

Inhalt

Abhängigkeit, physiologische
Abnormität, psychische
Abstinenzregel
Abwehr / -mechanismus
Aggression
Akkomodation
Assimilation
Akzeleration
Alkoholismus
Amnesie
Analytische Psychologie
Angst
Anlage
Anlage-Umwelt-Problem
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung – ADHS, ADS
Anorexia nervosa
Autismus
Ablauf des Coachings

Abhängigkeit, physiologische

Eine durch wiederholte Konsumierung von Drogen bedingte körperliche Umstellung des Organismus, so dass bei ersatzloser Absetzung oder Dosisverminderung erhebliche physiologische Entzugserscheinungen auftreten.

Abnormalität, psychische

Vor allem in der Psychotherapie und Seelsorge fällt es oft schwer, beobachtetes Verhalten als "krank" oder "gesund" eindeutig zu kennzeichnen. Erschwerend tritt hinzu, dass psychische Störungen in der Regel schneller dem persönlichen Verschulden zugeschrieben werden, als organisch bedingte Krankheit. Für die Bewertung organisch bedingter Krankheiten wird in der Regel gefordert, dass man die vermutete Krankheit beschreibt, deren Ursachen und Entstehungsgeschichte feststellen und aufgrund dieser Diagnose eine in der Regel eindeutige Therapie festlegen kann. Dieses Modell hat sich für die Beurteilung der psychischen Befindlichkeit nicht bewährt, der Übergang von "abnorm" zu "normal", von "krank" zu "gesund" stellt im Bereich der psychischen Störungen ein viel breiteres Kontinuum dar als in der Medizin. Auch Klassifikationen, die "psychisch krank" oder "psychisch abnorm" anhand statistischer Durchschnittswerte durchführen, sind oft irreführend. Vor diesem Hintergrund kann es sinnvoll sein, in der Psychotherapie und Seelsorge die Termini "krank" und "gesund" nicht zu verwenden, sondern einfach von einer psychischen Störung oder Problematik zu reden und deren Erscheinungsbild genauer zu kennzeichnen.

(Quelle: Psychologie)

Abstinenzregel

Im Rahmen der psychoanalytisch orientierten Therapieformen wird unter diesem Begriff im wesentlichen die Haltung verstanden, dass sich der Therapeut zurückhält, damit der Patient im Moment nicht die Möglichkeit erhält, seine – unbewussten – Wünsche sofort zu befriedigen und dadurch einen momentanen Ersatz für seine Beschwerde finden kann. Einerseits wird im Rahmen der Abstinenzregel dem Patienten eine Beschränkung auferlegt, andererseits dem Therapeuten psychoanalytische Neutralität empfohlen. Die Abstinenzregel wurde im Laufe der Zeit immer wieder zum Anlass unterschiedlicher Meinungen und Strömungen innerhalb der psychoanalytischen Therapieformen. Einerseits droht der Therapeut dem Patienten als Person zu entrücken, andererseits wird durch die Abstinenz gerade der therapeutische Prozess in Gang gehalten.

Abstinenzregel in Psychotherapie und Seelsorge/Beratung

Für die Beratung lässt sich anfügen, dass durchaus die Gefahr bestehen kann, sich zu sehr in den Therapieprozess einzubringen und eigene Meinungen und Haltungen dem einzelnen aufzudrängen, obwohl sich diese nicht unbedingt mit seiner Lebenssituation decken müssen. Dies würde bedeuten, dass Abstinenz im nicht klassisch beschriebenen Sinne in der Seelsorge/Beratung den Umstand bedeuten kann, dass eigene Meinungen und Gefühle mit Zurückhaltung einzubringen sind.

(Quelle: Psychologie)

Abwehr / -mechanismus

Unter Abwehr versteht man heute ganz allgemein den Umgang eines Menschen mit schwierigen Situationen oder Gefühlserfahrungen. Dabei unterscheidet man unreife - neurotische - und reife Abwehrmechanismen, die auch als Bewältigungsmechanismen bezeichnet werden. Psychisch gesunde Menschen gehen mit Konflikten realitätsgerecht - reif - um. Der Konflikt bleibt ihnen bewusst und wird unter vernünftigem Abwägen gelöst, ohne dass übermäßige innere Spannungen auftreten.

Grundsätzlich gibt es 5 Wege zur reifen Konfliktlösung:

1. Innere Vorbereitung: Man sieht ein Ereignis kommen und stellt sich darauf ein.
2. Sublimation: Weniger akzeptable - niedere - Strebungen werden umgewandelt in "höhere", akzeptablere Strebungen, z.B. Holzhacken statt Wutanfall, Musizieren statt gekränkter Rückzug.
3. Bewusster Verzicht auf einen Wunsch bzw. Beherrschung und Kontrolle.
4. Humor: Lachen über sich selbst.
5. Nächstenliebe

Für den neurotischen Menschen wird jeder Konflikt zu einer persönlichen Bedrohung, die tiefgreifende Ängste auslöst. Die Reaktionsmuster, die ihm dabei helfen, sich zu schützen, nennt man auch Abwehr. Die Reaktionsweisen sind nach außen oft schlecht verständlich und können Leiden für den Betroffenen verursachen und Beziehungen zu anderen empfindlich stören. Zu den neurotischen oder unreifen Abwehrmechanismen werden folgende Reaktionen gezählt:

Projektion:

Man unterschiebt anderen die Motive, die man selbst in sich trägt - man sieht den Splitter im Auge des andern, ohne den Balken im eigenen Auge wahrzunehmen.

Dissoziation (Spalten, Isolieren):

Aufspalten in Schwarz und Weiß ohne Zwischentöne, isoliertes Idealisieren eines Menschen oder einer Situation, ohne die Nachteile zu sehen.

Verdrängung:

Gefühle oder Einsichten werden nicht zugelassen ("Mein Sohn nimmt keine Drogen", obwohl die Anzeichen offensichtlich sind).

Verschiebung:

Ein Trieb richtet sich nicht auf das eigentliche Objekt, sondern verschiebt sich auf ein anderes, z.B. Wut auf den Chef wird am Hund ausgelassen - oder an der Familie.

