

Erfassung spezifischer Kontrollerwartungen: Der Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen (TBK)

Aba Delsignore^a Ulrich Schnyder^a Hansjörg Znoj^b

^a Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich,

^b Institut für Psychologie, Universität Bern, Schweiz

Schlüsselwörter

Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen · Validierung · Psychotherapie

Zusammenfassung

Hintergrund: Kognitive Patientenvariablen wie internale Kontrollerwartungen und die Überzeugung, die Psychotherapie aktiv mitgestalten zu können, können das Therapieergebnis positiv beeinflussen. Dies scheint bei bewältigungsorientierten Behandlungen, bei denen eine aktive Teilnahme des Patienten unerlässlich ist, besonders wichtig. In der Literatur gibt es Hinweise dafür, dass Kontrollerwartungen sehr bereichsspezifisch sind und oft nur im untersuchten Kontext gelten. Trotzdem gibt es bislang kein Instrument zur Messung von internalen und externalen (sozial bedingten oder fatalistischen) Kontrollerwartungen in Bezug auf die Psychotherapiesituation. In der vorliegenden Studie wird die Entwicklung eines solchen Instrumentes vorgestellt. **Patienten und Methoden:** Wir entwickelten einen Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollerwartungen (TBK) und nahmen erste psychometrische Prüfungen an einer Stichprobe von 221 ambulanten Patienten vor, die sich an einer psychiatrischen Poliklinik in der Abklärungsphase befanden. **Ergebnisse:** Die faktorielle Validitätsprüfung bestätigte die drei a priori postulierten Dimensionen. Die konkurrente Validität ergab mittelstarke korrelative Zusammenhänge mit Levensons IPC und mit der Skala zu Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen lag zwischen 0,77 und 0,81. **Schlussfolgerung:** Mit dem TBK wird ein ökonomisches Selbstbeurteilungsverfahren vorgestellt, das gute psychometrische Werte aufweist. Der TBK kann zur Unterstützung in der Planungsphase von Psychotherapien eingesetzt werden.

Key Words

Questionnaire on Control Expectancies in Psychotherapy · Validation · Psychotherapy

Summary

Assessment of Specific Control Expectancies: The Questionnaire on Control Expectancies in Psychotherapy (TBK)

Background: Patients' control expectancies concerning their active participation in the psychotherapeutic process are believed to influence therapy outcome. This is particularly relevant in psychotherapies based on patients' active confrontation with their problems. According to the research literature, control expectancies tend to be very domain specific and only refer to the specific context under investigation. Still, to date there is no instrument to assess specific internal and external (based either on powerful others or on chance) control expectancies in a psychotherapeutic setting. This study presents the development of such an instrument. **Patients and Methods:** We have developed a Questionnaire on Control Expectancies in Psychotherapy (TBK) and evaluated its psychometric properties in a sample of 221 psychiatric outpatients. **Results:** Factor analyses confirmed the three dimensions that had been defined a priori. Correlations with Levenson's IPC (Internal, Powerful others, and Chance) and Schwarzer's Self-Efficacy Scale showed good concurrent validity. The internal scale consistencies varied between 0.77 and 0.81. **Conclusion:** Based on the results of the present study the TBK can be considered as an economic self-rating instrument with good psychometric properties. It can be used to support the planning phase of psychotherapies.

Ein Grundprinzip bewältigungsorientierter Psychotherapien ist die Zusammenarbeit von Patient und Therapeut zur Veränderung eines problematischen Zustands. Eine Voraussetzung dafür ist die Entwicklung von Veränderungsbereitschaft und Selbstinitiative beim Patienten [Beck und Emery, 1981]. Ist diese Bedingung (noch) nicht erfüllt, kann sich eine therapeutische Intervention als verfrüht oder nutzlos erweisen. Patienten mit positiven Therapieerwartungen beteiligen sich konstruktiver am Therapieprozess und erreichen bessere Therapieergebnisse [Meyer et al., 2002]. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass aktives Engagement im psychotherapeutischen Prozess eine zentrale Rolle bei der Symptomreduktion spielt [Krupnik, 1996; Marmar et al., 1989; Weinberger, 1999]. Internale Attributionen in Bezug auf positive Veränderungen hängen zudem mit der Stabilität der Beschwerdefreiheit nach einer Psychotherapie zusammen [Weinberger, 1999]. Dieser Aspekt ist in bewältigungsorientierten Behandlungen, bei denen eine aktive Teilnahme des Patienten unerlässlich ist, besonders entscheidend.

