

# Traumawiederholung und Reviktimisierung nach körperlicher und sexueller Traumatisierung

*Trauma Repetition and Revictimization Following Physical and Sexual Abuse*

## Zusammenfassung

Die Neigung von Opfern körperlicher und sexueller Traumatisierung in Kindheit und Jugend zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen im späteren Leben ist empirisch gut belegt. Darüber hinaus findet sich eine hohe Stabilität missbräuchlicher Bindungen. Die Arbeit verfolgt das Ziel, das Phänomen der Reviktimisierung aus der Perspektive der psychodynamischen Theorie, der Bindungstheorie und aus der Sicht der Forschung zu posttraumatischen Belastungsstörungen zusammenfassend darzustellen. Der Begriff „Wiederholungszwang“ hat ohne zusätzliche theoretische Annahmen wenig erklärenden Wert. Innerhalb des psychoanalytischen Bezugsrahmens fasst eine ich-psychologische Sichtweise die Traumawiederholung als einen Versuch auf, die traumatische Erfahrung zu meistern, während in objektbeziehungstheoretischer Perspektive Reviktimisierung durch den Einfluss traumatischer Introjekte erklärt wird. Die negativen Kognitionen, als Person wertlos, moralisch minderwertig und schuldig zu sein, können mit der Überzeugung verbunden sein, Misshandlung und Strafe zu verdienen, wodurch Reviktimisierungen wahrscheinlich werden. Negative Lernerfahrungen aufgrund traumatischer Hilflosigkeit und Ohnmacht bedingen eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung und beeinträchtigen die Ausbildung der Selbstgrenzen. Traumawiederholung kann ferner als Verhaltensinszenierung verstanden werden, die der Affektregulation dient. Bindungstheoretische Forschungen haben Bindungsstile identifiziert, die zur Reviktimisierung prädisponieren. Die Forschungen zu posttraumatischen Belastungsstörungen betonen die Bedeutung traumatischer Affekte im Alltagsleben und die Neigung traumatisierter Patienten, zur Emotionsregulierung

## Abstract

The tendency of victims of physical or sexual childhood abuse to become revictimized in later life has well been documented empirically. Moreover, there is a high stability of violent and abusive relationships. The aim of this paper was to summarize perspectives from psychodynamic theory, attachment theory, and post-traumatic stress research to explain revictimization phenomena. The term repetition compulsion has little explanatory value without additional theoretical assumptions. Within the psychodynamic framework, an ego-psychological view conceives trauma repetition as an attempt to master traumatic experience, while in the object relations perspective, revictimization is explained by the influence of traumatic introjects. Negative cognitions of being worthless, bad and guilty can endorse the conviction that abuse is justified and reduce the capacity of self-care. Negative learning experiences from traumatic helplessness and powerlessness account for low self-efficacy expectations and prevent the establishment of self-boundaries. Trauma repetition can also be understood as an enactment in the service of affect regulation. Research in the field of attachment theory identified attachment styles predisposing to revictimization. Research dealing with posttraumatic stress disorder emphasizes the importance of traumatic affects recurring in daily life and, consequently, the tendency of abuse victims to actively produce dangerous situations in order to cope with these affects, furthermore, the role of dissociation in missing warning signals of impending traumatization. For therapeutically addressing revictimization, a detailed analysis of underlying phenomena is required.

### Institutsangaben

Rhein-Klinik Bad Honnef, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
(Ärztlicher Leiter: Dr. med. R. Vandieken)

### Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller · Ärztlicher Leiter der Abt. II der Rhein-Klinik ·  
Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie · Luisenstraße 3 ·  
53604 Bad Honnef · E-mail: wolfgang.woeller@gmx.de

### Bibliografie

Fortschr Neurol Psychiatr 2005; 73: 83–90 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
DOI 10.1055/s-2004-830055 · Online-Publikation: 11. Oktober 2004  
ISSN 0720-4299

aktiv gefährliche Situationen herbeizuführen, ferner die Rolle von Dissoziationen in dem Sinne, dass aufgrund dissoziativer Aufmerksamkeitsdefizite Warnsignale drohender Reviktimisierungen nicht wahrgenommen werden können. Für einen therapeutischen Zugang zum Phänomen der Reviktimisierung ist eine detaillierte Analyse der zugrundeliegenden Phänomene notwendig.

