

Anschlußmotiv und Dopamin: Ein Vergleich zwischen Parkinson- und Rheumaerkrankten anhand implizit und explizit gemessener Motive

Implicit versus explicit affiliation motives and dopamine concentration: A comparison of parkinsonian and arthritis patients

Sokolowski, K.¹⁾, Schmitt, S.²⁾, Jörg, J. & Ringendahl, H.³⁾

¹⁾ PD Dr. K. Sokolowski
Bergische Universität-Gesamthochschule Wuppertal
Fb 3 - Psychologie
Gaußstr. 20
42097 Wuppertal

²⁾ Dipl.-Psych. Sabine Schmitt
Lehrstuhl für Psychologie
der Technischen Universität München
Lothstr. 17
80335 München

³⁾ Prof. Dr. J. Jörg & Dr. H. Ringendahl
Klinikum Wuppertal GmbH
Klinik für Neurologie und Psychiatrie
Heusnerstr. 40
42283 Wuppertal-Barmen

Zusammenfassung

Motive, die mittels Fragebögen erfaßt werden, unterscheiden sich von solchen, die mittels projektiver Verfahren erhoben werden. Erstere - selbst zugeschriebene „explizite“ Motive - reflektieren die im Bewußtsein zugänglichen Aspekte des eigenen Selbstkonzepts; letztere - „implizite“ Motive - erfassen die bewußt kaum zugänglichen Teile des Selbsts. Impliziten Motiven wird eine starke Verankerung in biologischen Grundprozessen zugesprochen, wie dies sich in engen Zusammenhängen zwischen der Höhe des angeregten Anschlußmotivs und dem Anstieg der Dopaminkonzentration nachweisen läßt. Diese Zusammenhänge lassen sich bei mittels Fragebögen erfaßten selbst zugeschriebenen Motiven nicht feststellen. Die vorliegende Arbeit prüft die Ausprägungen des impliziten und expliziten Anschlußmotivs in zwei Krankheitsbildern: Das eine Krankheitsbild (Parkinson) entsteht durch chronischen Dopaminmangel; das zweite Krankheitsbild (Rheuma) ist durch eine gleich schwere Bewegungsbehinderung gekennzeichnet, die jedoch nicht in einer Störung der Dopaminsynthese ihre Krankheitsursache hat. In einem 2*2-Design wurde von Parkinsonerkrankten (n = 17) und Rheumaerkrankten (n = 20) das Anschlußmotiv implizit (mittels Anschluß-Gitter) und explizit (Mehrabian-Fragebogen) erhoben. Die Ergebnisse konsolidieren die bisherigen Befunde zwischen dem Dopaminniveau und der Höhe des impliziten Anschlußmotivs. Parkinsonpatienten haben ein signifikant niedrigeres implizites Anschlußmotiv als Rheumapatienten. Beim expliziten Anschlußmotiv weist der ebenfalls signifikante Unterschied zwischen beiden Krankheitsgruppen in die entgegengesetzte Richtung.

Abstract

Motives measured by questionnaires are different from those measured by projective techniques. Self-attributed „explicit“ motives reflect those aspects of the self-concept which are consciously accessible, while „implicit“ motives reflect the more unconscious aspects of the self. Implicit motives are based on biological processes, especially the release of neurotransmitters: The close relationship between the strength of an aroused implicit affiliation motive and dopamine release is documented. This kind of relation cannot be found between explicit motives and neurotransmitter release. In this study we measured the strength of the implicit and the explicit affiliation motive in two different groups of patients - parkinsonian patients and patients with chronic polyarthritis. Both diseases have severe impairments of movement control in common. But Parkinson's disease, however, is a result of chronic lack of dopamine release, while in contrast arthritis has other origins. In a 2*2-design the affiliation motive of parkinsonian patients (n = 17) and arthritis patients (n = 20) was measured either explicitly (Mehrabian questionnaires) or implicitly (semi-projective affiliation-grid-technique). The results support the close relationship between the dopamine turnover and the strength of the implicit affiliation motive. Parkinsonian patients, that is people with chronically low concentrations of dopamine, have significantly lower scores of the implicit affiliation motive compared to arthritis patients. The two groups of patients differ also significantly in the scores of the explicit affiliation motive, but here, in contrast to the implicit motives, the difference has the opposite direction.

1. Einleitung

Motive - wie z.B. das Anschluß-, Leistungs- oder Machtmotiv - stellen im Gegensatz zu situationsübergreifenden kognitiven oder affektiven Persönlichkeitsstilen - wie z.B. Feldabhängigkeit, Handlungs-Lage-Orientierung oder Introversion/Extraversion - Bewertungsvoreingenommenheiten dar, die erst in spezifischen Situationsklassen ihre Wirksamkeit entfalten (Heckhausen, 1989). Gegenwärtig wird in Anlehnung an McDougall's Instinktbezug ein Motiv folgendermaßen definiert: Ein Motiv befähigt dazu, bestimmte Gegenstände wahrzunehmen und ihnen Aufmerksamkeit zu schenken, durch die Wahrnehmung eines solchen Gegenstandes eine emotionale Erregung von ganz bestimmter Qualität zu erleben und daraufhin in einer bestimmten Weise zu handeln oder wenigstens den Impuls zu solch einer Handlung zu erleben (Schneider & Schmalz, 1994, S. 14). McClelland (1985) definiert Motiv als „... a recurrent concern for a goal state based on a natural incentive - a concern that energizes, orients, and selects behavior“ (S. 590). Ein angeregtes Motiv, d.h. die aktuelle Motivation, beeinflusst danach eine ganze Reihe psychischer Funktionen. Es richtet die Aufmerksamkeit unwillkürlich auf bestimmte Situationsaspekte, beeinflusst die bewußten Wahrnehmungen, Deutungen und Interpretationen, aktiviert Erfahrungen mit vergleichbaren Situationen, entwirft mögliche Zielzustände (Antizipationen, Erwartungsemotionen), nimmt Einfluß auf das Erleben (Gedanken und Gefühle), energetisiert das Verhalten und richtet es aus. Die Motivanregung erfolgt unwillkürlich.