Einstellungen von Patienten zur Beeinflussbarkeit psychischer Störungen können im Kontext von Levensons [1972, 1974] Dreidimensionalität von Kontrollüberzeugungen betrachtet werden. Sie unterscheidet zwischen Internalität (subjektiv wahrgenommene Kontrolle, *internality*), sozialer Externalität (*powerful others*) und fatalistischer Externalität (*chance*). Im psychotherapeutischen Bereich kann angenommen werden, dass Internalität mit Handlungsbereitschaft, soziale Externalität mit strikter Compliance (Befolgung therapeutischer Anweisungen) und fatalistische Externalität mit Skepsis gegenüber der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen zusammenhängen. Hohe Internalität bzw. niedrige Externalität scheinen mit dem Psychotherapieerfolg zusammenzuhängen, z.B. bei Gruppentrainings sozialer Kompetenzen [Pfungsten und Hinsch, 1982]. Bei Patienten mit Essstörungen gilt Externalität zusammen mit Depression und Hoffnungslosigkeit als Prädiktor für einen Therapieabbruch [Steel et al., 2000]. Solche Zusammenhänge konnten jedoch nicht eindeutig bestätigt werden [Leung und Heimberg, 1996]. Dies mag daran liegen, dass in bisherigen Studien allgemeine, und nicht therapie-spezifische Kontrollüberzeugungen gemessen wurden. Die Anwendung der Levenson IPC-Skala zu allgemeinen Kontrollüberzeugungen in spezifischen Bereichen (z.B. Schule, Einstellungen zu Krankheit) zeigte, dass Kontrollüberzeugungen sehr bereicherspezifisch sind und oft nur im untersuchten Kontext gelten. Da in unterschiedlichen Bereichen bei derselben Person unterschiedliche Kontrollüberzeugungen und -erwartungen vorliegen können [Lüthi et al., 1989], scheint die Erhebung von spezifischen Kontrollenerwartungen auch im psychotherapeutischen Bereich besonders sinnvoll.

Um diese Lücke zu füllen, entwickelten wir den Fragebogen zu therapiebezogenen Kontrollenerwartungen (TBK). In der Literatur werden die Begriffe Kontrollüberzeugungen und Kontrollenerwartungen teilweise synonym verwendet. Weil wir mit unserer Arbeit die Erhebung von erwarteter und nicht nach-

träglich attribuerter Kontrolle anstreben, haben wir uns für den Begriff *Kontrollenerwartungen* entschieden. Im vorliegenden Artikel werden die Entwicklung des TBK-Fragebogens und dessen psychometrische Überprüfung anhand einer Stichprobe von 221 ambulanten Psychotherapiepatienten vorgestellt.

Methoden

Fragebogenkonstruktion

Der TBK wurde in drei Phasen entwickelt. (1) Ausgehend vom dreidimensionalen Konzept nach Levenson [1972] wurden zunächst 18 Items formuliert, welche die Verantwortung für therapeutische Veränderung bei sich selber (*internality*), beim Therapeuten (*powerful others*) oder beim Zufall (*chance*) sehen. Dabei wurde auf die Situationspezifität (Psychotherapie) und Veränderbarkeit der beschriebenen Situationen (Formulierung als *state*) geachtet. In der Einleitung wurden die Patienten gebeten anzugeben, inwieweit sie verschiedenen Vorstellungen in Bezug auf eine mögliche psychotherapeutische Behandlung zustimmen, unabhängig davon, ob sie nach der Abklärung tatsächlich eine Psychotherapie anfangen würden oder nicht. Es wurde betont, dass die Antworten ihre momentane Meinung darstellen sollen. Zusätzlich zur Messung von Kontrollenerwartungen wurden 6 Items zur Erfassung der Handlungsbereitschaft (TBK-H) und 6 Items zur Prüfung der subjektiven Wichtigkeit einer aktiven Beteiligung am psychotherapeutischen Prozess (TBK-W) hinzugefügt. (2) Diese Items wurden vier Psychotherapeuten zur Beurteilung ihrer Relevanz, Verständlichkeit und Zuordnung zu den beabsichtigten Dimensionen vorgelegt, aufgrund der Rückmeldungen neu formuliert und wiederholt hinsichtlich ihrer Formulierung und Eindeutigkeit überprüft. (3) 8 ambulante Psychotherapiepatienten wurden gebeten, diese vorläufige Form des Fragebogens zu lesen und Unverständlichkeiten zu notieren.

Die vorläufige Endfassung des Fragebogens bestand aus 19 Items zu Kontrollenerwartungen (für ein möglicherweise missverständliches Item wurde eine parallele Alternative formuliert); nach den faktorenanalytischen und Reliabilitätsberechnungen wurde 1 Item von der definitiven Version ausgeschlossen. Der TBK basiert auf einer 6-Punkte-Likert-Antwortskala (*trifft nicht zu bis trifft sehr zu*). Der Internalitätsscore besteht aus der Summe der 6 dazu gehörenden Items und bewegt sich zwischen 0 und 30. Die Skalenscores von «Powerful others» und «Chance» wurden wegen der unterschiedlichen Itemzahl der Vergleichbarkeit halber in den gleichen Wertebereich wie die Internalitätsskala transformiert.

