

**Aneignungstechniken:** in der  $\hat{I}$  Psychotherapie vor allem die verhaltenstherapeutischen Verfahren zur Beseitigung von Verhaltensdefizit, wie operantes t Konditionieren, ansteigend dosiertes Verhaltens-, z. B. Selbstbehauptungstraining, Lernen am Modell u. a.

**Anfallsleiden, epileptisches:** Sammelbezeichnung für verschiedene Formen von zerebralen Krampfanfällen. Im medizinischen Sprachgebrauch ist der Begriff „Anfall“ bei den verschiedenen Formen der Epilepsie üblich. Auch von hysterischen oder psychogenen „Anfällen“ wird gesprochen. Die Epilepsie ist keine Erkrankung eines bestimmten Hirnteils. Subkortikalen Zentren werden tonische, dem Kortex die klonischen Krampfanfälle (Klonismen) zugeordnet. Diese strenge Trennung ist problematisch. Eingebürgert sind die Begriffe *genuine Epilepsie* als die erbliche Komponente in Gegenüberstellung zur *symptomatischen Epilepsie*, bei der das Anfallsleiden Symptom einer vorausgegangen Hirnschädigung ist. Das klinische Erscheinungsbild ist der generalisierte epileptische Anfall (*grand mal*). Ihm gehen eine Aura mit Verstimmung und Unruhe voraus, auch optische, akustische oder viszerale Sensationen. Der Aura folgt ein kurzdauernder initialer Tonusverlust, in dem die Patienten hinstürzen. Die Thoraxmuskulatur gerät in einen Krampfzustand und treibt die Luft durch die gespannten Stimmbänder. Dabei entsteht der *Initialschrei*. Es folgt eine etwa 30 Sekunden dauernde *tonische Phase*. Der Patient wird zyanotisch, die Atmung sistiert. Mit ruckartigen Bewegungen folgt über 1 bis  $1\frac{1}{2}$  Minuten die *klonische Phase*. Die Pupillen sind weitgestellt. Der klonischen Phase folgt der *Terminalschlaf*. Desorientiertheit kann als Zeichen einer noch weiter bestehenden Bewußtseinstörung über Stunden anhalten. Für den Anfall selbst ist eine völlige Amnesie vorhanden. Das Anfallsgeschehen ist eng an die Schlaf-Wach-Regulation gebunden, somit zugleich an Umstellungsvorgänge in den Kortex-Subkortex-Beziehungen. Die kleinen Anfälle (*petit mal*) werden in das Pro-pulsiv mal, das Retro-pulsiv mal, die  $\hat{I}$  Absence und die Pyknolepsie unterschieden. Die 3. Form, das *Impulsiv-petit mal*, zeichnet sich durch ruckartige Bewegungsstöße des Oberkörpers aus. Die Arme werden weggeschleudert, und der Patient stürzt nicht selten zu Boden. Die erstmalige Manifestation liegt im 14.—17. Lebensjahr.

Eine weitere Form ist der *Uncinatusanfall* oder psychomotorische Anfall, auch *Oral-petit mal* genannt, der gekennzeichnet ist durch motorische Erscheinungen in der Oralsphäre, wie Kauen, Schmatzen, Schlucken bei gleichzeitigem Bewußtseinsverlust. Voran geht oft eine traumhafte Bewußtseinsveränderung, in der dem Patienten die räumliche und zeitliche Zuordnung der Umgebung verändert erscheint. Dem Anfall schließt sich ein mehrere Minuten, z. T. auch länger anhaltender

Dämmerzustand an. Folgezustände des Anfallsleidens sind Wesensveränderung und Demenz. Eine rechtzeitige medikamentöse Einstellung kann sie teilweise oder völlig verhindern.

**Anforderungen:** Gesamtheit der objektiven Erfordernisse der Tätigkeit des Menschen für das erfolgreiche Erfüllen einer bestimmten Aufgabe — d. h. das Überführen eines bestimmten Ausgangszustandes des Tätigkeitsobjekts in einen definierten und bewerteten Endzustand — bei gegebenen äußeren Verwirklichungsbedingungen der Tätigkeit (f Arbeitsanforderungen, t Lernanforderungen),

**angeborener, auslösender Mechanismus** | A AM.

**Angst:** ein in der Regel mit physiologischen Erscheinungen wie schnelle Atmung, Schwitzen, Zittern, Herzklopfen einhergehender unangenehmer emotionaler Zustand, der vor allem dann auftritt, wenn Meidungsmotivationen frustriert werden (HELM), d. h., wenn das Individuum bei Vorhandensein eines Zieles mit negativer Valenz keine Möglichkeit hat, sich der Situation zu entziehen. Unter diesen Bedingungen können Ängste gelernt und generalisiert werden, wie die Experimente von PAWLOW, WOLPE u. a. beweisen. Sie können entweder zu einer *allgemeinen Ängstlichkeit* der Person führen oder an bestimmte Objekte oder Situationen gekoppelt und somit zu f Phobien werden. Die Konditionierbarkeit der Ängste hängt unter anderem von Persönlichkeitsfaktoren wie Neurotizismus, Introversion nach EYSENCK ab. A. ist der Furcht verwandt. Einige Autoren bezeichnen eine Reaktion auf einen spezifischen Reiz als Furcht, z. B. die Furcht vor Hunden (vgl. Furchtfragebogen von CEER), und die Reaktion auf mehrere allgemeine Reize als A., andere ziehen die Angepaßtheit der Reaktion als Unterscheidungskriterium heran (DOLLARD-MILLER, MOWRER, WOLPE), z. B. objektiv begründete Furcht vor einer Giftschlange im Unterschied zur A. vor harmlosen Fliegen.

t Dunkelangst, j Errötungsangst, | Fehlentwicklung,  $\hat{I}$  Pa vor nocturnus, | Phobie.

**Angstlüge**  $\hat{I}$  Lüge.

**Angstneurosen:** Gruppe psychischer f Fehlentwicklungen, bei denen exzessive Angstreaktionen im Vordergrund des Zustandsbildes stehen.

**Ankerreiz:** Reiz, dem wegen der Konstanz seiner Ausprägung oder der Regelmäßigkeit seines Auftretens eine „verankernde“ Wirkung, insbesondere für das Urteilsverhalten, zugeschrieben wird. Es kann jedoch nicht als abgeklärt gelten, daß dem in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendeten Terminus tatsächlich eine einheitliche Bedeutung in diesem Sinne beigelegt werden kann.

Der Begriff des A.es hat eine besondere Bedeutung dadurch erlangt, daß er durch die von HELSON bevorzugte Methode der Absolutbeurteilung in die quantitative f Bezugssystemtheorie eingegangen ist.

**Anlagen:** alle ererbten und angeborenen Entwick-