Implizite und explizite Motive. Da Personen der bewußte Zugang zu den Motiven, die das Erleben und Verhalten beeinflussen, versperrt ist, mußte man in der Motivdiagnostik einen Umweg gehen. Dieser bestand in der Verwendung projektiver - meist auf dem TAT aufbauender - Verfahren (Atkinson, 1958; McClelland, 1985). Es gab in der Folgezeit aber an der projektiven Motivdiagnostik starke Kritik, die den so gewonnenen Motivkennwerten (u.a. aufgrund ihrer niedrigen Korrelation mit Fragebogenverfahren) mangelnde Validität vorwarf (z.B. Entwisle, 1972). Wie wir heute sehen können, waren die damals vorgetragenen Argumente zum großen Teil unberechtigt (z.B. Kuhl, 1977). Heute werden abhängig von der Art der Messung explizite und implizite Motive unterschieden (Spangler, 1992): Explizite Motive sind die mit Fragebögen erhobenen selbstgeschriebenen Motive, und implizite Motive sind diejenigen, die aufgrund Wahrnehmungen, Deutungen und Interpretationen mehrdeutiger Bildsituationen erhoben werden, d.h. mittels projektiver Verfahren. Implizite Motive stellen in der Individual- und Stammesgeschichte entwickelte Bewertungssysteme dar, die sich in biologischen Grundprozessen niederschlagen (z.B. in Ausschüttungen von

Neurotransmittern), sich in der frühen Kindheit entwickeln und eng an Erfahrungen im Umgang mit natürlichen Anreizen lehnen (wie: Zusammensein mit Artgenossen („contact incentive“), Interesse an Neuem („variety incentive“) und Einfluß auf die dingliche und soziale Umwelt zu nehmen („impact incentives“); nach McClelland, 1985). Implizite Motive gibt es nur in geringer Zahl, sie besitzen Vorläufermotive in einigen Tierarten und ihre Wirkungsweise ist nicht bewußt und unwillkürlich. Dagegen finden sich explizite Motive nur beim Menschen, und sie entwickeln sich mit dem Gebrauch des Sprachsystems; sie basieren auf kulturellen Normen und sind durch soziale Anforderungen bedingt, und sie stellen zu erreichende Ziele in beliebig großer Zahl oder mit willkürlicher Anstrengung verbundene Pflichten, die bewußt repräsentiert sind, dar (McClelland, 1995; McClelland, Koestner & Weinberger, 1989; Spangler, 1992).

Um die Vorteile der projektiven Verfahren (hohe Inhaltsvalidität) bei gleichzeitig hoher Auswerteobjektivität zu erhalten, entwickelte Schmalt (1976) eine neue Verfahrenstechnik: die Gittertechnik. Mit ihr wird durch die Vorgabe von mehrdeutigen Bildern an die projektive Meßtradition angeknüpft, aber gleichzeitig durch die Vorgabe fester Antwortkategorien (Deutungen der Gedanken und Gefühle der dargestellten Personen betreffend), die zur Wahl stehen, die hohe Auswerteobjektivität der Fragebogenverfahren erreicht. Auf diesem Ansatz aufbauend, wurde ein Verfahren zur Erfassung des Anschlußmotivs entwickelt - das Anschluß-Gitter (Sokolowski, 1992).

Anschlußmotivation und Dopamin. Wenn man Menschen im Umgang mit ihnen Fremden beobachtet, stellt man schnell deutliche Unterschiede zwischen ihnen fest: das Verhalten und die beobachtbaren Emotionsniederschläge liegen zwischen forsch vs. zögernd, entspannt vs. ge(verspannt), sicher vs. unsicher, hoffnungsvoll vs. furchtsam. Um diese in einer vergleichbaren Situationsklasse beobachtbaren Unterschiede zu erklären, werden unterschiedliche Motive der Personen angenommen. Das anschlusssmotivierte Handeln bezieht sich auf eine Inhaltsklasse von sozialen Situationen, in denen man mit fremden oder wenig bekannten Personen in Kontakt treten kann. Ziel ist es, diesen Kontakt aufzunehmen, und in einer Weise zu unterhalten, die alle Seiten als befriedigend, anregend und bereichernd erleben.

Wie bei den anderen Motiven werden auch beim Anschlußmotiv zwei antagonistische Komponenten unterschieden: „Hoffnung auf Anschluß“ und „Furcht vor Zurückweisung“.