Stichprobe

Die Stichprobe umfasste 221 ambulante Patienten, die sich in der Abklärungsphase an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich befanden (Allgemeines Ambulatorium: 47%, N = 105; Angstsprechstunde: 31%, N = 68; Esssprechstunde: 22%, N = 48). An der Untersuchung beteiligten sich insgesamt 6 Therapeuten. Eingeschlossen wurden alle Abklärungspatienten, die beim Ausfüllen der routinemäßig abgegebenen Fragebögen genügende Deutschkenntnisse zeigten und sich mit der Studienteilnahme einverstanden erklärten. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Kantons Zürich genehmigt und entspricht den ethischen Standards der Deklaration von Helsinki in ihrer erweiterten Form von 1975 und ihren Zusätzen 1983, 1989 und 1996. 5 Patienten verweigerten die Studienteilnahme. Der Frauenanteil lag bei 58% (N = 128), das Durchschnittsalter betrug 36,3 Jahre (SD = 12,5). Diagnostisch zeigten 38% (N = 83) der Patienten eine Angststörung. Bei 22% (N = 49) der Patienten wurde eine affektive Störung diagnostiziert, bei 21% (N = 46) eine Essstörung.

Der Studienfragebogen wurde zwischen der ersten und dritten Abklärungssitzung abgegeben. Von den 221 Patienten wünschten 48%

(N = 106) eine psychotherapeutische Behandlung, 6% (N = 14) wollten medikamentös behandelt werden und 39% (N = 86) suchten eine gemischte Behandlung, 3% (N = 7) der Patienten gaben an, keine Behandlung zu wünschen, 8 Patienten machten diesbezüglich keine Angabe. Mehr als die Hälfte (59%, N = 128) hatte schon eine Psychotherapie hinter sich, nur 41% (N = 53) von diesen beurteilten die frühere Behandlung als erfolgreich. Etwa ein Drittel der befragten Patienten (32%, N = 70) nahm zum Zeitpunkt der Untersuchung Psychopharmaka ein (vorwiegend Antidepressiva).

Zur Prüfung der Test-Retest-Reliabilität wurden 26 Patienten gebeten, den Fragebogen eine Woche später (M = 7,2 Tage, SD = 1,9) nochmals auszufüllen.

Instrumente

Neben dem TBK wurde die deutsche Übersetzung des IPC-Fragebogens [Krampen, 1981] vorgelegt. Der IPC ist ein normiertes Erhebungsverfahren zur Persönlichkeitsvariable «Generalisierte Kontrollüberzeugungen». Es besteht aus 24 Items, welche drei Skalen abbilden: Internalität, sozial bedingte Externalität und fatalistische Externalität.

Die aus 10 Items bestehende Skala zu Selbstwirksamkeitserwartung misst die allgemeine subjektive Überzeugung, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu können. Homogenität, Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Skala zu Selbstwirksamkeit als Persönlichkeitsdimension wurden in mehreren Studien bestätigt [Schwarzer, 1994]. Bei einer Teilstichprobe von Angstpatienten (N = 59) wurden zusätzlich folgende Instrumente zur Erfassung der klinischen Symptomatik eingesetzt: das Beck Depressionsinventar BDI [Hautzinger et al., 1995], das Beck Angstinventar BAI [Margraf und Ehlers, in Vorbereitung], die Symptom-Checkliste, Kurzversion SCL-9-K [Klaghofer und Brähler, 2001] und der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ [Heinrich und Herschbach, 2000].

Statistische Analysen

Die Prüfung der faktoriellen Struktur des TBK erfolgte mit einer Hauptkomponentenanalyse sowie mit einer konfirmatorischen Faktorenanalyse. Mittels Scree-Test wurde anhand des Eigenwertverlaufes die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren bestimmt. Ergänzend wurde ein konfirmatorisches Faktorenmodell geprüft [Arbuckle und Wothke, 1999]. Durch die Berechnung von verschiedenen Fit-Indexen wurde die Anpassung der Daten an die theoretisch postulierte Struktur untersucht.

Zur Prüfung der konvergenten Validität und der Test-Retest-Reliabilität wurden Pearson-Korrelationen berechnet. Die innere Konsistenz der Skalen wurde mittels Cronbachs alpha bestimmt. Gruppenvergleiche erfolgten mittels t-Tests und mit univariaten Varianzanalysen. Alle statistischen Analysen wurden zweiseitig getestet und mit SPSS 12 für Windows und mit Amos 4.0 (konfirmatorische Faktorenanalyse) durchgeführt. Mit Ausnahme der explorativen Faktorenanalyse beziehen sich alle Resultate auf die definitive Form des Fragebogens (Item 4 wurde aufgrund ungenügender psychometrischer Eigenschaften entfernt).

Ergebnisse

Konstruktvalidität

Die Items zu Kontrollerwartungen wurden einer Hauptkomponentenanalyse mit anschließender Varimaxrotation unterzogen. Der Scree-Test ließ eine 3-faktorielle Lösung als sinnvoll erscheinen (annähernde Konstanz der Eigenwertgröße zwischen dem 19. und dem 4. Faktor, der 3. Faktor fiel aus der Kontinuität heraus), wodurch 52% der Gesamtvarianz aufgeklärt wurden.

