten Optimismus zeigen. Dies kann in Einklang gebracht werden mit den psychosomatischen (und tiefenpsychologischen) Erklärungsversuchen der Persönlichkeit des Infarktpatienten, in denen die Verleugnung der Realität und das gesteigerte Aktivitätsbedürfnis die zentralen Erklärungsvariablen sind (vgl. hierzu etwa REVERS, REVERS & WIDAUER, 1978). Diese Hypothesen müssen freilich in Folgeuntersuchungen, die auch andere Einstellungs- und Persönlichkeitsvariablen beachten, überprüft werden. Auch müßten die ökologischen und die von den Patienten perzipierten und erlebten Unterschiede zwischen Aufhalten in einem Krankenhaus und in einer Kurklinik analysiert werden.

Den Wert der H-Skala für die Evaluation therapeutischer Interventionen wiesen BECK et al. (1974) nach. Darüberhinaus ermöglicht die Diagnose der Hoffnungslosigkeit bei Therapiebeginn eine bessere Interventionsplanung, durch die "der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit beim Therapeuten" (vgl. etwa MOGAR et al., 1969) vorgebeugt werden kann. Hoffnungslosen Patienten mangelt es häufig an Motivation zur aktiven Mitarbeit in der Therapie, da sie ihre negativen Zukunftserwartungen auf die Therapie übertragen. THORNE (1968) schlägt daher bei solchen Patienten für die 1. Phase der Therapie verschiedene "Techniken" der "beruhigenden Versicherung" ("reassurance") vor, die anders als globale Ratschläge konkret und spezifisch auf die Situation und Person des Patienten eingehen. Diese Mittel zur Aufhebung der Hoffnungslosigkeit des Patienten der Therapie gegenüber sind bei HOFFMANN, FREESE & HARTMANN-ZEILBERGER (1976, p. 230-235) dargestellt.

Zusammenfassung: Eine deutsche Version eines Fragebogens zur Hoffnungslosigkeit (H-Skala) wird vorgelegt. Itemcharakteristika, Testhalbierungsreliabilität und interne Konsistenz sprechen für seine Tauglichkeit. Seine Anwendung (N = 221) zeigt, daß Hoffnungslosigkeit mit externalen Kontrollüberzeugungen und Machiavellismus korreliert ist; die Relationen zur Rigidität und Konservatismus sind schwach ausgeprägt. Hoffnungslosigkeit ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Religionszugehörigkeit. Stationäre Patienten sind nach der H-Skala hoffnungsloser und pessimistischer als gesunde Personen;

besonders deutlich wird dies bei Alkoholikern, die in stationärer Behandlung sind, und bei Depressiven. Infarktpatienten sind dagegen optimistischer. Die Bedeutung von Hoffnungslosigkeit und der aus ihr oft resultierende Motivationsmangel bei Patienten in der ersten Phase der Therapie wird hervorgehoben.

Summary: Hopelessness in hospital patients. A German version of the H-scale.

Hopelessness in hospital patients: A German version of the H-scale (BECK et al. 1974) with satisfactory reliability and internal consistency is used in a sample of 221 persons. Externals and persons with machiavellianistic attitudes are more hopeless than internals and non-machiavellianistic persons. The relationships of hopelessness, behavioral rigidity and conservatism are weak. Hopelessness is not related to age, sex and religion. Hospital patients are significantly more hopeless than healthy persons; there are also significant mean differences in the H-scale between groups of patients with special illnesses. The relevance of hopelessness as a generalized instrumental expectancy for the first phase of therapy is pointed out.