Rationalisierung:

Ein schmerzliches Gefühl wird durch "vernünftige" Gründe überdeckt, "weg-erklärt".

Reaktionsbildung (Verkehrung ins Gegenteil):

z.B. ein unerwünschtes Kind wird überbehütet und verwöhnt.

Hypochondrie:

Negative Gefühle werden durch ständige Klagen über körperliche Beschwerden und Ängste ausgedrückt.

Passive Aggression:

Innere Feindseligkeit wird nicht direkt geäußert, sondern indirekt durch Leistungsverweigerung; ständige Verspätung, provokatives Benehmen, Tölpelhaftigkeit, selbstschädigendes Verhalten.

Flucht in der Phantasie:

Menschen, die äußerlich in einfachen Verhältnissen und unspektakulären Berufen stehen, sehen sich in Tagträumen als Helden, Befreier, umjubelte Stars etc.

Aus-Agieren:

Triebe, Strebungen und Gefühle werden in dramatischer Weise ohne Rücksicht auf das Umfeld und mögliche eigene Nachteile ausgelebt. Beispiele: sinnloses Betrinken, wahllose sexuelle Beziehungen, zielloses Davonlaufen.

Abwehrmechanismen sind nicht immer als negativ zu bewerten. Oftmals sind sie vielleicht der einzige Weg, wie jemand in den drängenden inneren Konflikten überleben kann. Die Abwehrmechanismen wirken dann wie der Panzer einer Rüstung: Er schützt seinen Träger vor Verletzungen, aber er beschwert ihn auch und macht ihn weniger beweglich.

(Quelle: Psychologie)

Aggression

Aggression (von lat. *aggredi* = angreifen) umschreibt viele verschiedene Verhaltensweisen wie Angriffs-, Droh- oder Kampfverhalten mit dem Ziel der Dominanz gegenüber einem Gegner der gleichen oder der anderen Art bzw. zerstörerische Reaktionsweisen auf als bedrohlich wahrgenommene Reize, mit der Absicht, einem Individuum oder einer Gruppe Schaden zuzufügen.

Aggression spielt sich auf mehreren Ebenen ab: auf der kognitiven, der verbalen und der Handlungsebene. Sie tritt sichtbar in Erscheinung als primitive Reaktion (wie z.B. mutwilliges Beschädigen und Zerstören von Personen und Dingen, Beißen, Schlagen, Treten, unangemessenes Schreien, Flüche und Verwünschungen, besinnungsloser Jähzorn) bis hin zu sublimsten Reaktionen, wie etwa mutwillige Rache, Schadenfreude, Entwerten, Herabsetzen. Im Bereich der Sexualität äußert sich Aggression vor allem als Lust an Grausamkeit und Zufügung von Schmerz.

Äußerlich sichtbare Ausdrucksformen der Aggression lassen sie systematisieren und in folgende Dichotomien einordnen:

1. offen gezeigte Aggression (körperlich, verbal) gegen verdeckt hinterhältige Aggression (auch aggressive Phantasien);
2. direkte Aggression gegen indirekte Aggression;
3. aktiv handelnde Aggression (des Aggressors) gegen passiv-erleidende Aggression (des Opfers);
4. nach außen gewandte primäre Aggression (Fremd-Aggression) gegen nach innen gewandte sekundäre Aggression (Selbst-Aggression, Autoaggression, als Ausdruck gehemmter bzw. verdrängter Außenaggression, z.B. Selbstschädigungen, wie Suizid, Selbsthass, Masochismus);
5. Einzelaggression (gegen einzelne Personen gerichtete individuelle Aggression) gegen Gruppenaggression (gegen größere Gruppen, Gemeinschaften oder Völker gerichtete Aggression).

Inhaltlich unterscheidet man folgende Formen der Aggression:

1. positive (prosoziale, produktive, kulturell kanalisierte und gesellschaftlich legitimierte) Aggression (z.B. die polizeiliche Durchsetzung der Rechtsvorschriften oder die gerichtliche Bestrafung von Gesetzesübertretungen) gegen negative (antisoziale, illegitime und von der Gesellschaft sanktionierte) Aggression;
2. expressiv-impulsive (spontane) Aggression (Wut, Zorn als konditionierte Antwort auf Schlüsselreize) gegen bewusst-feindselige Aggression gegen instrumentelle Aggression (Aggression dient der Verfolgung anderer Ziele wie Besitzstreben, Machtgewinn, Territorialverhalten, Konkurrenzkampf);
3. freiwillige Aggression gegen Aggression auf Befehl;
4. spielerische Aggression gegen ernstgemeinte Aggression.

Wie entsteht Aggression?

Entscheidende Schritte auf den Weg zur Auslösung von Aggression sind aufeinanderfolgende die Wahrnehmung von als bedrohlich eingestuften Reizen, die Auswahl einer aggressiven Verhaltensantwort als eine von mehreren möglichen Reaktionsweisen, die Entscheidung darüber, dieses Verhalten auch auszuführen und vorhandene Hemmungspotentiale außer acht zu lassen und schließlich die vorweggenommene Bewertung der möglichen Konsequenzen auf die beabsichtigte Ausführung der aggressiven Handlung. Dabei begünstigen Anonymität des Aggressors, Anwesenheit von abgelehnten der stigmatisierten Minderheiten und

Randgruppen (Außenseiter, Sündenböcke) aggressive Vorbilder in Massenmedien (v.a. Filme und Fernsehen) und aggressionsauslösende Hinweisreize (z.B. Fäuste, Waffen, Beschimpfungen, Beleidigungen) die Ausübung von Aggression. Außerdem können sich auch Einflussfaktoren wie die Annahme genetischer Determination, körperliche Belastungszustände (Schmerzen, Krankheit, Überanstrengung, Ermüdung, Stress), bestimmte Zustände des zentralen Nervensystems (beeinflusst z.B. durch Alkohol, Drogen), aber auch sexuelle Stimulation, die Ausschüttung männlicher Hormone (v.a. Testosteron) oder das jüngere Lebensalter des Aggressors verstärkend auswirken.