Die Eigenwerte der 3-faktoriellen unrotierten Lösung betragen jeweils 4,40, 3,10 und 1,90. Inhaltlich entsprachen die drei Faktoren in der rotierten Lösung den von Levenson beschriebenen Dimensionen *internality* (Internalität), *powerful others* (sozial bedingte Externalität) und *chance* (fatalistische Externalität). Lediglich Item 4 zeigte die stärkste Ladung auf einem anderen Faktor als erwartet. Tabelle 1 zeigt die Faktorenstruktur für die rotierte 3-faktorielle Lösung.

Die konfirmatorische Faktorenanalyse (ohne Ersetzung fehlender Werte) ergab mit NFI und CFI über dem kritischen Wert von 0,90 [Hu und Bentler, 1999] eine befriedigende Passung zwischen dem theoretischen Modell und den Daten (Tab. 2). Die Güte der Anpassung nach dem RMSEA-Wert ergibt ein nach Arbuckle und Wothke [1999] akzeptables (<0,08), nach Hu und Bentler [1999] ungenügendes Ergebnis (>0,06).

Die in Tabelle 1 ausgeführten Trennschärfekoeffizienten der Items können mit Ausnahme von Item 4 als gut bezeichnet werden. Die interne Konsistenz der Skalen ist ebenfalls als gut zu bewerten (Cronbachs alpha von 0,77 bis 0,81). Mit Cronbachs alpha = 0,86 und Item-Trennschärfen von 0,52 bis 0,72 (TBK-H) bzw. Cronbach's alpha = 0,81 und Item-Trennschärfen von 0,49 bis 0,65 (TBK-W) zeigen auch die beiden Zusatzskalen eine gute Reliabilität.

Die Berechnung der Interkorrelationen der Skalen des TBK lieferte weitere Hinweise für die Konstruktvalidität. Die statistisch vernachlässigbaren Korrelationen zwischen der Internalitätsskala und den beiden Externalitätsskalen ($r = -0,11$, $p > 0,10$ mit «Powerful others»; $r = -0,03$, $p > 0,70$ mit «Chance») bestätigen die Unabhängigkeit der zwei Dimensionen. Die mittelstarke Korrelation zwischen den zwei Externalitätsskalen ($r = 0,42$, $p < 0,001$) zeigt hingegen, dass sozial bedingte und fatalistische Externalität nicht unabhängig voneinander sind. Die nur mäßige Korrelation lässt allerdings vermuten, dass die zwei Dimensionen verschiedene Aspekte von Externalität messen.

Konvergente Validität

Die Ergebnisse zur Prüfung der konvergenten Validität sind in Tabelle 3 dargestellt. Erwartungsgemäß fand sich ein Zusammenhang zwischen allgemeinen (IPC) und spezifischen (TBK) Kontrollerwartungen: Patienten mit hohen globalen Internalitätswerten neigten auch im psychotherapeutischen Bereich zu internalen Kontrollerwartungen. Das Gleiche gilt für Erwartungen an wichtige andere (*powerful others*) und für zufallsbedingte Externalität. Die nur mittelstarken Korrelationen weisen darauf hin, dass es beim TBK um ein ähnliches Konzept geht wie beim IPC, dass jedoch nicht genau das Gleiche gemessen wird.

Psychotherapiebezogene Internalität korrelierte auch mit Handlungsbereitschaft (TBK-H) und mit der Überzeugung, dass eine aktive Teilnahme am psychotherapeutischen Prozess sehr wichtig sei (TBK-W). Gleichzeitig hing fatalistische Externalität wie erwartet mit niedriger Handlungsbereitschaft zusammen. Therapiebezogene Handlungsbereitschaft und

Tab. 1. Item- und Skalencharakteristika sowie Faktorladungen der varimaxrotierten Faktorfösung (N = 221)^a