## Einführung

Die Neigung zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen zählt neben zahlreichen anderen Beschwerden und Problemen zu den Langzeitfolgen nach körperlicher und sexueller Traumatisierung in Kindheit und Jugend [1]. Eine überwältigende Fülle von Befunden belegt, dass Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit das Risiko von Misshandlungen im Erwachsenenalter erhöht [2,3], namentlich das Risiko sexueller Übergriffe [4]. Gewalterfahrungen in der Ursprungsfamilie sind offensichtlich mit späteren Gewalterfahrungen verknüpft: So fanden sich bei 51 % von in der Ehe misshandelten Frauen Berichte über eine gewaltsame Atmosphäre in ihrer Herkunftsfamilie [5]. Frauen, die in ihrer Kindheit Zeugen familiärer Gewalt waren, haben eine um 600 % höhere Wahrscheinlichkeit, später durch ihre Ehemänner misshandelt zu werden, als Frauen, die in nicht gewaltsamen Elternhäusern aufgewachsen waren [6]. Personen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit haben eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit, als Erwachsene Opfer von Vergewaltigungen zu werden [7–9] und sie gelangen häufiger zur Prostitution [10]. Die Tendenz zur Reviktimisierung betrifft ebenso traumatisierte Männer. Die vergleichsweise wenigen Studien, die sich mit Männern befassen, kommen zu dem Ergebnis, dass nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit nicht nur mit Problemen der sozialen Anpassung und mit zahlreichen psychischen Störungen wie Angst, Depression, Substanzmissbrauch und sexuellen Funktionsstörungen, sondern auch mit der Tendenz zur Wiederholung missbräuchlicher Erfahrungen zu rechnen ist [11]. Die Reviktimisierung kann sich auch auf den therapeutischen Bereich erstrecken: Patientinnen mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit sind auch häufiger Opfer ausbeuterischer Sexualität durch Therapeuten [12]. Auffallend ist weiterhin die hohe Stabilität gewaltsamer Beziehungen im Erwachsenenalter. In der Ehe misshandelte Frauen kehren immer wieder zu ihren misshandelnden Ehemännern zurück, oder sie nehmen, wenn ihnen die Trennung gelingt, anderweitige gewaltsame Beziehungen auf [13]. Das Risiko, an einer manifesten Depression zu erkranken, steigt, wenn eine Trennung vom misshandelnden Partner bevorsteht [14].

Zwar tragen ungünstige sozioökonomische Bedingungen, unzureichende soziale Unterstützung und äußerer Zwang ebenfalls zur Reviktimisierung in Beziehungen bei, sie können das Phänomen jedoch nicht erschöpfend erklären [15].

Die Neigung zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen im Rahmen posttraumatischer Störungsbilder findet sich auch bei den repetitiven Intrusionen der posttraumatischen Belastungsstörung; ferner können wiederkehrende Verhaltensinszenierungen bei Kindern Nachbildungen traumatischer Erlebnisse sein

[16]. Im weiteren Sinne finden sich Traumawiederholungen auch in Form aktiver Traumatisierungen, bei der selbst traumatisierte Eltern ihre eigenen Kinder misshandeln und traumatisieren, wofür der Begriffe der intergenerationalen Tradierung von Misshandlungs- und Missbrauchserfahrungen geprägt wurde [17].

Diese Beobachtungen werfen die Frage auf, was Opfer von Misshandlungen und Missbrauch veranlasst, sich erneut und immer wieder der Einwirkung von Misshandlung und Missbrauch auszusetzen, schließlich, was dazu beiträgt, ihre durch Gewalt und Missbrauch geprägten Beziehungen zu stabilisieren und aufrechtzuerhalten.

Insgesamt stehen heute – bei allem weiteren Forschungsbedarf – ein beachtliches Wissen und umfassende Theoriebildungen über die Psychodynamik der Reviktimisierung zur Verfügung, die sich in vielversprechender Weise mit empirischen Ergebnissen der neueren Bindungsforschung und der Erforschung der posttraumatischen Belastungsstörung verbinden lassen und so zur Entmystifizierung des Wiederholungszwanges und der Tendenz zur Reviktimisierung beitragen können.