Mehrabian und Ksionzky (1974) charakterisieren Personen mit hoher Hoffnung auf Anschluß folgendermaßen: Sie sehen andere in einem besseren Licht und als sich selbst ähnlicher, sie mögen andere auf Anhieb mehr, sie werden mehr von anderen gemocht, durch ihre freundliche Art wirken sie auf andere (Fremde) ansteckend, sie haben mehr Zuversicht und angenehmere Gefühle im Umgang mit anderen. Personen mit ausgeprägter Furcht vor Zurückweisung sind dagegen folgendermaßen zu kennzeichnen: Sie fühlen sich in sozialen Situationen überfordert und wirken in diesen Gefühlen auch auf andere ansteckend, sie sind in sozialen Situationen weniger zuversichtlich, aber verspannter und ängstlicher, sie sehen sich selbst als unbeliebter und einsamer (obwohl sie de facto mit anderen nicht seltener interagieren), sie haben wenig soziales Geschick und ihr Verhalten hinterläßt in ihnen selbst ein Gefühl der Inadäquanz und Unfähigkeit, mit sozialen Situationen umzugehen, sie fragen häufiger nach dem Stand der Beziehung - um Rückversicherung.

Die vorliegende korrelative Studie hatte ihren Ausgangspunkt in den seit etwa 10 Jahren gesicherten Erkenntnissen aus der McClelland-Gruppe in Boston (zusf. McClelland, Patel, Stier und Brown, 1987). Sie fanden, daß sich bei Personen mit hohem impliziten, also mittels TAT gemessenem Anschlußmotiv in motivangeregtem Zustand (nach dem Betrachten eines Liebesfilms mit „happy end“), signifikant höhere Konzentrationen von Abbauprodukten des Dopamins in Blut und Speichel nachweisen ließen als bei Personen mit niedrigem Anschlußmotiv. Personen mit einem hohen impliziten Anschlußmotiv dürften damit mehr Spaß an romantischen Liebesfilmen haben als Personen mit einem niedrigen. Bei diesen Untersuchungen fanden sich keine Geschlechtsunterschiede.

Von zwei Gehirnzentren gibt es bisher gesicherte Belege, daß sie für Dopaminausschüttungen verantwortlich sind und entsprechende Rezeptoren besitzen: Eines ist im mesolimbischen System und das andere ist in der substantia nigra im nigrostriatalen Cortex, und die dortigen Rezeptoren besitzen Projektionen in die motorischen Hirnregionen. Dopaminmangel führt u.a. zu einer Enthemmung des cholinergen Systems im Striatum, worin bei der Parkinsonerkrankung die Ursache der symptomatischen Bewegungsstörung wie Ruhetremor, Rigor und Akinese angenommen wird (Canavan & Sartory, 1990; Ringendahl & Jörg, 1994). Desweiteren wird durch Dopamin - zusammen mit den Endorphinen - allgemeines Wohlbefinden generiert. Dopamin gilt als wichtiger Neurotransmitter des positiven Verstärkungssystems (Birbaumer & Schmidt, 1991). Es ist bekannt, daß Parkinsonerkrankte häufiger unter Depression leiden - allerdings schwanken die Häufigkeitsangaben über an

Depression leidender Parkinsonpatienten zwischen 30 % und 90 % (Birkmayer & Riederer, 1985).

So ließ sich folgende Leithypothese der vorliegenden korrelativen Studie ableiten: Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit ähnlich schwerer Beeinträchtigung, die allerdings nicht auf Störungen der Dopaminsynthese zurückgeführt werden kann, sollten Parkinsonpatienten, bei denen ein chronischer Dopaminmangel herrscht, ein niedriges implizites Anschlußmotiv besitzen. Beim expliziten Anschlußmotiv sollten keine diesbezüglichen Zusammenhänge auftreten.

Als Kontrollgruppe wurden Personen mit primär chronischer Polyarthritits (Rheuma) ausgewählt. Folgende Kriterien sprachen dafür: Zum einen unterscheiden sich diese Erkrankten und Parkinsonerkrankte nach der Studie von Gotham, Brown und Marsden (1986) hinsichtlich der Qualität und Quantität der Depressionsneigung nicht. Weiterhin können sich auch bei dieser Erkrankung körperliche Symptome im Erscheinungsbild und somit für die Interaktionspartner ersichtlich manifestieren. Beispiele reichen von Deformationen der Finger bis hin zu Beeinträchtigungen der gesamten Körperhaltung sowie des Gangbildes. Der Erkrankungsverlauf ist, ähnlich dem des Morbus Parkinson, unvorhersehbar bezüglich des Ausprägungsgrades der Erkrankung, meist chronisch-progredient, zum Teil mit ausgeprägten Schüben und eventuell zeitweilig remittierend. Die Erkrankten müssen sich, wie die Parkinsonerkrankten, auf eine Langzeitbehandlung und Begleitung durch ein weitgespanntes Behandlungs- und Betreuungsteam einrichten.

2. Methode

2.1. Übersicht

In einer korrelativen Studie wurde in zwei Gruppen von Patienten - Parkinson- und Rheumaerkrankte - jeweils das explizite Anschlußmotiv (Mehrabian-Fragebogen) und das implizite Anschlußmotiv (Anschluß-Motiv-Gitter), sowie mittels eines eigens entwickelten Fragebogens die Qualität und Quantität der gegenwärtigen Sozialkontakte erhoben und miteinander verglichen.