Skalen- und Itembezeichnungen	M	SD	r _{it}	Faktorladungen		
				F1	F2	F3
Psychotherapiebezogene Internalität ($\alpha = 0,81$)						
1. Es hängt letztlich von mir ab, ob ich nach der Behandlung mit meinem Problem besser umgehen kann.	21,45	5,33	0,51	-0,049	0,644	-0,171
5. Ob ich in der Therapie meine Anliegen und Prioritäten anbringen kann, hängt vor allem von mir ab.	3,93	1,11	0,58	-0,031	0,700	-0,044
8. Ob ich in der Therapie eine aktive Rolle übernehme und die Behandlung mitgestalte, hängt vor allem von mir ab.	3,56	1,24	0,65	-0,093	0,767	0,129
9. Es liegt an mir, in der Therapie Strategien zu entwickeln, mit denen ich Rückfälle weitgehend verhindern kann.	3,10	1,38	0,56	-0,094	0,700	0,077
14. In der Therapie hoffe ich Anregungen zu finden, wie mein Problem angegangen werden könnte. Die Entscheidung, welche dieser Anregungen für mich sinnvoll sein könnten, liegt voll bei mir.	3,68	1,24	0,60	-0,075	0,740	-0,003
16. Es liegt an mir, bei meinem Therapeuten/meiner Therapeutin die nötige Unterstützung zu holen, um mein Problem anzugehen.	3,53	1,21	0,56	0,194	0,709	0,014
Powerful Others – psychotherapiebezogen ($\alpha = 0,80$)						
3. Es liegt an meinem Therapeuten/meiner Therapeutin zu bestimmen, inwieweit ich die Therapie mitgestalten soll.	17,65	5,28	0,53	0,635	-0,067	0,268
7. Wenn mir mein Therapeut/meine Therapeutin wirklich helfen will, dann werde ich von ihm/von ihr die Unterstützung bekommen, die ich brauche.	2,59	1,33	0,38	0,619	0,222	-0,083
10. Die Verbesserung meines Problems während der Behandlung hängt vor allem von der Kompetenz meines Therapeuten/meiner Therapeutin ab.	3,62	1,21	0,47	0,593	-0,135	0,071
12. Ob mein Problem nach der Therapie wieder auftauchen wird, hängt vor allem von der Qualität der Behandlung ab	2,90	1,35	0,37	0,412	-0,045	0,304
17. Mein Therapeut/meine Therapeutin wird mich nach meinen Anliegen und Prioritäten fragen und aufgrund seiner/ihrer Erfahrung entscheiden, was für mich gut ist.	2,42	1,28	0,57	0,752	0,026	0,117
18. Mein Therapeut/meine Therapeutin ist der Experte/die Expertin und soll deswegen entscheiden, wie mein Problem am besten gelöst werden soll.	3,13	1,28	0,71	0,850	-0,074	0,153
19. Es liegt an meinem Therapeut/an meiner Therapeutin zu merken, wie viel Unterstützung ich brauche und sich danach zu richten.	2,79	1,52	0,63	0,762	-0,101	0,190
Chance – psychotherapiebezogen ($\alpha = 0,77$)						
2. Wie viel mich mein Therapeut/meine Therapeutin bei der Lösung meines Problems unterstützen wird, ist vor allem Glückssache.	12,17	5,83	0,38	0,055	0,101	0,556
4.*Menschen sind so verschieden, dass man nie zum voraus weiss, wie ein Problem am besten zu lösen ist.	1,53	1,34	0,20	0,341	0,015	0,188
6. Ob ich nach der Behandlung einen Rückfall erleiden werde, hängt von vielen Zufälligkeiten ab.	3,49	1,35	0,50	0,121	-0,092	0,667
11. Ob ich in der Therapie meine Anliegen und Prioritäten anbringen kann, hängt von nicht vorhersehbaren Faktoren ab.	2,47	1,34	0,67	0,149	-0,023	0,810
13. Die Lösung meines Problems hängt von vielen unvorhersehbaren Faktoren ab.	1,76	1,35	0,59	0,078	0,052	0,789
15. Ob ich die Behandlung aktiv mitgestalte, hängt von Dingen ab, die ich nicht beeinflussen kann.	2,54	1,44	0,59	0,354	-0,067	0,700
15. Ob ich die Behandlung aktiv mitgestalte, hängt von Dingen ab, die ich nicht beeinflussen kann.	1,84	1,36	0,59	0,354	-0,067	0,700
Eigenwert			4,39	3,01	1,89	
Varianzaufklärung (%)			24,42	17,22	10,52	

^aItems sortiert nach Skalenzugehörigkeit. α = Cronbachs alpha; M = Skalen- und Itemmittelwerte (Skalenwerte: range = 0–30); SD = Skalen- und Itemstandardabweichungen; r_{it} = Itemtrennschärfen; F1, F2, F3 = Faktorladungen; * = ausgeschlossenes Item. Die Werte der übrigen Items gelten ohne Item 4.

Tab. 2. Fit-Indexe für die 3-faktorielle Lösung (N = 221)

Chi ²	df	NFI	CFI	RMSEA (90% Konfidenz- Intervall)
296,07**	132	0,964	0,980	0,075 (0,064–0,087)

NFI = Normed Fit Index; CFI = Comparative Fit Index; RMSEA = Root Mean Squared Error of Approximation.

**p < 0,01.

Wichtigkeit einer aktiven Teilnahme waren unabhängig von den Erwartungen auf der Skala «Powerful others».

Der theoretisch erwartete positive Zusammenhang zwischen situationsbezogener Internalität und Selbstwirksamkeit konnte bestätigt werden.

Test-Retest-Reliabilität

Mit Pearson-Korrelationen von $r = 0,76$ (Internalität, $p < 0,001$), $r = 0,77$ («Powerful others», $p < 0,001$) und $r = 0,81$ («Chance», $p < 0,001$) zeigte der TBK eine befriedigende zeitliche Stabilität.