Aggression in Beratung/Coaching

In der Beratung/Coaching werden Verfahren zum Abbau individueller Aggression angeboten (z.B. Wahrnehmungsschulung und Analyse von aggressionsauslösenden Hinweisreizen und Situationen, Erlernen aggressionsmindernden Verhaltens und von Entspannungsverfahren, Abreaktions- und Problemlösetechniken, Möglichkeiten des Aufbaus prosozialen Verhaltens als Handlungsalternative, Selbstsicherheitstrainings für Formen angemessener Selbstbehauptung und Selbstkontrolle, Förderung der kognitiven Perspektivenübernahme und emotionalen Empathie). Zu beachten ist, dass die Äußerung der Aggression im sozial relevanten Kontext aggressives Verhalten nicht im Sinne einer kathartischen Einladung reduziert, sondern eher die zukünftige Auftrittswahrscheinlichkeit von Aggression erhöht.

Umstritten ist, ob die Darstellung von Gewaltszenen in Bildmedien beim Betrachter Wirkung zeigt in Form einer Aggressionsabfuhr oder aber negative Vorbildfunktion als Anreiz zu eigenem aggressiven Verhalten hat. Dagegen trägt zur erfolgreichen Minderung der Aggressionsneigung die Bewusstwerdung und Kontrolle aggressiv-emotionaler Inhalte bei sowie freundliches oder selbstdiszipliniertes Verhalten, sofern das zur Reduktion der aversiven Reize führt.

(Auszug: Psychologie)

Akkommodation

(accomodation)

Eigenschaft eines Systems, durch Regulation und Nacheinstellung verbesserte Anpassung und höhere Leistungsfähigkeit zu erreichen.

1. Physiologie, visuelles System:

Anpassung der Augenlinse an die Entfernung des betrachteten Umweltbereichs durch den *Akkomodations-Mechanismus*. Akkomodation erfolgt unwillkürlich und wird über Rückmeldung der Abbildungsschärfe im Gehirn gesteuert. Die *Nah-Akkomodation* erfolgt sehr rasch, die *Fern-Akkomodation* dauert ca. 1 sec. Die Akkomodation-Geschwindigkeit nimmt mit zunehmendem Alter ab. Bei *Nah-Akkomodation* wird der *Ziliarmuskel* zusammengezogen, der *Zonularing* entspannt sich und die Wölbung der Linse nimmt zu. die Brechkraft wird durch Verlagerung der brechenden Elemente im Linseninneren erhöht. Eigenelastizität der Linse und Pupillenöffnung spielen bei der Akkomodation eine erhebliche Rolle. Bei Kindern liegt der Akkomodation-Bereich zwischen 7 cm vor dem Auge – 14 Dioptrien – und unendlich – 0 Dioptrien -; mit fortschreitendem Alter wandert der Nahpunkt gegen Unendlich. Den altersbedingten Akkomodation-Mangel nennt man *Altersweitsichtigkeit oder Presbyopie*.

2. Entwicklungspsychologie:

Nach Piaget grundlegende adaptive Komponente der Denk- und Intelligenzentwicklung, die zu Veränderungen der Organisationsstruktur des Handelns und Denkens in Richtung einer besseren Anpassung an die Anforderungen der Umwelt führt. Auslöser der Akkomodation sind nach Piaget Störungen des inneren Gleichgewichts, die durch die Unvereinbarkeit bereits etablierter Ordnungsgesichtspunkte untereinander, durch die Erfolgslosigkeit von Assimilationsversuchen und oder durch Einsichten hervorgerufen werden, dass Umweltforderungen mit dem momentan verfügbaren Handlungsrepertoir nicht erfüllt werden können.

(Quelle: Psychologie)

(siehe Denken)

Assimilation

Akzeleration

Beschleunigungen des Wachstums und körperliche Reifungsprozesse.

(a) Säkulare Akzeleration nennt man die seit Mitte des 19. Jh. insbesondere in hochzivilisierten Industrieländern von Generation zu Generation nachgewiesenen Zunahmen von Körpergewicht und Körpergröße und die damit verbundene Vorverlegung der Geschlechtsreife. Erklärt wird dies neben dem Hinweis auf veränderte Umwelt-, Lebens- und Arbeitsbedingungen durch Veränderungen der Ernährung; so wird z.B. angenommen, Nahrungsmittel, die reich an Kohlenhydraten sind, wirkten sich auf die für Wachstumsvorgänge und Reifungsvorgänge zuständigen Hypophysen- und Schilddrüsenfunktion aus und führten so zu einer beschleunigten Ausschöpfung des genetischen Potentials für die körperliche Entwicklung.

(b) Individuelle Akzeleration (Frühreife) bezieht sich auf individuelle Abweichungen von Wachstums- und Reifungsprozessen, gemessen an der Altersnorm der Durchschnittsbevölkerung.

In der Psychologie werden vor allem die Konsequenzen der Akzeleration thematisch. Beschleunigte Wachstumsprozesse und Reifungsprozesse können z.B. zu einer Disharmonie zwischen körperlicher und kognitiv-sozialer Entwicklung führen bzw. Anlass für Fehleinschätzungen und damit Überforderungen werden.

(Auszug: Psychologie)

Alkoholismus - siehe Sucht

Amnesie

Amnesie (von gr. mnesis = Erinnerung) bedeutet wörtlich ein Nichterinnern und sinngemäß eine Störung der Gedächtnisfunktion. Man versteht darunter eine Beeinträchtigung der Erinnerung, d.h. eine Störung der Aufnahme, der Speicherung, des Abrufens oder der Anwendung von Information und/oder Erfahrung.

Bei der Amnesie unterscheidet man Störungen des Kurz- und des Langzeitgedächtnisses. Im Kurzzeitgedächtnis werden Gedächtnisinhalte für ca. 60 Sekunden festgehalten, danach werden sie entweder vergessen oder ins Langzeitgedächtnis überführt und dort in Form von sog. Engrammen – Erinnerungsspuren – gespeichert.

