

erhoben als *Selbst-A.* vom Patienten und als *Fremd-A.* von dritten Personen, z. B. über kindliche, verwirrte oder bewußtlose Patienten in freier Exploration oder in gebundener Befragung anhand von *A. schemata*. Bei psychischen Erkrankungen werden in der Regel psychophysische *Entwicklungsdaten*, z. B. Termine des Laufen- und Sprechenlernens oder der Menarche, soziale und ökonomische *Familienverhältnisse*, biographische Daten bis zur detaillierten *Lebenslaufanalyse*, das Auftreten und der Verlauf der Beschwerden oder Verhaltensauffälligkeiten ermittelt, die miteinander in Beziehung gesetzt werden können. Die *A.* ist Voraussetzung jeder klinisch-psychologischen Untersuchung, vor deren Durchführung der *VI.* über das Befinden seiner *Vp.* etwa nach vorangegangener Infektionskrankheit oder emotionaler Erschütterung ebenso informiert sein muß, wie er bei Bewertung der Versuchsergebnisse z. B. ihren Bildungsgang zu berücksichtigen hat. Wegen ihrer Subjektivität ist die Zuverlässigkeit anamnesticher Daten umstritten und, wo immer es möglich ist, durch objektive Erhebungen zu stützen, z. B. durch Hausbesuche, Aktenauszüge oder psychometrische Prüfverfahren. Für die statistische Bearbeitung gehören sie überwiegend zu den sog. weichen Daten, deren Verwendung erst gestützt auf eine große Anzahl und im Vergleich zu Kontrollgruppen ergiebig ist.

Anankasmus [ananke, griech. der Zwang]: Zustand, bei dem eine Persönlichkeit psychische Inhalte, die sie als abwegig oder unsinnig erlebt, trotzdem nicht abzuweisen vermag. Dabei kann es sich um Vorstellungen, Wünsche und Befürchtungen oder Tätigkeitsimpulse handeln, die sich — meist in gleichförmiger Weise — immer wieder auf drängen. Noch nicht als *A.* gelten gewisse unfreiwillige Wiederholungen, die auf Erregungs- und Spannungsresten beruhen und als Nebenhandlung oder in Aktionspausen ablaufen, z. B. Melodie Vorstellungen. *A.* liegt vor, wenn der *Zw.* Gehalt wirklich stört und quält, was in extremen Fällen bis zur Arbeitsunfähigkeit führen kann, und wenn seine Unterdrückung Angst auslöst. Meist steht der *A.* im Dienste eines krankhaft übersteigerten Sicherheitsstrebens. Anankastisches Kontrollieren geht über das normale Nachprüfen von unbewußt erledigten Handlungen, wie dem Zudrehendes Gashahns, dem Zuschließen der Tür u. a., insofern hinaus, als es auch dann noch vollzogen wird, wenn genau gewußt wird, daß soeben bewußt kontrolliert und alles in Ordnung gefunden worden ist. Der *A.* ist ein psychoneurotisches Symptom. Nach psychoanalytischer Auffassung liegt ein aktueller, das Selbstsicherheitsgefühl beeinträchtigender innerer Konflikt zugrunde, der gewöhnlich bei Personen auftritt, denen es infolge von Kindheitserlebnissen und deren Fehlverarbeitung ohnehin schon an Selbstsicherheit mangelt und die dazu neigen, Angst durch „magischen Gegenzauber“ bannen zu wol-

len. Bei diesen Patienten bleibt es dann meist nicht bei einzelnen Zwängen, wie dem Kontroll-, dem Grübel-, dem Wasch-, dem Zählzwang, sondern die gesamte Lebensstrategie wird verändert im Sinne der Risikovermeidung und Veränderungsscheu. Eine anankastische Komponente haben auch bestimmte Phobien, z. B. Platzangst; hier handelt es sich um als unsinnig erlebtes und trotzdem vollzogenes Vermeiden bestimmter Objekte und Situationen. Aber von „Wiederholungszwang“ wird in der Pathopsychologie in einem weiteren Sinne gesprochen, nämlich um auszusagen, daß die in der Kindheit entwickelte Motivationsstruktur trotz späterer gegenteiliger Erfahrungen übermäßig stabil bleiben kann. *A.* macht spezialisierte psychotherapeutische Behandlung erforderlich.

I (Zwangs-)Neurose.

Anarthrie f. Artikulationsstörungen.

Änderungsprozesse, psychische: inneres Verhalten von Personen, mit dem auf eine Beeinflussung so reagiert wird, daß eine Disposition für späteres Verhalten entsteht. Mit dieser Definition werden die gleichzeitig verlaufenden, zum Teil mit den *Ä.n* verwandten oder sogar identischen anderen Wandlungen ausgeklammert, die in der sonstigen Auseinandersetzung der Persönlichkeit mit ihrer Umwelt sowie im Zusammenhang mit Entwicklungsprozessen, Altersveränderungen und pathologischen Prozessen zustande kommen. Bei dieser Fragestellung wird auch — soweit es sinnvoll möglich ist — davon abgesehen, ob es sich um pädagogische, psychotherapeutische, massenkommunikativ-propagandistische Beeinflussungen handelt. Erst in zweiter Linie wird betrachtet, in welchem neuen Verhalten sich die Änderung realisiert. Unter *Ä.n* werden somit Zwischenglieder verstanden, wie Sensibilisierung und Desensibilisierung, Informations- und Affektverarbeitung, Lernen und Umlernen, Einstellungsbildung und -änderung, Erhöhung und Verminderung der Integrität des Selbst, Labilisierung und Festigung bestimmter Leistungsdispositionen, Norm-, Ziel- und Dominantenbildung, Befriedigung, Verzicht, Sublimierung, Beseitigung kognitiver Dissonanz, Problemlösung, Konfliktlösung u. a. Die Theorie der *Ä.* richtet sich auf einen der schwierigsten Problemzusammenhänge der Psychologie und einen der folgenreichsten. Denn alle Beeinflussungsstrategien bzw. pädagogischen und therapeutischen Orientierungen hängen, außer von den gesellschaftlichen Zielstellungen, davon ab, mit welchen *Ä.n* gerechnet wird: welche begrifflichen Rekonstrukte für die Vorgänge zwischen Beeinflussungsarrangement und -effekt entwickelt und wissenschaftlich bestätigt werden können. Zum Beispiel nimmt in der Psychotherapie die Psychoanalyse für dieselbe Besserung die einsichtige Wiedereingliederung eines verdrängten psychischen Problems in Anspruch, während die Verhaltenstherapie die Umkonditionierung eines gelernten Fehlverhaltens unterstellt. Diese Annahmen haben