## Psychoanalytische Konzepte zum Verständnis der Tendenz zur Reviktimisierung

### Wiederholungszwang, Meisterung und Kontrolle

S. Freud hatte zur Erklärung der Tendenz zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen einen der Traumapathologie inhärenten „Wiederholungszwang“ postuliert, den er mit dem „Todestrieb“ in Verbindung brachte [18]. Während er den Wiederholungszwang zunächst als Ausdruck der „psychischen Trägheit“ oder der „Klebrigkeit“ der Libido aufgefasst hatte [19], verstand er in seiner Schrift „Hemmung, Symptom und Angst“ [20] die Tendenz zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen als den Versuch des Ich, die durch eine traumatische Einwirkung entstandenen Reizmengen nachträglich zu bewältigen, indem es eine der traumatischen Situation ähnliche Situation aktiv wieder herstellt, um sie – in einer Wendung vom Passiven zum Aktiven – nun kontrollieren und beeinflussen zu können. Nach Horowitz [21] zählt die Traumawiederholung neben der Dissoziation zu den wichtigsten Anpassungsreaktionen auf schwere Stressereignisse in Kindheit und Erwachsenenalter; sie manifestiert sich in Flashbacks, Intrusionen und Verhaltensreinszenierungen – solange bis in Prozessen abwechselnder Annäherung und Vermeidung eine Vervollständigung oder Meisterung des ursprünglichen überwältigenden Stressereignisses gelingt. Die Meisterung setzt voraus, dass die Personen ihre Erlebnisse neu erleben und die intensiven Emotionen abreagieren. Wird dieser Stress-Reaktions-Zyklus nicht erfolgreich vollendet, neigen Personen dazu, Wiederholungen des traumatischen Ereignisses in verkleideter Form in Szene zu setzen. Dissoziative Mechanismen, die unter den Bedingungen kumulativ traumatisierender Erfahrungen besonders in der Kindheit die entscheidende Überlebensstrategie sein können, verhindern naturgemäß die Komplettierung des Stress-Reaktions-Zyklus und damit die Meisterung des traumatischen Erlebens mit der Folge oft lebenslanger Traumawiederholungen in verkleideter Form.

### **Traumatische Introjekte und negative Selbstbewertungen**

Psychoanalytisch-objektbeziehungstheoretische Ansätze verstehen die Tendenz zur Wiederholung traumatischer Erfahrungen als eine Folge der Introjektion negativer Beziehungserfahrungen, die sich vor allem in einem negativen Selbstbild manifestiert [22]. Die Vorstellung, als Person wertlos, moralisch minderwertig und schuldig zu sein, kann mit der Überzeugung verbunden sein, Misshandlung und Strafe zu verdienen, wodurch Reviktimisierungen wahrscheinlich werden. Traumatische Introjekte werden als unassimilierbar beschrieben, sie haben feindliche, verfolgende, zerstörerische Qualitäten und wirken wie Fremdkörper im Selbst [23]. Reviktimisierungen können dann als das Ergebnis der Reexternalisierung traumatischer Introjekte verstanden werden, wobei zur Entlastung von unerträglich starken Schuld- und Schamgefühlen in der Außenwelt strafende und misshandelnde Objekte geschaffen werden. Die Vorstellung, selbst böse und schlecht zu sein und Strafe verdient zu haben, kann das Bild der guten Eltern erhalten [24,25].

Im Rahmen der Regulierung des Selbstwertgefühls kann zudem Leiden und das Gefühl einer moralischen Überlegenheit gegenüber einem sadistischen Partner eine gewisse narzisstische Gratifikation vermitteln. Die Bindung an ein sadistisches „mächtiges“ Objekt kann ein Versuch sein, das bedrohte Selbstwertgefühl durch symbiotische Beziehungsaufnahme und durch die Teilhabe an der Macht und Stärke des Täters zu reparieren und damit Gefühle von Ohnmacht und Wertlosigkeit abzuwehren [26–29].

Die Generalisierung der negativen Kognitionen, als Person wertlos, schuldig und hilflos zu sein, lässt sich kognitions- und lernpsychologisch nachvollziehen. Die Generalisierung der aus der traumatischen Situation erkläraren Hilflosigkeits- und Ohnmacherfahrung verhindert die Entwicklung eines Gefühls von Selbstwirksamkeit sowie der Fähigkeit, sich abzugrenzen und sich zu wehren, und erhöht so die Wahrscheinlichkeit von Reviktimisierungen [30].

### **Traumawiederholung als präsymbolische Kommunikationsform**

Traumawiederholung kann als Verhaltensinszenierung verstanden werden, die der Affektregulation dient. Wiederholen und Handeln stellt nach neuerer psychoanalytischer Auffassung die oft einzige Möglichkeit dar, Erlebnisse aus der präverbalen Phase zu kommunizieren [31,32]. So kann die Tendenz zur Wiederholung durch Handlung als eine Art des Denkens aufgefasst werden, die für die Kindheit charakteristisch ist und außerhalb des Bewusstseins ins Erwachsenenalter hineinwirkt [33]. Auf der Basis der neueren Säuglings- und Kleinkindforschung kann die Reinszenierung traumatischen Erlebens als eine externalisierte Form der Affektregulation verstanden werden, wie sie für die „präobjektale Bezogenheit“ („preobject relatedness“) charakteristisch ist [34]. Auf der präobjektalen Ebene der Erfahrung ist das repetitive Verhalten ein interaktionales Signal einer bedrohlichen Situation. Durch die Verhaltenswiederholung wird angezeigt, dass ein Individuum sich in einem Zustand innerer Not befindet, der mit intrapsychischen Mitteln nicht adäquat neutralisiert oder kompensiert werden kann, weil die internalisierten Regulationsfunktionen überlastet sind. Demnach ist die Verhaltenswiederholung ein archaisches und prämotivationale inter-