Eine Amnesie kann durch eine Gehirnkrankheit (z.B. Hirnhautentzündung), eine Durchblutungsstörung (z.B. Arteriosklerose), eine Verletzung (z.B. Gehirnerschütterung), eine Vergiftung (z.B. Alkohol, Medikamente) oder einen Abbauprozess (z.B. Alzheimersche Erkrankung) bedingt sein.

Beispielsweise kann ein Schädel-Hirn-Verletzter eine Sekunde bis Tage andauernden Zeitspanne vor – retrograde Amnesie -, während - congrade Amnesie - oder nach der Verletzung – anterograde Amnesie - nicht mehr erinnern, alle Engramme für diese Zeit sind ausgelöscht.

Für Zeiten, in denen das Wachbewusstsein abgeschaltet ist – Schlaf, schwere Alkoholvergiftung -, besteht eine natürliche Amnesie. Aber auch für Zeiten des Schlafwandels, in denen der Betroffene für Außenstehende wach erscheint, besteht eine Amnesie.

Sonderformen

- *Psychogene Amnesie*: Sehr schmerzhaft oder beschämende Erinnerungen – z.B. Kriegserinnerungen, Foltersituationen, Vergewaltigungen – werden aus dem Gedächtnis verdrängt und nicht mehr erinnert, können sich aber weiterhin auf Erleben und Verhalten auswirken, gegebenenfalls nach Bearbeiten des verursachenden „psychologischen Dramas“ wieder erinnert werden.
- *Posthypnotische Amnesie*: Nach Beendigung der Hypnose werden Befehle, die während der Hypnose gegeben wurden, ausgeführt, obwohl man sich nicht an diese Befehle erinnern kann.
- *Alzheimer-Amnesie o.a. senile Amnesie*: Fortschreitender Gedächtnisverlust, wobei das neue, d.h. zuletzt gespeicherte Informationsmaterial zuerst vergessen wird, während das „Altgedächtnis“ – Kindheit, Kriegserinnerungen – am längsten erhalten bleibt.

(Quelle: Psychologie)

Analytische Psychologie

Die Analytische Psychologie wird synonym auch Komplexe (Vernetzung psychischer Zusammenhänge) Psychologie genannt und ging aus der Psychoanalyse Freuds als Weiterentwicklung (sog. 2. Schule) hervor. Ihr Begründer ist C.G. Jung (1875-1961). Die Analytische Psychologie gewann starken Einfluss auf Bereiche wie Religion, Psychologie und Pädagogik.

Mit der Theorie Freuds gemeinsam ist ihr das Unbewusste als schöpferische Quelle des Bewusstseins. Jedoch erweitert sie das individuelle Unbewusste um das sog. kollektive Unbewusste, das in den Archetypen und dem kosmischen Unbewusstsein wurzelt.

Das kollektive Unbewusste ist mit überpersönlichen Inhalten der Menschheitsentwicklung gefüllt und verwirklicht sich im individuellen Unbewussten. Diese Inhalte sind die Archetypen, die sich als Urbilder von unseren Vorfahren ableiten und unser Denken, Fühlen und Träumen in unanschaulichen Aktions- und Reaktionsformen beeinflussen. Sie sind auch in den Märchen und Mythen enthalten. Jung unterschied verschiedene Archetypen wie „Anima/Animus“ und den zentralsten Archetyp: das Selbst.

Das Selbst entwickelt sich im Gegensatz zu Freud autonom (selbstregulierend zwischen unbewusstem und bewusstem Seelenleben) und ist komplementär, d.h., dass die Persönlichkeit des Menschen Gegensätze von Eigenschaften wie „männlich-weiblich“ enthält. Durch eine ungleiche Entwicklung der Anteile (wie z.B. Vernachlässigung der weiblichen Seite des Mannes) kommt es zur Komplexbildung (immer wiederkehrende Muster im Verhalten mit der Unfähigkeit zum Lernen) und zur Neurose. In der Komplexen Analyse wird die Nachreifung und Integration dieser Anteile durch die Methoden der gebundenen Assoziation und Amplifikation versucht.

Die Persönlichkeitstheorie von Jung baut auf den Gegensatzpaaren Extraversion-Introversion und Intuition-Fühlen auf. Intuition ist nicht-diskursives Denken mit der Schau plötzlicher Zusammenhänge. Der Introvertierte ist mehr an der Innenwelt, als Abstraktem interessiert und handelt mehr beobachtend-defensiv. Der Extravertierte ist an der Außenwelt interessiert, der Wirklichkeit zugewandt und handelt aktiv-praktisch.

Kritische Bewertung der Analytischen Psychologie

Die Psychologie von Jung ist differenziert zu beurteilen. Jung hebt die Bedeutung religiöser Vorgänge für den Menschen hervor (Ermöglichung des Umgangs damit) und verbindet verschiedene Wissenschaften im ganzheitlichen Denken miteinander. Sein Begriff der Komplementarität ist von aktueller Bedeutung für die Physik.

Andererseits ist Jung unscharf in seiner Theoriebildung und daher unterschiedlich interpretierbar, d.h. offen für Esoterik und Okkultes. Seine Methode der tiefenpsychologischen Textinterpretation ermöglicht die Umdeutung des Evangeliums in religiöse Erfahrungen (wie dies beispielsweise E. Drewermann vollzieht).

Unbestritten hat er aber den Dialog zwischen den Religionen gefördert, da er jeder Religion den gleichen Stellenwert zumisst und seine Sprache theologisch verstanden werden kann.

Angst

Angst ist wohl auf den lateinischen Begriff der anxietas (Ängstlichkeit) zurückzuführen, der eine Vorstellung von Strangulation einschloss. Angst stellt, im Gegensatz zur Furcht, eine Reaktion auf eine eher unbestimmbare Bedrohung dar. Angst ist ein unangenehmer Gefühlszustand, der mit psychosomatischen Beschwerden, Beklemmung, Bedrückung, Erregung, oft auch quälender Verzweiflung einhergeht, und durch jede real erlebte oder auch bloß gedachte, häufig nicht einmal voll bewusste Lebensbeeinträchtigung oder Lebensbedrohung hervorgerufen werden kann.