2.2. Versuchspersonen

Die untersuchte Population setzte sich aus 17 Parkinsonerkrankten und 20 Rheumaerkrankten zusammen. Bei den an idiopathischem Parkinson Erkrankten wurden aufgrund medizinischer Diagnosen folgende Krankheitsgruppen ausgeschlossen: Parkinson plus bzw. sekundärem Parkinsonismus (d.h. postenzephalischem, zerebrovaskulär bedingtem Parkinsonismus) und durch Traumata, Tumoren, Medikamente oder durch Schäden mit toxischer Genese verursachtem Parkinson. Sieben der 17 an idiopathischem Parkinson Erkrankten waren hospitalisiert in der neurologischen Abteilung des Klinikums Barmen der Kliniken der Stadt Wuppertal, die anderen zehn Personen entstammten der Regionalgruppe Wuppertal der deutschen Parkinson Vereinigung e.V.. Das Alter der neun weiblichen und acht männlichen Erkrankten war im Mittel 66,3 Jahre (range zwischen 53 und 76 Jahren), und die Erkrankungsdauer betrug im Mittel 7,76 Jahre (range zwischen zwei und 15 Jahren). Bei dem an primär chronischer Polyarthritiden erkrankten Personenanteil handelte es sich um elf Patienten der rheumatologischen Klinik der Kliniken St. Antonius in Wuppertal und neun Mitglieder der Wuppertaler Arbeitsgemeinschaft der deutschen Rheuma-Liga. Das Alter der zehn weiblichen und zehn männlichen Rheumaerkrankten war zum Zeitpunkt der Erhebung im Mittel 64,6 Jahre (range zwischen 50 und 80 Jahren), und die Erkrankungsdauer betrug im Mittel 8,45 Jahre (range 0,5 bis 20 Jahre). Ausgeschlossen von der Untersuchung wurden - ebenfalls aufgrund neurologischer Diagnosen - in beiden Erkrankungsgruppen Personen mit angeborener oder erworbener Demenz und in der Rheumagruppe Personen mit extrapyramidalen Syndromen, Neuroleptikamedikation zum Zeitpunkt der Erhebung und hirnrorganischen Defekten. Die Teilnahme an dieser Studie war freiwillig.

Die aufgrund der neurologischen Diagnosen gebildeten zwei Krankheitsgruppen wurden neben dem Alter und der Erkrankungsdauer hinsichtlich folgender Parameter, die auf die Ausprägung des Anschlußmotivs Einfluß nehmen könnten, parallelisiert: des Familienstandes, der häuslichen Wohnsituation, des Vorhandenseins weiterer Erkrankungen (außer den o.g. Ausschlußkriterien), des Affektes zum Zeitpunkt der Datenerhebung, des vom Patienten selbsteingeschätzten Grades der subjektiven Beeinträchtigung durch die bestehende Erkrankung und der Quantität der Sozialkontakte.

2.3. Design

Die Studie hatte ein 2*2-Design mit einem unabhängigen Faktor „Erkrankung“ (Parkinson vs. Rheuma) und einem wiederholt gemessenen Faktor „Motivmessung“ (explizit mittels Fragebogen vs. implizit mittels Anschluß-Motiv-Gitter). Als abhängige Variablen wurden die Motivausprägungen des expliziten Anschlußmotivs, gemessen mit den Mehrabian-Skalen,

und des impliziten Anschlußmotivs, gemessen mit dem Anschluß-Motiv-Gitter, erhoben. Zudem wurde die momentane Stimmung mittels einer Emotions-Adjektiv-Liste und mittels eines Fragebogens die subjektiven Einschätzungen der Teilnehmenden bezüglich Quantität und Qualität sozialer Interaktionen erhoben.

2.4. Versuchsmaterial

Zur Einschätzung der momentanen Gefühlslage vor der Erhebung wurde die „Mood-Adjectiv-Checklist“ nach Nowlis (1970) in einer verkürzten Form verwandt. Diese Emotions-Adjektiv-Liste (EAL) beinhaltete folgende 15 Emotionsadjektive: aufgeregt, selbstsicher, hilflos, wütend, ruhig, traurig, nervös, enttäuscht, gehemmt, gereizt, erschöpft, zufrieden, ängstlich, unternehmungslustig und fröhlich. Zur Motivdiagnostik wurden die deutsche Fassung der Mehrabian-Skalen „affiliative tendency“ (AT) und „fear of rejection“ (FR) mit insgesamt 50 Items (Mehrabian, 1970) und die Kurzform des Anschluß-Motiv-Gitters (Sokolowski, 1992) eingesetzt. Damit wurde das implizite Anschlußmotiv mit den beiden handlungsbezogenen Komponenten „Hoffnung auf Anschluß“ (HA) und „Furcht vor Zurückweisung“ (FZ) gemessen. In Anlehnung an die Studien von McClelland et al. (1987) wurde die Stärke des Gesamtmotivs durch Summierung von AT und FR aus den Mehrabian-Skalen und durch Summierung von HA und FZ beim Anschluß-Gitter ermittelt. Die Erhebung der subjektiven Beeinträchtigung sowie der Qualität und Quantität sozialer Interaktionen fand mit einem eigens für diese Untersuchung konzipierten Fragebogen statt. Dieser besteht aus folgenden 14 Fragen, die auf zwei- bis fünfstufigen Skalen beantwortet werden konnten¹: 1. Wie stark belastet Sie Ihre Erkrankung zur Zeit?, 2. Fühlen Sie sich durch Ihre Erkrankung im Umgang mit weniger bekannten Menschen und Fremden beeinträchtigt?, 3. Hatten Sie vor Ihrer Erkrankung mehr Kontakte zu anderen Menschen?, 4. Haben Sie überhaupt noch ein Interesse daran, jemanden kennenzulernen?, 5. Haben Sie Angst davor?, 6. Fühlen Sie sich verunsichert durch den Gedanken daran?, 7. War das vor Ihrer Erkrankung anders?, 8. Fiel Ihnen der erste Schritt im Umgang mit Fremden vor dem Beginn Ihrer Erkrankung leichter?, 9. Fühlen Sie sich seit dem Beginn Ihrer Erkrankung unsicherer im Umgang mit Anderen?, 10. Sind Sie vor dem Beginn Ihrer Erkrankung häufiger auf Fremde zugegangen?, 11. Wie häufig kommen Sie normalerweise mit Unbekannten in Kontakt?, 12. Wie fühlen Sie sich, wenn Sie andere Personen ansprechen?, 13. Fällt Ihnen das schwer?, 14. Wie häufig nehmen Sie Kontakt zu Bekannten und Freunden auf?