Zusammenhänge mit soziodemographischen und klinischen Variablen

Männer wiesen signifikant höhere «Powerful-others»-Werte auf als Frauen ($M = 18,6$, $SD = 4,46$ versus $M = 16,9$, $SD = 5,7$, $t = 2,54$, $p < 0,05$, $df = 219$).

Die Korrelationen mit dem Alter zeigten schwache, aber statistisch signifikante Zusammenhänge mit beiden Externalitätsskalen («Powerful others» $r = 0,19$, $p < 0,01$; «Chance» $r = 0,22$, $p < 0,01$).

Hinsichtlich der drei Hauptdiagnosen (Angststörungen, affektive Störungen, Essstörungen) zeigten sich bei der varianzanalytischen Prüfung (ANOVA) keine Unterschiede in Bezug auf Kontrollerwartungen.

Bei der Unterstichprobe aus der Angstprechstunde ergaben sich signifikante negative Zusammenhänge zwischen Internalität einerseits und sowohl Depressivität nach BDI ($r = -0,34$, $p < 0,05$) wie auch Beschwerdedruck nach SCL-9-K ($r = -0,30$, $p < 0,05$) andererseits. Hohe «Powerful-others»-Werte waren hingegen mit erhöhtem Beschwerdedruck (SCL-9-K: $r = 0,36$, $p < 0,01$) und mit akuter Angstsymptomatik nach BAI ($r = 0,35$, $p < 0,01$) gekoppelt. Lebenszufriedenheit (FLZ) korrelierte positiv mit Internalität ($r = 0,37$, $p < 0,01$). Die fatalistische Externalität erwies sich als unabhängig von jeglichen psychometrischen Werten.

Diskussion

Die erste psychometrische Überprüfung des TBK an einer Stichprobe von 221 ambulanten Psychotherapiepatienten

zeigte gute Validität und Reliabilität. Die theoretisch postulierte dreidimensionale Faktorenstruktur konnte mittels exploratorischer Faktorenanalyse abgebildet werden. Die Ergebnisse der konfirmatorischen Faktorenanalyse ergaben Hinweise für eine genügende Passung zwischen Daten und theoretischem Modell. Der TBK erwies sich angesichts der guten internen Konsistenzen der drei Skalen «Internalität», «Powerful others» und «chance» als reliabel. Die Test-Retest-Reliabilität ergab zufrieden stellende Ergebnisse. Die mittelstarken Korrelationen in einem wöchentlichen Abstand können als Hinweis für eine erhöhte Zustandsabhängigkeit des TBK im Gegensatz zu den zeitstabileren, vom IPC gemessenen Kontrollüberzeugungen interpretiert werden. In einer weiteren Untersuchung planen die Autoren zu prüfen, ob sich eine solche Variabilität (während der Abklärungsphase, aber auch im Verlauf einer Psychotherapie) in eine konstante Richtung, nämlich in eine Zunahme von Internalität im Verlauf einer erfolgreichen Behandlung, bewegt.

Hinweise bezüglich der Konstruktvalidität ergeben sich aus den Zusammenhängen mit dem IPC, mit den zwei Zusatzskalen TBK-H und TBK-W sowie mit der Skala zur Selbstwirksamkeitserwartung.

Die positiven Zusammenhänge zwischen den TBK- und den entsprechenden IPC-Skalen stimmen mit unseren Erwartungen überein: Patienten mit generalisierten internalen Kontrollüberzeugungen neigen offenbar dazu, auch im psychotherapeutischen Bereich die Verantwortung für eine positive Veränderung bei sich selber zu sehen. Die Überzeugung, dass Ereignisse vorwiegend durch wichtige andere beeinflusst werden, geht auf der anderen Seite mit hohen Erwartungen an den Psychotherapeuten zusammen. Eine fatalistische Haltung gegenüber der Beeinflussbarkeit des eigenen Lebens begünstigt die Überzeugung, dass auch im psychotherapeutischen Bereich Veränderungen durch unvorhersagbare Faktoren bestimmt werden. Die statistisch signifikanten, jedoch bescheidenen Korrelationen suggerieren, dass Kontrollerwartungen in einer spezifischen Situation von allgemeinen Kontrollerwartungen beeinflusst werden, jedoch nicht zwingend mit diesen übereinstimmen. Dieses Ergebnis bestätigt die in der Einleitung erwähnte und von Krampen [1989] schon vor einigen Jahren erkannte Notwendigkeit, Kontrollerwartungen möglichst situationspezifisch zu erfassen.

Wie erwartet zeigten Patienten mit hohen internalen Kontrollerwartungen eine stark ausgeprägte Handlungsbereitschaft bzw. Anerkennung der Wichtigkeit einer aktiven Teilnahme sowie höhere globale Selbstwirksamkeit. Der Zusammenhang zwischen Handlungsbereitschaft und zufallsbedingter Externalität war hingegen wie vorausgesagt negativ.