Gesunde und krankhafte Formen der Angst

Angst ist ein Grundphänomen der menschlichen Existenz. Ohne Angst könnten wir nicht überleben. Sie kann den Menschen in gefährlichen Situationen schützen. Wenn sie aber entgleist, so kann sie ihm hemmen, isolieren und zerstören.

Gesunde Angst

- Realangst vor einer wirklichen Bedrohung oder Gefahr;
- Gewissensangst schützt oft vor unbedachten, selbstschädigenden oder sündigen Verhalten. Ohne die Gewissensangst wäre ein Zusammenleben unter den Menschen kaum vorstellbar, auf der anderen Seite kann es auch übertriebene Gewissensängste geben;
- Vitalangst dient als Warnsymptom einer körperlichen Erkrankung.

Ungesunde Angst

- existentielle Angst als Zeitphänomen;
- neurotische Angst, insbesondere Angst vor Nähe, Angst vor Ablehnung und Versagen;
- Angststörungen im engeren Sinne;
- psychotische Angst wahnhafter Ausprägung.

Deutungen der Angst

- Angst entsteht bei aktuellen Konflikten (oft in Form von sexueller Frustration, aber auch bei drohendem Objektverlust). Angst ist Ausdruck der Abwehr von Spannungen zwischen "Ich, Es und Über-Ich".
Ziel bzw. Hilfe einer Beratung/Coaching wäre es, die Konflikte die Triebspannung und die damit verbundenen Ängste bei Klient/Klientin bewusst zu machen, und die Abwehr aufzulösen.
 - Angst ist eine erlernte Reaktion auf unangenehme Situationen. Sie wird begleitet von vegetativen Symptomen, die einen Kreislauf von Angstauslöser - negative Gedanken - körperliches Missempfinden - weitere Angst - weitere negative Gedanken - Vermeidungsverhalten erzeugen.
Ziel bzw. Hilfe einer Beratung/Coaching ist es, mit dem Klient/Klientin diesen Kreislauf zu durchbrechen, indem der/die Betroffene/n seine/n Symptome/n besser verstehen lernt, sie rational einordnen kann und andere Verhaltensweisen lernt bzw. umsetzt.
- (Teilauszug: Psychologie)

Anlagen

(dispositions)

Siehe unter Disposition.

Anlage-Umwelt-Problem

Sozialwissenschaftliche Forschungen haben u.a. auch die Aufgabe der Erklärung bestimmter Verhaltens- und Erlebensformen des Menschen. Eine Erklärung, wie es zu diesen Formen kommt, muss sich zwangsläufig mit der Frage beschäftigen, ob das Verhalten und Erleben des Menschen genetisch im Erbgut festgelegt oder ob es umweltbedingt ist. Diese Diskussion – die mitunter affektiv und mit ideologisch begründeten Argumenten erfolgt – ist unter „Anlage – Umwelt – Problematik“ bekannt.

Eine wesentliche Methode zur Untersuchung der Anlage-Umwelt-Problematik ist die Zwillingsforschung. Man versucht, das Verhalten und Erleben der (eineiigen) Zwillinge miteinander zu vergleichen und den Korrelationskoeffizient bei stimmten Merkmalen aufzuzeigen. Da zu einer derartigen Untersuchung unterschiedliche Umweltkonstellationen notwendig sind, muss man Zwillinge oder andere Geschwister sofort nach der Geburt einer unterschiedlichen Umgebung aussetzen. Dieser Umstand macht die Untersuchung der Anlage-Umwelt-Problematik aus ethischen Gründen sehr schwierig.

Zusammenfassend kann man den Stand der aktuellen Forschung wie folgt beschreiben:

Es scheint eine höhere Beeinflussung des Verhaltens und Erlebens durch das Erbgut vorzuliegen, als bisher angenommen. Besonders deutliche Zusammenhänge ergeben sich im Bereich der Intelligenz. Hier war eine deutliche Übereinstimmung bei einigen Zwillingen feststellbar (Korrelationskoeffizient 0,72). Auch in Bereichen des allgemeinen Verhaltens und im Bereich möglicher psychischer Störungen ergaben sich deutliche Zusammenhänge (vgl. Bourne/Ekstrand 1992, 66f).

Auf der anderen Seite betonen alle aktuellen Forschungsergebnisse, dass Umweltfaktoren immer einen wesentlichen Bestandteil der Beeinflussung des Menschen ausmachen. Die Frage, welche Faktoren das Verhalten und Erleben des Menschen nun mehr bestimmen, lässt sich – zumindest auf dem Stand der heutigen Forschungsergebnisse – nicht endgültig klären. Es muss vielmehr davon ausgegangen werden, dass beide Aspekte das Verhalten und Erleben des Menschen bestimmen.

(Quelle: Psychologie)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung - ADHS, ADS

ADS: Psychoorganisches Syndrom, POS. In der Kindheit einsetzende, aber nicht auf das Kindesalter beschränkte Störung, die bei normaler Intelligenz der Betroffenen mit schweren Beeinträchtigungen der Daueraufmerksamkeit und Konzentration, der Impulskontrolle, des emotionalen Gleichgewichts, vielfach mit ausgeprägter Unruhe und motorischer Überaktivität einhergeht. Der Frankfurter Arzt Heinrich Hoffmann hat diesem Erscheinungsbild mit "Struwwelpeter" und "Zappelphilipp" ein psychiatrisch-literarisches Denkmal gesetzt. Die Symptome kommen in der Regel im Kindesalter zum Vorschein. Sie müssen nach den diagnostischen Kriterien des DSM IV so stark ausgeprägt sein, dass sie die Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen, mindestens 6 Monate durchgängig fortbestehen und sich in verschiedenen Lebensbereichen (Kindergarten, Schule, Freizeit, zu Hause, Arbeitsplatz) niederschlagen. Zu den Symptomen - gemäß DSM IV müssen mindestens 6 aus einer detaillierten Liste nachgewiesen werden - zählen im Aufmerksamkeitsbereich z.B. Ablenkbarkeit, Konzentrationsmangel, auffällige Flüchtigkeitsfehler, Übersehen von wichtigen Einzelheiten, ständiger Themenwechsel sowie mangelnde Umsicht, Übersicht und Planung.