¹ Zur Frage 2., bezüglich der subjektiven Beeinträchtigung durch die bestehende Erkrankung, und zu den Fragen 11. bzw. 13. betreffend der Quantität sozialer Interaktionen, konnten die Teilnehmer mit Hilfe einer fünfstufigen Ratingskala Stellung nehmen. Die Ausprägungsgrade reichen bei Frage 2. von „überhaupt nicht“ bis hin zu „sehr stark“ bzw. im Falle der beiden weiteren Fragen von „so gut wie nie“ bis zu „täglich“.

2.5. Versuchsablauf

Zunächst wurden alle Teilnehmer darüber informiert, daß die Ergebnisse der Untersuchung dazu dienen sollen, mehr Wissen über den Alltag von chronisch Kranken zu erhalten, und daß es darum ginge, hier besonders den Aspekt des zwischenmenschlichen Bereichs näher zu beleuchten. Nach dieser allgemeinen Information wurde den Erkrankten die Emotions-Adjektiv-Liste vorgelegt. Dann folgten en bloc das Anschluß-Gitter, die Mehrabian-Skalen und der Fragebogen zur Einschätzung des eigenen Sozialverhaltens, wobei die Reihenfolge der beiden ersten Meßinstrumente in beiden Patientengruppen ausbalanciert wurde. Die Personen wurden angehalten, die Reihenfolge der Materialien beizubehalten und sie nacheinander zu bearbeiten. Nachdem die Teilnehmer alle Bögen bearbeitet hatten, wurden sie mündlich um Angaben zu ihrer Person gebeten.

3. Ergebnisse

Zunächst wurde geprüft, ob die beiden Stichproben bezüglich der bereits oben beschriebenen Kontrollmerkmale (Familienstand, häusliche Wohnsituation, Vorhandensein zusätzlicher Erkrankungen, Quantität der Sozialkontakte, Grad der subjektiven Beeinträchtigung und Stimmung zum Zeitpunkt der Datenerhebung) signifikante Unterschiede aufweisen. Bezüglich dieser Merkmale wie auch der Stimmung zum Zeitpunkt der Untersuchung bestanden keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erkrankungsgruppen.

Zur Überprüfung der Hypothesen wurden im ersten Schritt für alle Patienten die Kennwerte der Gesamtmotivstärke aus den Mehrabian-Skalen (Summe AT und FR) und dem Anschluß-Gitter (Summe HA und FZ) ermittelt. Die nun durchgeführte multivariate Varianzanalyse mit dem unabhängigen Faktoren „Erkrankung“ (Parkinson vs. Rheuma) und dem meßwiederholten Faktor „Motivmessung“ (Anschluß-Gitter vs. Mehrabian-Skalen) wies für den zweiten Faktor Signifikanz aus („Motivmessung“: $F(1/35) = 363,51; p < .001$). Ebenfalls wurde die Wechselwirkung beider Faktoren signifikant („Erkrankung x Motivmessung“: $F(1/35) = 11,23; p < .01$).

Im nächsten Schritt erfolgten die univariaten Vergleiche zwischen Parkinson- und Rheumaerkrankten hinsichtlich der Kennwerte in den beiden Meßinstrumenten. Beim impliziten Anschlußmotivs (Anschluß-Gitter-Kennwerte für das Gesamtmotiv) unterscheiden sich beide Gruppen signifikant ($F(1/35) = 5,28; p = .028$); ebenfalls signifikant ist der

Unterschied zwischen den Kennwerten des expliziten Anschlußmotivs (Gesamtmotiv aus den Mehrabian-Skalen) zwischen beiden Erkrankungsgruppen ($F(1/35) = 4,62$; $p = .039$). Wie aus Abb. 1 zu ersehen ist, weisen die Unterschiede allerdings in entgegengesetzte Richtungen: Bei Parkinsonerkrankten ist das implizite Anschlußmotiv (Anschluß-Motiv-Gitter) signifikant niedriger als bei Rheumaerkrankten, beim expliziten Anschlußmotiv (Mehrabian-Skalen) fallen dagegen die Kennwerte der Rheumaerkrankten signifikant niedriger aus als diejenigen der Parkinsonerkrankten.

hier etwa Abb.1 einfügen

Die Kennwerte der expliziten (mittels Mehrabian-Skalen) und impliziten (mittels Anschluß-Gitter) Anschlußmotive korrelieren in der gesamten untersuchten Population nicht ($r = -.01$; n.s.). Die separat nur für die Parkinsonerkrankten ermittelte Korrelation der Kennwerte beider Verfahren beträgt $r = .45$ ($p = .07$), und die separat nur für die Rheumagruppe ermittelte Korrelation beträgt $r = -.06$ (n.s.; jeweils bei zweiseitiger Fragestellung). Das mittels Anschluß-Gitter gemessene Motiv unterscheidet sich also von dem mittels der Mehrabian-Skalen gemessenen.