aktionales Signal in einer präsymbolischen Signalsprache, das – Flaggen oder Ampeln vergleichbar – einen Zustand anzeigt, aber nicht Wünsche oder Absichten ausdrückt. Die präverbale Form der Repräsentation, die in den „Generalisierten Interaktionsrepräsentationen“ (RIGs) gespeichert ist [35], ist somit die einzige Möglichkeit, um ein Trauma noch zu repräsentieren, wenn die symbolischen Möglichkeiten der Repräsentation durch die traumatische Einwirkung geschwächt oder zerstört sind – wie dies bei Opfern schwerer Traumatisierungen wiederholt beschrieben wurde [36].

### **Traumatische Bindungen**

Bedeutsame Beiträge zum Verständnis des Phänomens der Reviktimisierung hat auch die Bindungsforschung geleistet [37–39]. Insgesamt weisen Kinder mit Traumatisierungen in der Vorgeschichte signifikant häufiger unsichere Bindungen an ihre primären Bindungsfiguren auf als nicht traumatisierte Kinder. Eine erhöhte Tendenz zur Reviktimisierung findet sich in der Gruppe der unsicher-ambivalent gebundenen und in der Gruppe der unsicher-desorientiert gebundenen Kinder, aber auch Erwachsenen [40]. Unsicher-ambivalent gebundene Kinder, die abhängig-anklammernd und oft auch passiv-hilflos sowie impulsiv sind, werden schon im Vorschulalter von anderen Kindern viktimisiert [41]. Unsicher-ambivalent gebundene Erwachsene neigen dazu, ihre Partner zu idealisieren und sich für sie aufzuopfern, was sie für Reviktimisierungen vulnerabel macht [42]. Frauen, die ihre misshandelnden Partner verlassen hatten, hatten entweder anklammernde oder ängstliche Bindungsstile verbunden mit negativen Selbstbildern, wobei die Frauen mit anklammernden Bindungsstilen tendenziell eher kürzere Beziehungen hatten und auch nach einer Trennung länger emotional an ihren Partner gebunden blieben [43]. Eine erhöhte Tendenz zur Reviktimisierung findet sich weiterhin bei Personen mit dem sog. desorganisiert-desorientierten Bindungsstil, der meist nach massiven Traumatisierungen und Objektverlusten in der Kindheit anzutreffen ist. Das Charakteristikum desorganisiert gebundener Kinder ist ihre Unfähigkeit, eine wirksame Strategie zur Bewältigung ihrer Nöte und Ängste zu entwickeln, da von ihren Bindungspersonen Hilfe und Traumatisierung gleichermaßen ausgingen; ein Charakteristikum desorganisiert gebundener Erwachsener ist die enorme Inkohärenz und die Fülle der logischen Widersprüche bei der Schilderung ihrer Bindungserinnerungen als Folge ihrer umfangreichen Dissoziationen [44].

Die hohe Stabilität gewaltsamer Beziehungen wurde seit längerem auf die Auswirkungen sog. „traumatischer“ Bindungen zurückgeführt, die vor allem in Situationen der Gefangenschaft und bei Folteropfern studiert werden konnten [45]. Die durch das Wiedererleben traumatischer Affekte im Alltag aktivierten Verlassensängste führen dazu, dass Traumaopfer sich an Personen binden, die ihnen Nähe und Geborgenheit anzubieten scheinen; in diesem Fall können auch gewaltsame Handlungen toleriert werden. Das starke Erregungsniveau während des Wiedererlebens traumatischer Affekte des Verlassenseins beeinträchtigt gleichzeitig die Fähigkeit zu rationaler Situationseinschätzung mit der Folge, dass Bindung und Anlehnung an schutzgebende Personen gesucht wird, selbst dann, wenn diese selbst gewalttätig oder Missbraucher sind [46]. Zusätzlich kön-

nen Traumatisierte aufgrund des Verrats der frühen Bezugspersonen kaum vertrauenswürdige von vertrauensunwürdigen Personen unterscheiden; im Zweifel werden sie auf bekannte und vertraute Beziehungsmuster zurückgreifen [45].