Für den Hyperaktivitätsbereich sind es z.B. ständiger Bewegungsdrang, Unruhe, bedenkenloses hochriskantes Herumturnen und Klettern, Unfähigkeit zu konstruktiven Spiel und zu Beschäftigungen, die Ausdauer voraussetzen. Die Kinder sind unpünktlich, wirken geistesabwesend, lassen Aufgaben liegen, meiden geistige Anstrengungen, reagieren auf Forderungen aggressiv, geraten zunehmend in Lernschwierigkeiten und Disziplinprobleme mit Eltern und Lehrern und gelten in ihrer Gruppe als Außenseiter und Störenfriede.

Die Diagnose ist an den Ausschluss anderer tiefgreifender Entwicklungsstörungen, depressiver oder Angststörungen sowie manifester Erkrankungen von Nervensystem und/oder Schilddrüse gebunden. DSM IV zählt ADHS zu den "Störungen, die gewöhnlich zuerst im Kleinkindalter, in der Kindheit oder Adoleszenz diagnostiziert werden", und unterscheidet je nach Symptom Schwerpunkt zwischen einem Mischtyp, einem Typ mit vorherrschender Unaufmerksamkeit (ADS, ADD), einem vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ und Sonderformen.

Von ADHS sind lt. Statistiken zwischen 3 und 10% der Schulkinder im 7. Lebensjahr betroffen, Knaben etwas häufiger als Mädchen. Die Störung manifestiert sich oftmals erst im Pubertätsalter, wobei der Anteil von Kindern mit hoher Intelligenz und von Mädchen überwiegt. Zahlreiche Erwachsene leiden an den Folgen einer unerkannten oder unbehandelten ADHS; dies äußert sich in Aufmerksamkeitsproblemen, mangelndem Zeitgefühl, in Planungsunfähigkeit, Zerstreuung und in emotionalen Problemen wie innere Unruhe, Stimmungsschwankungen und Überempfindlichkeiten.

Berichtet wird von Übergängen in andere Störungsformen, insbesondere Beziehungs- und Verhaltensstörungen. Delinquenz, Depression, Angst, Suchterkrankungen oder in das Vermüllungssyndrom.

ADHS hat eine in der Familiengeschichte nachweisbare genetische Komponente. Es wird vermutet, sie sei die Folge schwer erkennbarer minimaler Hirnschädigungen oder von Ernährungs- und Stoffwechselstörungen. Aussichtsreich für die Erklärung und Therapie ist die Annahme, ADHS sei eng verknüpft mit Störungen des zerebralen Glukosestoffwechsels, des Dopamin- und des Noradrenalin-Haushalts, die zur Beeinträchtigung der Erregung-Hemmungs-Balance der zentralnervösen Informationsverarbeitung und Aktivitätssteuerung führen.

Erfolge mit nebenwirkungsarmen, nicht suchtfördernden Psychostimulantien (z.B. Ritalin) - bei ADHS-Kindern in ca. 75% der Fälle - sprechen für diese Annahme. Empfohlen wird eine Unterstützung der Therapie durch die sog. Feingold-Diät, bei der Aromaverstärker, Farb- oder Konservierungsmittel fortgelassen werden. Die Erfolgsaussichten einer mindestens 1-jährigen, zumeist aber mehrjährigen Behandlung werden durch die Kombination der genannten Maßnahmen mit Verhaltenstherapie wesentlich vergrößert.

Die empfohlenen Verfahren zielen direkt auf die Symptome. Ein beliebtes Verfahren ist das sog. Kontingenzmanagement, eine auch im Klassenzimmer anwendbare Variante lerntheoretisch fundierter Therapiemaßnahmen, bei der erwünschte Verhaltensweisen mit begehrten Kleinigkeiten verstärkt werden, während unerwünschte abgabepflichtig sind.

Zum Erfolg tragen wesentlich bei ein gezieltes Training von Eltern und Lehrern sowie Maßnahmen, welche die sozialen Kompetenzen der Betroffenen aufbauen und ihre Stellung in der Gruppe Gleichaltriger verbessern.

(Quelle: Psychologie)

Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist eine der besonders in der Pubertätszeit häufig vorkommende Essstörung bei Mädchen und wird deshalb oft auch als "Pubertätsmagersucht" bezeichnet.

Hauptmerkmale der Anorexia nervosa

Übermäßige Furcht vor dem Dickwerden, Störungen des Körperschemas, erheblicher Gewichtsverlust, Weigerung, ein minimales, normales Körpergewicht aufrechtzuerhalten und bei Frauen Amenorrhoe. Die Störung ist nicht auf eine bekannte körperliche Störung zurückzuführen. (Der Terminus "Anorexie" ist eine Fehlbezeichnung, da Appetitverlust erst in einem späten Krankheitsstadium eintritt).

Personen mit dieser Störung "fühlen sich zu dick", oder ein Teil des Körpers "sei zu dick", auch wenn sie offensichtlich untergewichtig sind. Sie beschäftigen sich ständig mit ihrem Körperumfang und ihren äußeren Erscheinungsmerkmalen und betrachten sich oft im Spiegel.

Die Gewichtsabnahme wird meist über eine Reduktion der gesamten Nahrungsaufnahme erreicht und ist oft mit einer übermäßigen körperlichen Betätigung verbunden - ständiges Hüpfen, Rennen usw. Häufig liegt auch selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikaßbrauch vor. Die Patienten kommen gewöhnlich erst bei erheblichem Gewichtsverlust zur Behandlung. Ein Beispiel dafür ist ein Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts - diese Grenze kann als eine zwar willkürliche, aber bewährte Richtlinie angesehen werden. Mit der Zeit treten bei sehr starkem Untergewicht andere Merkmale wie Unterkühlung, verlangsamter Herzschlag, verminderter Blutdruck, Ödeme, Lanugobehaarung - wie bei Neugeborenen - und eine Reihe von Stoffwechseleränderungen auf. Oft zeigt sich die Amenorrhoe vor einer deutlichen Gewichtsabnahme.