In Tab. 1 sind die Interkorrelationen der beiden Mehrabian-Skalen (AT und FR) und der Hoffnungs- und Furchtkomponenten des Anschluß-Gitters (HA und FZ) dargestellt. Wie ersichtlich, korrelieren die beiden Skalen des Anschluß-Motiv-Gitters (HA und FZ) auffallend hoch ($r = .76$) miteinander, entgegen der Befunde aus einer Reihe anderer Studien - allerdings mit gesunden Probanden (Sokolowski, 1992; 1994). Die beiden Mehrabian-Skalen (SR und AT) korrelieren weder signifikant untereinander noch mit den beiden Komponenten des Anschluß-Motiv-Gitters. Dies ändert sich auch nicht bedeutsam, wenn die Interkorrelationen der Skalen jeweils separat für die beiden Erkrankungsgruppen berechnet werden.

hier etwa Tab. 1 einfügen

Hinsichtlich der Fragebogenergebnisse unterscheiden sich die Erkrankungsgruppen nur in Bezug auf zwei Fragen signifikant voneinander. Zum einen war es die Frage: „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie Leute ansprechen?“. Die Parkinsonerkrankten gaben häufiger an, sich „unsicher“ als „sicher“ zu fühlen (13 vs. 4); im Vergleich dazu gaben Rheumapatienten seltener an, sich „unsicher“ als „sicher“ zu fühlen (6 vs. 14; $\chi^2(1) = 7,94$; $p < .01$). Bei der

darauf Bezug nehmenden Frage: „Fällt Ihnen das..?“ kreuzten Parkinsonerkrankte häufiger „schwer“ als „leicht“ an (12 vs. 5); im Gegensatz dazu gaben weniger Rheumapatienten an, daß es ihnen „schwer“ falle und mehr antworteten mit „leicht“ (6 vs. 14; $c2(1) = 6,05$; $p = .014$).

4. Gesamtdiskussion

Die Befunde stützen die zentrale Hypothese dieser Untersuchung. Patienten mit einer chronischen Störung der Dopaminsynthese (Parkinsonerkrankte) besitzen ein signifikant niedrigeres, mittels der semi-projektiven Gitter-Technik erfaßtes, implizites Anschlußmotiv als Patienten mit ähnlich schweren Beeinträchtigungen, die jedoch nicht in einer Störung der Dopaminsynthese ihre Ursachen haben (Rheumaerkrankte). Beim mittels Fragebogen erhobenen expliziten Anschlußmotiv wiesen die signifikanten Unterschiede der Motivkennwerte in die entgegengesetzte Richtung. Die gemessenen Gesamtmotivkennwerte beider Verfahren korrelieren nicht signifikant miteinander. Das Mehrabianverfahren (Mehrabian, 1970; Mehrabian & Ksionzky, 1974) basiert auf situationsunspezifischen Aussagen, die man als zutreffend oder unzutreffend kennzeichnen kann (wie z.B. „Ich verkehre weniger mit Leuten, die Kritik äußern“, „Ich schließe gern soviel Freundschaften wie ich kann“ oder „Es ist sehr wichtig für mich, Freunde zu haben“). Hier werden generalisierte Wünsche, Selbsteinschätzungen und Bewertungen, d.h. bewußt zugängliche Aspekte des Selbsts oder Ideal-Selbsts, erfragt und nicht Erwartungen und Gefühle in spezifischen Situationen. Letzteres dagegen wird versucht, mittels des Anschluß-Gitters zu leisten (Sokolowski, 1992). Hier werden 13 mehrdeutige hinsichtlich ihres anschlußthematischen Anregungsgehaltes variierende Bildsituationen angeboten. Zu jedem Bild sollen die darunter aufgelisteten Aussagen (Erwartungen und Gefühle betreffend) als für die abgebildete Situation zutreffend oder unzutreffend gekennzeichnet werden. Die Kennwerte werden aus der Summe der über alle Situationen als zutreffend markierten motivthematischen Aussagen ermittelt. Die Motivkennwerte bilden somit Intensitäts- als auch Extensitätsaspekte der Motive ab (Schmalt, 1976).