Die relative Unabhängigkeit zwischen Erwartungen an den Therapeuten (*powerful others*) und der Bereitschaft, sich aktiv am therapeutischen Prozess zu beteiligen, stimmt überein mit der Annahme Levensons [1974], dass Menschen mit hohen «Powerful-others»-Werten an die Veränderbarkeit einer gewissen Situation glauben, jedoch nicht zwingend eine Verän-

Tab. 3. Konvergente Validität: Korrelationen zwischen den TBK-Skalen und den IPC-Skalen bzw. der Skala zu Selbstwirksamkeitserwartung (N = 221)

	IPC-I	IPC-P	IPC-C	TBK-H	TBK-W	SW
TBK-I	0,34**	-0,23**	-0,08	0,48**	0,50**	0,28**
TBK-P	-0,14	0,33**	0,30**	0,08	-0,01	-0,06
TBK-C	-0,30**	0,36**	0,44**	-0,18**	-0,10	-0,09

Pearson Korrelationen, 2-tailed.
**p < 0,01; *p < 0,05.

derung durch eigenes Handeln erwarten. Im psychotherapeutischen Bereich bleibt zu untersuchen, ob Patienten mit hohen Werten auf dieser Skala, z.B. dank starker Hoffnungen auf die Therapeuten und möglicherweise durch strikte Befolgung therapeutischer Anweisungen, im Verlauf der Psychotherapie positive Ergebnisse erzielen. Auf der Prozessebene stellt sich die Frage, ob günstige Therapieergebnisse mit einem minimalen Internalitätswert in der Anfangsphase einer Psychotherapie oder zumindest mit zunehmender Internalität im Verlauf des therapeutischen Prozesses zusammenhängen.

Die Unabhängigkeit zwischen externen, jedoch nicht zufallsorientierten Behandlungserwartungen und Selbstwirksamkeit ist nicht neu. So konnte Mundt [2002] zeigen, dass bei Panikpatienten die Wahl einer Behandlung mit oder ohne Medikamente unabhängig von der Höhe des Selbstwirksamkeitserlebens geschieht. Hohe Erwartungen gegenüber Medikamenten (oder Therapeuten) am Anfang einer Psychotherapie scheinen also nicht per se Indikatoren für geringe Selbstwirksamkeit und tiefe Handlungsbereitschaft im psychotherapeutischen Prozess zu sein. Es kann sein, dass die Entwicklung eines minimalen Internalitätswertes und nicht der Anfangswert ausschlaggebend sind für die tatsächliche aktive Beteiligung und für das Gelingen einer Psychotherapie. Es kann weiterhin hypothetisiert werden, dass gewisse Cluster wie z.B. gleichzeitig hohe Internalität und hohe «Powerful-others»-Werte in Bezug auf das Therapieergebnis günstiger sein könnten als andere wie z.B. hohe «Powerful-others»- und hohe «Chance»-Werte bei tiefer Internalität.

Einige Limitationen der vorliegenden Studie müssen erwähnt werden. Die Formulierung der Items des TBK setzt die Absicht der Patienten voraus, eine Psychotherapie anfangen zu wollen. Dies trifft für den grösseren Teil unserer Stichprobe (87%) zu, ist jedoch in der Praxis nicht immer die Regel. Kann sich ein Patient (noch) nicht für eine Psychotherapie entscheiden, ist es unter Umständen schwierig für ihn, sich mit konkreten Therapieerwartungen auseinander zu setzen. Es ist auch vorstellbar, dass die Angaben der Patienten ohne Psychotherapieerfahrung (41% unserer Stichprobe) oder mit negativer Psychotherapieerfahrung durch mangelndes oder möglicherweise verzerrtes Wissen beeinflusst waren. Insbesondere bei diesen Patienten scheint es wichtig, sich daran zu erinnern, dass die erhobenen Therapieerwartungen eine Momentaufnahme darstellen. Eine weitere Prüfung der Therapie-

erwartungen nach einigen Sitzungen kann sich in diesem Fall als sinnvoll erweisen. Eine weitere Limitation besteht in der Auswahl der Stichprobe: die untersuchten ambulanten Patienten einer Universitätsklinik unterscheiden sich möglicherweise in wichtigen motivationalen Aspekten einerseits von stationären, andererseits von in privaten Praxen behandelten Patienten. Aufgrund dieser Überlegungen gelten die in der Diskussion ausgeführten Aussagen nicht zwingend für die Gesamtheit von Psychotherapiepatienten.

Unter Berücksichtigung der oben erwähnten Einschränkungen können wir aufgrund der vorliegenden Ergebnisse davon ausgehen, dass der TBK ein valides und reliables Instrument zur Messung von Kontrollerwartungen im psychotherapeutischen Bereich darstellt, das sich von allgemeineren, persönlichkeitsbezogenen Instrumenten wie dem IPC und der Skala zu Selbstwirksamkeitserwartung unterscheidet. Der Einsatz des TBK könnte im klinischen Bereich in der Phase der motivationalen Klärung besonders relevant sein. Aufgrund einzelner Skalenwerte können unrealistische Kontrollerwartungen erhoben, thematisiert und z.B. mit Hilfe von Kontrollerfahrungen des Patienten in anderen Bereichen angepasst werden. Dabei scheint es besonders wichtig, ungünstige Kontrollerwartungen auch im Rahmen der aktuellen Symptomatik zu betrachten. Bei depressiven Patienten ist es beispielsweise denkbar, dass die von uns festgestellte tiefe Internalität, wie auch die von Kennedy et al. [1998] gemessene hohe allgemeine Externalität nur bedingt mit motivationalen Aspekten zusammenhängen und dass diese erst im Verlauf einer Behandlung modifiziert werden können.