Nebenmerkmale

Manche Personen mit dieser Störung können keine ständige Kontrolle des beabsichtigten intensiven freiwilligen Verzichts auf Nahrung aufrechterhalten und zeigen bulimische Episoden - das Verschlingen großer Nahrungsmengen -, häufig gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen. Andere auffallende Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Essen zeigen sich z.B. durch sorgfältiges Vorbereiten üppiger Mahlzeiten für andere, jedoch Selbstbeschränkung auf eine kleine Auswahl von Speisen mit wenig Kalorien. Im übrigen kommt es vor, dass Betroffene Nahrungsmittel horten, verbergen, zerbröckeln oder auch wegwerfen.

Die meisten Personen mit dieser Störung leugnen den Schweregrad ihrer Erkrankung beharrlich oder versuchen, die Ernsthaftigkeit herunterzuspielen und sind einer Behandlung gegenüber oft ablehnend. Bei vielen der Adoleszenten - Jugendalter - besteht eine verzögerte psychosexuelle Entwicklung, und die Erwachsenen zeigen ein deutlich verringertes Interesse an Sexualität. Zwangsverhalten - z.B. Waschwang - kann während der Erkrankung auftreten und somit eine zusätzliche Diagnose "Zwangsstörung" rechtfertigen.

- Alter bei Beginn: Gewöhnlich in der frühen bis späten Adoleszenz, obgleich das Alter bei Beginn auch zwischen Vorpubertät und 30-35 Jahren - seltener - schwanken kann.

- Geschlechtsverteilung: Die Störung kommt überwiegend bei Frauen vor (95%).
- Prävalenz: Studien in verschiedenen Populationen berichten über eine Häufigkeit von 0,8 bis 1% bei Frauen im Alter von 12 bis 18.
- Verlauf: Die Störung kann ohne Remission durch Verhungern zum Tode führen, oder - wie in den meisten Fällen - aus einer einzelnen Episode mit Restitution des Körpergewichts bestehen.
- Beeinträchtigungen: Der schwere Gewichtsverlust erfordert häufig klinische Behandlung, um den Hungertod zu verhüten.
- Komplikationen: Längsschnittuntersuchungen ergeben Mortalitätsraten zwischen 5% und 18%.
- Familiäre Häufung: Die Störung tritt häufiger bei Schwestern und Müttern von Betroffenen als in der Allgemeinbevölkerung auf.
- Prädisponierende Faktoren: Bei manchen Personen geht der Beginn der Erkrankung mit einer belasteten Lebenssituation einher. Viele dieser Patienten werden als perfektionistische "Musterkinder" beschrieben. Etwa ein Drittel von ihnen war vor Beginn der Erkrankung leicht übergewichtig.

Anorexia nervosa in Psychotherapie und Seelsorge/Beratung

Es gibt in der Theorie und Praxis noch keine einheitlichen Therapiekonzepte. Ein gewisser Konsens besteht jedoch dahingehend, dass in 2 Phasen gearbeitet wird: (1) Die Kurzzeitintervention zur Wiederherstellung des Körpergewichtes und der Erhaltung des Lebens und (2) die Langzeittherapie, um lang bestehende Persönlichkeits- und Familienprobleme zu verbessern. Bei starkem oder schnellem Gewichtsverlust ist die sofortige Einweisung ins Krankenhaus erforderlich, auch wenn noch Zweifel an der Psychodiagnostik bestehen. Manchmal ist die Ernährung per Sonde oder parenteral erforderlich, und für depressive Patienten kann eine antidepressive Medikation günstig sein. Sobald sich der Ernährungs-, Wasser- und Elektrolytzustand stabilisiert hat, beginnt die schwierige Psychotherapie, die durch den starken Willen des Patienten oftmals kompliziert wird - er verleugnet ja die Krankheit und möchte keinesfalls zunehmen. Es ist von großer Wichtigkeit, hier ruhig, bestimmt und stabil eine Vertrauensbeziehung aufzubauen; eine kombinierte Führung zwischen Hausarzt und Therapeut hat sich als sehr hilfreich erwiesen.

Wie bei vielen psychischen Störungen bewährt es sich auch bei der Anorexia nervosa im akuten Zustand eher mit körperorientierten Therapieansätzen zu beginnen, danach feste und stabile Strukturen zu setzen - z.B. für den Tagesablauf, die Essenszeiten usw. - und in diesem Stadium noch nicht über die Hintergründe der Krankheit zu reden. Erst im Laufe des Gesundheitsprozesses sollten dann auch die möglichen Ursachen erforscht und ggf. aufgearbeitet werden, wobei dann in den meisten Fällen auch das System - z.B. die Familie - einbezogen werden muss. Insgesamt gesehen kann nach unseren Erkenntnissen mit einer isolierten Therapieschule nur ansatzweise geholfen werden und ist deshalb ein integrativer Ansatz notwendig. Anorexia nervosa findet sich auch bei gläubigen Mädchen, und es sollte dann in die Therapie auch der Aspekt des Glaubens einbezogen werden. Nach unseren Erfahrungen besteht dabei jedoch kein direkter Zusammenhang zwischen einer Sünde im engeren Sinne und der Anorexia nervosa.

Seelsorgerlich/Beratung muss damit gerechnet werden, dass Essprobleme dieser Art auch zukünftig zu den "Dünnstellen" im Leben dieser Frau gehören werden.
(Quelle: Psychologie)

Autismus

(autism).

1. (a) Vorrangige Beschäftigung mit der eigenen Gedanken-, Vorstellungs- und Gefühlswelt unter mehr oder weniger ausgeprägtem Verlust des Bezugs zu den Gegebenheiten und Erfordernissen der Umwelt.

Syn.: autistisches Denken; Gegensatz: Realistisches Denken. (b) In der klassischen Psychopathologie und Psychiatrie von BLEUER eingeführte Bezeichnung für psychose-, neurose- oder hirnorganisch bedingte extreme Formen des Rückzugs aus sozialen Kontakten, selbstgewählter Einsamkeit und emotionaler Teilnahmelosigkeit gegenüber den Aufforderungen der Außenwelt (Interessenverlust).