Literaturverzeichnis

- BECK, A. T.: The core-problem in depression. The cognitive triad. In: MAS-
SERMANN, J. H. (Ed.), Depression. Theories and therapies. Grune & Strat-
ton, New York 1970.
- BECK, A. T.: Depression. University of Pennsylvania Press, Philadelphia
1972.
- BECK, A. T., WEISSMAN, A., LESTER, D. & TREXLER, L.: The measure-
ment of pessimism: The hopelessness scale. Journal of Consulting and
Clinical Psychology 42: 861-865 (1974).
- BIBRING, E.: The mechanism of depression. In: GREENACRE, P. (Ed.), Af-
fective disorders. International University Press, New York 1953.
- BREED, W.: Five components of a basic suicid syndrom. Life-Threatening
Behaviour 2: 3-18 (1972).
- CLOETTA, B.: Neue Daten zum MK. Arbeitsbericht 18 aus dem SFB 23 an
der Universität Konstanz, Konstanz 1974.
- ENGEL, G. L.: A Life setting conducive to illness. The giving up - given up
complex. Annual International Medicine 69: 293-300 (1968).
- FRANKS, C. M.: Alcoholism. In: COSTELLO, C. G. (Ed.), Symptoms of psy-
chopathology. Wiley, New York 1970.
- FRESE, M. & SCHÖFTHALER-RÜHL, R.: Kognitive Ansätze in der Depres-
sionsforschung. In: HOFFMANN, N. (Ed.), Depressives Verhalten. Otto
Müller, Salzburg 1976.
- GIBSON, S. & BECKER, J.: Alcoholism and depression: The factor structure
of alcoholics responses to depression inventories. Quarterly Journal of
Studies on Alcohol 34: 400-408 (1973a).

- GIBSON, S. & BECKER, J.: Changes in alcoholics self-reported depression. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 34 : 829-836 (1973b).
- HOFFMANN, N., FRESE, M. & HARTMANN-ZEILBERGER, J.: Psychologische Therapie bei Depressionen. In: HOFFMANN, N. (Ed.), *Depressive Verhalten*. Otto Müller, Salzburg 1976.
- KIRK, R.: *Experimental design: Procedures for the behavioral sciences*. Brooks, Belmont, Calif. 1968.
- KRAMPEN, G.: TBR-FRAGEBOGEN zur behavioralen Rigidität. Deutsche Übersetzung, Reliabilität, Validität, revidierte Version. *Trierer Psychologische Berichte* 4, Heft 9 (1977).
- LIENERT, G. A.: *Testaufbau und Testanalyse*. 3. Aufl. Beltz, Weinheim 1969.
- MOGAR, R. E. et al.: Staff attitudes toward the alcoholic patient. *Archives of General Psychiatry* 21: 449-454 (1969).
- NIE, N. H., HULL, C. H., JENKINS, J. G., STEINBRENNER, K. & BENT, D. H.: *Statistical package for the social sciences*. McGraw-Hill, New York 1970.
- PISHKIN, V. & THORNE, F. C.: A factorial study of existential state reactions. *Journal of Clinical Psychology* 29: 392-402 (1973).
- 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).
- REVERS, W. J., REVERS, R. & WIDAUER, H.: *Herzinfarkt und Psyche*. Huber, Bern 1978.
- RÖHR, M.: Zur Interpretation faktorenanalytischer Studien in der Psychologie. *Probleme und Ergebnisse der Psychologie* 62: 61-77 (1977).
- ROTTER, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs* 80 (1, Whole No. 609), 1966.
- ROTTER, J. B.: Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 56-67 (1975).
- SCHNEEWIND, K. A.: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung internaler versus externaler Kontrollüberzeugungen bei Erwachsenen (LOC-E). *Arbeitsbericht 15 aus dem EKB-Projekt an der Universität Trier*, Trier 1976.
- SELIGMAN, M. E. P.: *Helplessness. On depression, development, and death*. Freeman, San Francisco 1975.
- SELYE, H.: *Stress beherrscht unser Leben*. Econ, Düsseldorf 1957.
- SMART, R. G.: Future time perspective in alcoholic and social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology* 73: 81-83 (1968).
- STOTLAND, E.: *The psychology of hope*. Jossey-Bass, San Francisco 1969.
- SWEENEY, D. R., TINLING, D. C. & SCHMALE, A. H.: Differentiation of the "giving-up" affects: Helplessness and hopelessness. *Archives of General Psychiatry* 23: 378-382 (1970).
- THORNE, F. E.: *Psychological Case handling. Volume I. Clinical Psychology*, Brandon 1968.

Anschrift des Verfassers:

Dipl. -Psych. Günter Krampen, Universität Erlangen-Nürnberg, Fachbereich
11 - Psychologie 1, Regensburger Straße 160, 8500 Nürnberg.