In Situationen längerer Gefangenschaft und unter dem Eindruck überwältigender Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht können unter den Bedingungen von Todesfurcht und Isolation intensive Bindungen zwischen Täter und Opfer entstehen. Die entstandene Bindung kann so stark sein, dass Gefangene diejenigen, die sie gefangen halten, als ihre Retter ansehen und ihre Befreier zu hassen beginnen. Intermittierende und mit liebevoller Zuwendung alternierende Gewaltanwendung scheint die Bindung zwischen Täter und Opfer noch zu intensivieren [47]. Als wichtige Voraussetzungen für die Entstehung traumatischer Bindungen werden das Machtungleichgewicht, die Isolierung von anderen Quellen der Unterstützung und ein geringes Selbstwertgefühl genannt [14].

Für die Beobachtung, dass sich Bindungen auch unter Bedingungen von Misshandlung und Missbrauch ausbilden, liefern ethologische Untersuchungen wertvolle Hinweise. So konnte in naturalistischen und Laborstudien gezeigt werden, dass Vögel, Hunde und Affen eine verstärkte Bindung an ihr Muttertier ausbilden, wenn sie experimentell einer Misshandlungssituation ausgesetzt werden. Vor allem bei inkonsistenter Misshandlung waren verstärkte Versuche beobachtbar, Nähe zu den Bindungstieren herzustellen, wobei die Bindungsverstärkung im Moment des Wegfalls des negativen Reizes erfolgte [45].

## Befunde zur posttraumatischen Pathologie

### Reviktisierung im Rahmen autodestruktiver Handlungen

Die neuere Forschung zur posttraumatischen Pathologie [1,48], die sich weitgehend unabhängig vom psychoanalytischen Denken entwickelt hat, liefert weitere Aufschlüsse zum Verständnis der Tendenz zur Reviktisierung.

In vielen Fällen spielt ein generalisiertes traumatisches Hilflosigkeits- und Ohmacterleben eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Reviktisierungen, das verhindert, dass Traumaopfer sich vor Übergriffen schützen können [49].

Häufig kommt es zu Reviktisierungen, wenn Gefahrensituationen im Rahmen der Emotionsregulierung aufgesucht werden. Umfassende Störungen der Affektregulation mit chronischen, medikamentös kaum beeinflussbaren Depressionen, Zuständen diffuser Angst und Anspannung sowie quälenden Schuldgefühlen gehören zu den typischen Folgen langanhaltender personaler Traumatisierungen [50,51]. Typischerweise kommt es zur Wiederbelebung traumatischer Affekte im täglichen Leben, wobei äußere Stimuli assoziativ die ursprünglichen traumatogenen Affekte, insbesondere Gefühle der Verlassenheit und Hilflosigkeit, wachrufen können. Wie alle autodestruktiven Handlungen können auch erlittene Gewalthandlungen Erleichterung bringen und die unerträglichen Affektzustände und Zustände der Depersonalisierung lindern. Aus solchen Affektlagen heraus können Traumaopfer in hektischer Suche nach Aktivität, Handlung und lustvoller Erregung Krisen, Beziehungskonflikte und extreme Erre-

gungszustände herbeiführen, um Zustände der Leere, Spannung und Dysphorie zu beenden, wobei sie sich Gefahren aussetzen, die Reviktisierungen zur Folge haben können [52]. Unter psychoanalytisch-selbsttheoretischem Blickwinkel können solche Verhaltensweisen die Funktion haben, die bedrohte Integrität des Selbst zu sichern und Selbst-Grenzen vor der Auflösung zu bewahren, wenn Traumatisierungen und Deprivation in den frühen präödpalen Jahren die Konsolidierung der Selbstgrenzen und die Entwicklung eines kohäsiven Selbst beeinträchtigt haben. So ist erklärbar, wie manche hinsichtlich ihrer Selbstgrenzen bedrohte Individuen mitunter groteske Schmerzerfahrungen suchen, um zu einem Gefühl des Real- und Lebendigseins zu gelangen, sowie zu dem Gefühl, ein abgegrenztes Wesen zu sein [53].