2. Autismus im Kindesalter: (a) Der frühkindliche Autismus äußert sich in Symptomen der sog. autistischen Einsamkeit. Bereits im Säuglingsalter fehlen Blickkontakte, in der Kindheit treten zwanghafte Spielgewohnheiten, motorische Stereotypen zusammen mit mangelndem Kontaktbedürfnis auf. Später kommen auch Beeinträchtigungen der Sprach- und kognitiven Entwicklung hinzu, welche die Nähe zur geistigen Behinderung kennzeichnen: Autismus wird sowohl im Zusammenhang mit organischen Schäden (Zwischenhirn-Störungen) als auch als Folge sensorischer bzw. sozialer Vernachlässigung und Deprivation diskutiert. Im DSM-IV heißt dieses Erscheinungsbild Autistische Störung und zählt zu den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Für die Diagnose liegen Kriterien vor, die sich an den bereits vor dem 3. Lebensjahr einsetzenden qualitativen Beeinträchtigungen der sozialen Interaktionen, der Kommunikation und Sprache, den Beschränkungen in Motorik und Verhalten (auch Spielverhalten) und der Interessen orientieren. Der weitere Lebenslauf durch die o.g. Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Eindeutige Prognosen bezüglich der Möglichkeiten für eine unabhängige Lebensweise sind nicht möglich. (b) Die nach ASPERGER sog. autistische Psychopathie im Kindesalter zeigt sich im Unterschied zu (a) erst etwas später bzw. kann erst etwa ab dem 3. Lebensjahr diagnostiziert werden. Allgemeine Kennzeichen sind mangelnde Spielfreude, Gefühls- und Kontaktarmut und Unbeholfenheit bei alltäglichen Verrichtungen, das allmählich Hervortreten von Verhaltens-Manierismus und ausgeprägte Interessen für Sachverhalte, die deutlich aus dem Rahmen altersgemäßer Interessengebiete fallen. Im DSM-IV heißt diese Form des kindlichen Autismus ASPERGER-Störung; sie zählt ebenfalls zu den Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen. Diagnostische Kriterien sind neben dem in früher Kindheit zunächst normal erscheinenden Entwicklungsverlauf ca. ab dem 3. Lebensjahr hervortretende Beeinträchtigungen sozialer Interaktionen, des Verhaltensspielraums bei gleichzeitigem Auftreten von Stereotypen. Einschränkungen der Interessen (z.B. Beschäftigung mit einzelnen Objektteilen oder ausgefallenen Teilproblemen). Wie bei (a) kommt es später zu auffälligen Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Entwicklung; im Unterschied zu (a) fehlen aber klinisch bedeutsame Verzögerungen der Sprach- und kognitiven Entwicklung.

(Quelle: Psychologie)

Ablauf des Coachings

Voraussetzungen für ein Coaching

An die Durchführung eines Coachings sind einige Voraussetzungen geknüpft, ohne die ein von der Beziehung zwischen Coach und Klient getragener Beratungsprozess nicht gelingen kann. Diese Voraussetzungen betreffen sowohl den Coach als auch den Klienten und sollten daher von beiden beachtet werden.

Freiwilligkeit

Das Coaching ist freiwillig gewünscht, der Klient hat ein eigenständiges und begründetes Interesse an einer Beratungsbeziehung. Der Coach sollte gegebenenfalls durch konkretes Nachfragen sicherstellen, dass dies gewährleistet ist, da eine erzwungene Beratung ist. Oder anders formuliert: Wer nicht beraten werden will, kann nicht beraten werden. Ein Coaching kann daher auch nicht ohne eigene Einsicht "von oben verordnet" werden.

Persönliche Akzeptanz

Kann der Klient eine Beratungsbeziehung oder den Coach nicht akzeptieren, so ist nach Alternativen zu suchen. Steht andererseits der Coach dem Klienten nicht neutral gegenüber, so sollte er von dem Coaching absehen. Seine neutrale Position und seine Unabhängigkeit wären gefährdet, und somit wären die Grundbedingungen für ein fundiertes Feedback kaum noch vorhanden. Das Verhalten zwischen Coach und Klienten und die gegenseitige Akzeptanz müssen von beiden Parteien gegeben sein.

Diskretion

Die im Coaching thematisierten Inhalte bleiben vertraulich und dienen auf keinen Fall zur Beurteilung des Klienten zum Zwecke Dritter. Dies sollte dem Klienten gegebenenfalls vorab bewusst gemacht werden, damit er sich offen in den Prozess einbringen kann. Ohne diese Offenheit können im Coaching nicht die Bereiche behandelt werden, welche eben besonders heikel sind und sonst eher verschwiegen werden. Der Coach ist daher angehalten, dem Klienten Vertraulichkeit zuzusichern bzw. andersartige Aufträge grundsätzlich abzulehnen.

Eigenes Anliegen

Bereits aus dem Aspekt der Freiwilligkeit ergibt sich, dass ein Klient ein eigenes Anliegen benötigt, um von einem Coaching profitieren zu können. Wird ein Klient hingegen nur in ein Coaching geschickt, weil z.B. der Vorgesetzte dies für eine gute Idee hielt, muss geklärt werden, ob der Klient über genügend Eigenmotivation verfügt.

Als professioneller Berater hat der Coach darauf zu achten, dass diese Voraussetzungen erfüllt sind. Alle Punkte sollten daher offen mit dem Gecoachten geklärt werden. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, spricht zunächst nichts gegen ein Coaching.

Ablauf des Coachings

- Beratungsbedarf: Erkennen des Wunsches nach individueller Unterstützung
- Erstes Kennenlernen: Die Kontaktaufnahme und das Erstgespräch

- Vertragsschluss: Formaler und psychologischer Vertrag
- Klärung der Ausgangssituation: Bestimmung von Istzustand und Sollzustand
- Zielbestimmung: Ziele und Lösungswege werden erarbeitet
- Interventionen: Gespräche und andere Maßnahmen
- Evaluation: Überprüfung der Zielerreichung
- Abschluss: Abschlussgespräch, formales Ende des Coachings.

Zu den Hauptphasen des Coachings gehören die Phasen "Klärung der Ausgangssituation", "Zielbestimmung" und "Interventionen".

(Handbuch: Coaching)