Im Forschungsbereich ist die Frage der Einsetzbarkeit des TBK im Verlauf von Psychotherapien besonders interessant. Insbesondere sollte untersucht werden, wie sich Kontrollerwartungen bei verschiedenen Patientengruppen während einer Psychotherapie verändern, wie diese mit der tatsächlichen aktiven Teilnahme am psychotherapeutischen Prozess zusammenhängen und ob Kontrollerwartungen in der ersten Phase der Behandlung als Prädiktoren für den objektiven und subjektiven Therapieerfolg gelten können. Dabei sollten soziodemographische und klinische Variablen kontrolliert werden. Eine solche Prüfung ist gegenwärtig Bestandteil einer Verlaufsstudie an der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich.

Dank

Diese Arbeit wurde unter anderem dank der engagierten Mitarbeit von Kollegen aus der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich und aus dem Psychologischen Institut der Universität Bern ermöglicht. PD Dr. med. S. Büchi, Dr. med. G. Carraro, Prof. Dr. phil. A. Flammer

und Dr. phil. H. Mörgeli danken wir für die anregenden Diskussionen bei der Entwicklung des TBK-Fragebogens und bei der Planung der Studie. Ein spezieller Dank geht auch an Dr. med. K.D. Herta, Dr. med. W. Heuberger, Dr. med. K. Lötscher König, Dr. med. A. Richter und PD Dr. Med. G. Milos für ihre Unterstützung bei der Patientenrekrutierung.

Literatur

- Arbuckle J, Wothke W: Amos 4.0 User's Guide. Chicago, SmallWaters, 1999.
- Beck AT, Emery G: Kognitive Verhaltenstherapie bei Angst und Phobien. Tübingen, dgvt, 1981.
- Hautzinger M, Bailer M, Worall H, Keller F: Beck-Depressionsinventar (BDI). Bern, Huber, 1995.
- Heinrich G, Herschbach P: Questions on Life Satisfaction (FLZ) – a short questionnaire for assessing subjective quality of life. *EJPA* 2000;16:150–159.
- Hu L, Bentler PM: Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equat Model* 1999;6:1–55.
- Kennedy B, Lynch GV, Schwab JJ: Assessment of locus of control in patients with anxiety and depression disorders. *J Clin Psychol* 1998;54:509–615.
- Klaghofer R, Brähler E: Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *ZKPP* 2001;49:115–124.
- Krampen G: IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen, Handanweisung. Göttingen, Hogrefe, 1981.
- Krampen G (Hrsg): Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen, Hogrefe, 1989.
- Krupnik JL: The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532–539.
- Leung AW, Heimberg RG: Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment of social phobia. *Behav Res Ther* 1996;34:423–432.
- Levenson H: Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. *Proceedings of the 80th Annual Convention of the American Psychological Association* 1972;7:261–262.
- Levenson H: Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *J Pers Assess* 1974;38:377–383.
- Lüthi R, Grob A, Flammer A: Differenzierte Erfassung bereichsspezifischer Kontrollmeinungen bei Jugendlichen; in Krampen G (Hrsg): Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen, Hogrefe, 1989, pp 134–144.
- Marmar C, Gaston L, Gallagher D, Thompson LW: Alliance and outcome in late-life depression. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:464–472.
- Meyer B, Pilkonis PA, Krupnik JL, Egan MK, Simmens SJ, Sotsky SM: Treatment expectancies, patient alliance and outcome: Further analyses from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:1051–1055.
- Mundt A: Selbstwirksamkeit und Erfolgsattribution nach verhaltenstherapeutischer Gruppenbehandlung – mit/ohne Antidepressiva – einer Panikstörung. Verhindern Medikamente die Attribution des Therapieerfolgs auf eigene Bewältigungsstrategien? Eine Versorgungsstudie. Hamburg, 2002.
- Pfingsten U, Hinsch R: Prediction of therapeutic effects of a social skills training in groups; in Minsel W, Herff W (eds): Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research. Frankfurt/M, Lang, 1982, pp 204–209.
- Schwarzer R: Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. *Diagnostica* 1994;40:105–123.
- Steel Z, Jones J, Adcock S, Clancy R, Bridgford-West L, Austin J: Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *Int J Eat Disord* 2000;28:209–314.
- Weinberger J: Expectancies: the ignored common factor in psychotherapy; in Kirsch I (ed): How Expectancies Should Be Experienced. Washington, American Psychological Association, 1999, pp 357–382.