### Suchtartige Abhängigkeit vom Trauma?

Traumatischer Stress führt zu Veränderungen der Hirnfunktionen und des autonomen Nervensystems, die mit einer Vielzahl von kognitiven und Verhaltenssymptomen einhergehen können [54]. Die chronisch exzessiv erhöhte sympathikotone Aktivität erklärt, warum Traumaopfer auf Alltagssituationen so reagieren, als seien sie mit einer Krise konfrontiert. Weiterhin können Traumaopfer als Folge einer Dysregulation des autonomen Nervensystems nicht auf die Kampf-Flucht-Reaktion zurückgreifen, die Teil des von Selye [55] beschriebenen Alarmsyndroms ist, was sie in gefährlichen Situationen besonders vulnerabel macht. Lang anhaltender Stress erzeugt bei Mäusen und Ratten eine Analgesie, die durch Opiat-Antagonisten blockierbaren Analgesie selbstverletzender traumatisierter Patienten vergleichbar ist. Es ist wahrscheinlich, dass bei schwer traumatisierten Personen die Reexposition gegenüber traumatischen Situationen eine endogene Opioid-Reaktion auslösen kann, die den gleichen Effekt hat wie ein exogen zugeführtes Opiat. Aus der Sicht der biologischen Traumaforschung ergeben sich somit Hinweise auf eine mögliche suchtartige Abhängigkeit von traumatischen Stimuli in der Weise, dass durch die Exposition gegenüber traumatischen Einwirkungen Bedingungen erhöhter Opioidausschüttung entstehen; deren Wegfall kann zu Zuständen führen, die dem Drogenentzug ähnlich sind, so dass sich schon von daher der Antrieb ergäbe, traumatisierende Stimuli immer wieder aufzusuchen [55].

### Reviktisierungen im Rahmen von Dissoziationen

Schließlich kann auch die Präsenz dissoziativer Symptome in Form von Amnesien und Zuständen der Depersonalisation und Derealisation, wie sie sich typischerweise als Langzeitfolge bei Opfern psychischer Traumatisierungen finden [56,57], zur Reviktisierung beitragen. Nach heutiger Auffassung kommt dem Mechanismus der Dissoziation in der ursprünglichen missbräuchlichen Situation eine protektive Funktion im Sinne einer psychologischen Fluchtmöglichkeit zu, um die den Missbrauch begleitenden Affekte von Angst, Wut und Schmerz zu bewältigen; im späteren Leben wirkt er sich jedoch maladaptiv aus, indem er die Kontinuität des Erlebens bedroht und die kognitive Leistungsfähigkeit vermindert. Ein Ergebnis des dissoziativen Prozesses ist die Kompartimentalisierung des Bewusstseins in einen dem Erinnern zugänglichen und einen dem bewussten Erinnern nicht zugänglichen abgespaltenen, dissoziierten Teil [57]. Eine wichtige Folge dissoziativer Aufmerksamkeitsdefizite ist darin zu sehen, dass Warnsignale drohender Reviktisierungen

nicht wahrgenommen werden können. Bei strukturellen Dissoziationen der Persönlichkeit, z. B. im Rahmen der Dissoziativen Identitätsstörung, können destruktive Teilpersönlichkeiten Reviktimisierungen herbeiführen, ohne dass diese Handlungen anderen Persönlichkeitsanteilen bewusst zugänglich sind [58].

### Bewertung der theoretischen Erklärungsansätze

Die vorgestellten theoretischen Ansätze sollen im Folgenden bewertet werden, sowohl im Hinblick auf ihre Fähigkeit, das Phänomen der Neigung traumatisierter Patienten zur Traumawiederholung und Reviktimisierung zu erklären, wie auch im Hinblick auf ihren behandlungspraktischen Nutzen.

Bezogen auf die *psychoanalytischen Ansätze* besteht heute weitgehend Einigkeit, dass der von S. Freud [18] eingeführte Begriff des „Wiederholungszwanges“ trotz seiner erheblichen Verbreitung wenig zur Erklärung von Reviktimisierungen beiträgt. Besonders seine Herleitung aus dem Todestrieb wird heute abgelehnt. So wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass sich die konstruktiven und adaptiven Aspekte des Wiederholungszwangs – abweichend von Freuds Auffassung – durchaus auch auf dem Boden des Lustprinzips konzeptualisieren lassen [58]. Unabhängig von der Frage des Todestriebes wurde überzeugend argumentiert, dass die Tatsache allein, dass gewisse Muster sich wiederholen, kein Beweis für die Existenz eines Wiederholungszwanges darstellt [59], ferner dass es sich bei der Tendenz zum Wiederholen weder um einen „Zwang“ im psychiatrischen Sinne noch um einen „Trieb“ handelt, so dass es allenfalls gerechtfertigt sei, von einem „Drang zur Wiederholung“ zu sprechen [60]. Es wurde auch auf die dem Begriff inhärente Konfundierung von Beschreibung und Erklärung hingewiesen, der suggeriere, die Phänomene von Traumawiederholung und Reviktimisierung erklären zu können, wobei sein tatsächliches Erklärungspotenzial jedoch ohne zusätzliche hypothetische Annahmen gering sei, ferner auf die Suggestion eines nicht gerechtfertigten therapeutischen Nihilismus [61].