In dieser Studie korrelieren die beiden mittels des Anschluß-Gitters erhobenen Motivkomponenten „Hoffnung auf Anschluß“ und „Furcht vor Zurückweisung“ deutlich ($r = .76$). In allen Untersuchungen an gesunden Personen (Sokolowski, 1992; Sokolowski, 1994) korrelierten diese Motivkomponenten nicht signifikant miteinander; die Korrelationen lagen zwischen $r = .16$ und $r = .36$. Die impliziten Motive „Hoffnung auf Anschluß“ und „Furcht

vor Zurückweisung“ sind in beiden Erkrankungsgruppen gleich hoch ausgeprägt. Bei Parkinsonerkrankten korrelieren sie höher miteinander ($r = .88$) als bei den Rheumaerkrankten ($r = .68$). Da in den bisherigen untersuchten gesunden Populationen die beiden Komponenten nicht miteinander korrelieren, liegt die Schlußfolgerung nahe, diese kofliktäre Motivstruktur als ein Kennzeichen der vorliegenden schweren chronischen Erkrankungen anzusehen. Durch diese Erkrankungen - hier im Durchschnitt mit achtjähriger Krankheitsgeschichte in beiden untersuchten Gruppen - wurden besondere Umgangsformen notwendig und neue Erfahrungen mit fremden oder wenig bekannten Personen gemacht. Hierzu gehört sicherlich der entsprechende krankheitsbedingte Umgang mit Pflegern und Helfern, wie auch die chronisch fast allgegenwärtigen Schmerzzustände in sozialen Situationen. So kann erklärt werden, daß durch diese Erfahrungen neben der „Hoffnung auf Anschluß“ gleichermaßen „Furcht vor Zurückweisung“ angeregt wird, und so der Umgang mit fremden oder wenig bekannten Personen konfliktär erlebt wird. Dieser Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt fällt für die Rheumaerkrankten gemessen an der Höhe des impliziten Anschlußmotivs intensiver aus als für die Parkinsonerkrankten.

Bei zwei Statements in dem für diese Studie erstellten Befragungsbogen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Parkinson- und Rheumaerkrankten: Parkinsonpatienten fühlen sich bei der Kontaktaufnahme mit unbekanntem Personen deutlich unsicherer, und sie beschreiben diesen Umgang im Vergleich zu Rheumapatienten signifikant häufiger als anstrengend („schwer“). Da wir aufgrund der Motivkennwerte annehmen können, daß bei Parkinsonerkrankten das implizite Anschlußmotiv deutlich niedriger als bei Rheumaerkrankten ist, aber das explizite höher, kommt es bei jenen zu einem Konflikt zwischen dem bewußten Wunsch oder Anspruch (explizites Motiv) und der motivationalen Realität (implizites Motiv). Wenn die motivationale Grundlage durch das implizite Anschlußverhalten geschwächt ist oder fehlt, jedoch die bewußten expliziten Ziele (oder Motive) bestehen bleiben, müssen die Energetisierung und Ausrichtung des Verhaltens in anschlußthematischen Situationen willkürlich unter Einsatz erlebter Anstrengung geleistet werden (Sokolowski, 1993).

Aus dem gerade dargelegten Befund zu der Parkinsonerkrankung läßt dann eine pessimistisch stimmende Folgerung ziehen. Dopamin, dessen wichtige Rolle bei verschiedenen Arten von Bekräftigungsvorgängen bekannt ist, wird dann vermehrt ausgeschüttet, wenn sich hoch Anschlußmotivierte in einem sozialen Kontakt mit anderen Menschen befinden. Bei

Parkinsonpatienten herrscht chronischer Dopaminmangel. Das läßt den Schluß zu, daß neben den sehr schmerzhaften Symptomen und einer Verminderung der Bewegungsfreiheit durch die Erkrankung ein weiteres bisher nicht genügend beachtetes Defizit herrscht: Es fehlt ihnen die biologische Grundlage des Zufriedenheitsgefühls während des Umgangs mit anderen Menschen und damit die Basis für die Emotionsanregung, Energetisierung und Zielausrichtung des anschließthematischen Erlebens und Verhaltens.

Literatur

- Atkinson, J.W. (1958). *Motives in fantasy, action, and society*. Princeton, N.J.: Van Nostrand.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R.F. (1991). *Biologische Psychologie* (2. Auflage). Berlin: Springer
- Birkmayer, W. & Riederer, P. (1985). *Die Parkinson-Krankheit: Biochemie, Klinik, Therapie* (2. Auflage). Wien: Springer.
- Canavan, A.G.M. & Sartory, G. (1990). *Klinische Neuropsychologie: Ein Lehrbuch*. Stuttgart: Enke.
- Entwisle, D.R. (1972). To dispel fantasies about fantasy-based measures of achievement motivation. *Psychological Bulletin*, 77, 377-391.
- Gotham, A.M., Brown, R.G. & Marsden, C.D. (1986). Depression in Parkinson's disease: A quantitative and qualitative analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 49, 381-389.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1977). Situations-, person- und reaktionsbezogene Konsistenz des Leistungsmotivs bei der Messung mittels des Heckhausen TAT. *Archiv für Psychologie*, 130, 37-52.
- McClelland, D.C. (1985). *Human motivation*. New York: Cambridge University Press.
- McClelland, D.C. (1995). *Scientific psychology as a social enterprise*. Unpublished Manuscript
- McClelland, D.C., Koestner, R. & Weinberger, J. (1989). How do self-attributed and implicit motives differ? *Psychological Review*, 96, 690-702.
- McClelland, D.C., Patel, V., Stier, D. & Brown, D. (1987). The relationship of affiliative arousal to dopamine release. *Motivation and Emotion*, 11, 51-66.
- Mehrabian, A. & Ksionsky, S. (1974). *A theory of affiliation*. Lexington, Mass.: Heath.
- Mehrabian, A. (1970). The development and validation of measures of affiliative tendency and sensitivity to rejection. *Educational Psychological Measurement*, 30, 417- 428.
- Nowlis, U. (1970). Mood: Behavior and experience. In M.B. Arnold (Ed.), *Feeling and emotions: The Loyola Symposium*. New York: Academic Press.
- Ringendahl, H. & Jörg, J. (1994). Der Morbus Parkinson in der neurologischen Praxis. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 5, 101-126.
- Schmalt, H.-D. (1976). *Die Messung des Leistungsmotivs*. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, K. & Schmalt, H.-D. (1994). *Motivation* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sokolowski, K. (1992). Entwicklung eines Verfahrens zur Messung des Anschlußmotivs. *Diagnostica*, 38, 1-17.
- Sokolowski, K. (1993). *Emotion und Volition: Eine motivationspsychologische Standortbestimmung*. Göttingen: Hogrefe.
- Sokolowski, K. (1994). The role of action- and state-orientation in affiliative situations. In: J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and personality: Action and state orientation* (p. 417-425). Seattle: Hogrefe.
- Spangler, W.D. (1992). Validity of questionnaire and TAT measures of need for achievement: Two meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 112, 140-154.