Die von S. Freud entwickelte und später von Horowitz aufgegriffene Theorie der Meisterung und Kontrolle gilt jedoch auch in neuerer Zeit als wesentlich für das Verständnis der Tendenz zur Reviktimisierung [62, 63]. Der Einwand von Vertretern der biologisch orientierten Traumaforschung, dass Trauma-Reinszenierungen selten zu Bewältigungen, sondern vielmehr zu Retraumatisierungen führen und die Auswirkungen des ursprünglichen Traumas verschlimmern, statt sie zu verringern, vermag nicht zu überzeugen, da der Misserfolg einer Bewältigungsform zunächst nichts über deren Motivierung aussagt. Tatsächlich ist die Theorie der Meisterung gut geeignet, eine beträchtliche Zahl klinischer Phänomene zu erklären. So kann beispielsweise die Beziehungsaufnahme mit Personen, die Merkmalsähnlichkeit mit missbräuchlichen Elternfiguren aufweisen, unbewusst durch die Hoffnung einer Wiedergutmachung durch die Personen der Gegenwart motiviert sein [64].

Der psychoanalytisch-objektbeziehungstheoretische Ansatz, Reviktimisierungen als das Ergebnis einer Reexternalisierung unerträglicher traumatischer Introjekte im Dienste der innerpsychischen Druckentlastung zu verstehen, hat eine hohe klinische

Plausibilität angesichts der bei Traumaopfern immer wieder beschriebenen massiven Schuldgefühle, die durch Misshandlungen eine gewisse, wenn auch vorübergehende, Linderung erfahren können [65]. Klinisch ebenso plausibel ist vor dem Hintergrund des bei Traumaopfern durchweg massiv gestörten Selbstwertgefühls [49] die Theorie einer Selbstwertregulation durch die Einnahme einer moralisch gratifizierenden Opferrolle und durch die Teilhabe an der Macht und Stärke gewaltsamer Partner. Gleichzeitig lenkt der Ansatz die Aufmerksamkeit auf die Notwendigkeit einer Bearbeitung der für Traumaopfer charakteristischen Schuld- und Schamproblematik als Prophylaxe gegen Reviktimisierungen.

Der Ansatz, Traumawiederholung als präsymbolische Kommunikationsform im Sinne einer Verhaltensinszenierung verdient insofern besondere Beachtung, als die Bedeutung nicht sprachlich symbolisierter Traumaerinnerungen zunehmend in den Blick rückt, vor allem, wenn traumatische Erfahrungen in einem Alter eingewirkt haben, in dem die Fähigkeit zur Symbolisierung sich noch nicht ausbilden konnte. Diese Beziehungserfahrungen sind – anders als die sprachlich-symbolisierten Erfahrungen – als körper- und verhaltensnahe Interaktionsrepräsentanzen im prozeduralen Gedächtnis gespeichert [66]. Die Perspektive, Traumawiederholungen auch unter dem Blickwinkel von Handlungsdiagnosen zu verstehen, mit deren Hilfe symbolisch nicht kommunizierbare seelische Not auf präsymbolischem Weg mitgeteilt wird, kann das therapeutische Handeln bereichern.

Die Forschungen zu traumatischen Bindungen haben insofern einen hohen Erklärungswert für Reviktimisierungsphänomene, als sie nicht nur die hohe Stabilität von Opferbindungen auf der Basis innerer Arbeitsmodelle von Bindung [67], sondern auch die Hinwendung zu gewaltbereiten Partnern auf der Basis von Mustern des Bindungsverhaltens erklären können [45].

Die Bedeutung eines generalisierten traumatischen Hilflosigkeits- und Ohnmacherlebens für die Entstehung von Reviktimisierungen kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Das Gleiche gilt für die Neigung traumatisierter Patienten, im Rahmen der Emotionsregulierung Gefahrensituationen aufzusuchen, um Zustände der Leere, Spannung und Depersonalisation zu beenden. Entwicklungspsychologische Befunde der letzten Jahre belegen, dass Misshandlung und Missbrauch in der Kindheit die Fähigkeit zur Emotionsregulierung und zur Selbstberuhigung schwächen [68]. Die moderne neurobiologische Forschung hat zudem die Zusammenhänge zwischen einem Scheitern der frühen dyadischen Affektregulation in der Mutter-Kind-Beziehung, der Entwicklung sicherer Bindungen, dem frühen Hirnwachstum und der späteren Fähigkeit zur Emotionsregulierung überzeugend darstellen können [69].