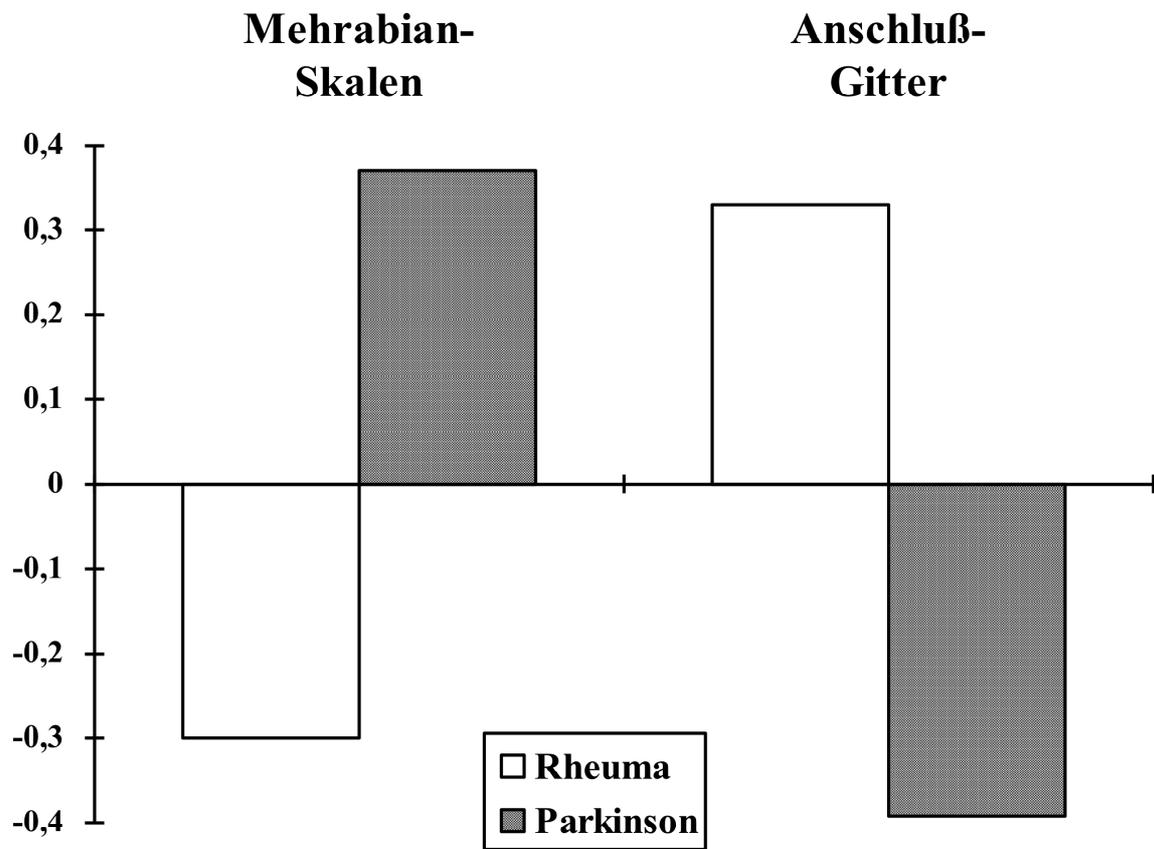


Abb. 1: Gesamtmotivkennwerte (z-transformiert) für das Anschlußmotiv mittels Mehrabian-Fragebogen und Anschluß-Gitter für Rheuma- und Parkinsonerkrankte

Tabelle 1: Interkorrelationen der beiden Mehrabian-Skalen (AT = „affiliation tendency“ und SR= „sensitivity to rejection“) und der 2 Skalen des Anschluß-Motiv-Gitters (HA = „Hoffnung auf Anschluß“ und FZ = „Furcht vor Zurückweisung“)

	AT	SR	HA	FZ
AT	-	-.02	-.11	-.14
SR	-.02	-	.00	.24
HA	-.11	.00	-	.76**
FZ	-.14	.24	.76**	-

(* $p < .05$ und ** $p < .01$ bei zweiseitiger Fragestellung)