Die Theorie einer quasi suchartigen Abhängigkeit von Retraumatisierungen muss trotz der erwiesenen Veränderungen des Opiatstoffwechsels bei traumatisierten Personen derzeit noch als eine begründete Spekulation angesehen werden, die jedoch beträchtliche Konsequenzen im Hinblick auf eine medikamentöse Prophylaxe hätte.

Unstrittig ist wiederum, dass dissoziative Zustände zu Reviktimisierungen beitragen können, wenn durch dissoziative Auf-

merksamkeitsdefizite Warnsignale drohender Reviktimisierungen nicht wahrgenommen werden können, oder wenn Reviktimisierungen durch dissoziativ abgespaltene Persönlichkeitsanteile aktiv herbeigeführt werden.

### Therapeutische Ansätze zur Prävention von Reviktimisierungen

Die Neigung zur Reviktimisierung von Opfern traumatischer Gewalt stellt für die psychotherapeutische Behandlung eine erhebliche Herausforderung dar. Die Dringlichkeit einer therapeutischen Beeinflussung und einer wirksamen Prophylaxe ergibt sich aus der Beobachtung, dass bei jeder Retraumatisierung mit einer Zuspitzung der posttraumatischen Symptomatik gerechnet werden muss [1].

Wegen seiner Komplexität und Vielschichtigkeit kann das Phänomen der Reviktimisierung nur nach einer sorgfältigen Klärung der zugrundeliegenden Problematik therapeutisch beeinflusst werden. Wohlmeinende an Patienten gerichtete Appelle, sich nicht immer wieder traumatisierenden Bedingungen auszusetzen, oder Versuche, sie zur Trennung von misshandelnden Partnern zu drängen, werden so lange erfolglos bleiben, wie die zugrundeliegenden Ursachen und Motive ungeklärt sind. Es sollen nun Interventionen und Behandlungsansätze vorgestellt werden, die zur therapeutischen Beeinflussung der zur Reviktimisierung beitragenden Risikofaktoren eingesetzt werden können.

1. Ein *motivationsklärendes* therapeutisches Vorgehen ist angezeigt, um bewusste oder unbewusste Motivationen aufdecken, die dazu beitragen, dass traumatische Situationen wiederholt aufgesucht werden, um zu einer Traumabewältigung zu gelangen. Hier kommen in erster Linie tiefenpsychologische [70, 71] und in zweiter Linie kognitive Techniken der Problemanalyse [4] in Betracht. Das Gleiche gilt für unbewusste Motivationen, durch Aufsuchen von Gewaltbeziehungen eine innerseelische Druckentlastung und eine Regulierung des Selbstwertgefühls zu erreichen.
2. Interventionen zur *Reduktion generalisierter negativer Kognitionen* und quälender Scham- und Schuldgefühle können im Rahmen traumatherapeutisch modifizierter tiefenpsychologisch fundierter [70, 71] oder kognitiv-behavioraler Behandlungsansätze [4] zum Einsatz kommen.
3. Die hohe Bedeutung schwerer affektiver Dysregulationen für die Entstehung von Reviktimisierungen unterstreicht die Notwendigkeit einer therapeutischen Verbesserung der *Emotionsregulierung*. Unter den psychotherapeutischen Interventionen sind Techniken und Anleitungen zur Auslöseridentifikation und Auslöservermeidung, Techniken zur Förderung der Emotionswahrnehmung, Verfahren zur Modifikation der kognitiven Verarbeitung von Wahrnehmungen und Techniken zur Aufmerksamkeitsumfokussierung zu nennen [4, 72, 73]. Von großem Nutzen sind ressourcenaktivierende imaginative Techniken der traumaspezifischen Stabilisierung [70, 71]. Unter den pharmakotherapeutischen Möglichkeiten konnte durch die Gabe von Serotonin-Reuptake-Inhibitoren eine effektive Verbesserung der Emotionsregulierung erreicht werden. In zweiter Linie können Monoaminoxidase-Hemmer oder Stimmungs-Stabilisatoren wie Lithium, Carbamazepin oder Valproat zur Anwendung kommen [74].

4. Interpersonelle Kompetenzen wie die Fähigkeit, sich von unangemessenen Ansprüchen Anderer abzugrenzen, sollen ebenso vermittelt werden wie Techniken zur Verbesserung der Antizipation potenziell retraumatisierender Situationen [4, 75].
5. Liegen der Reviktimisierung Aufmerksamkeitsdefizite als Folge dissoziativer Phänomene zugrunde, sollten ich-stärkende und ressourcenaktivierende Techniken in den Vordergrund treten, da nur bei gestärktem Ich mit einem Rückgang dissoziativer Phänomene gerechnet werden kann [71, 72, 76].
6. Häufig lässt sich eine Tendenz zur Reviktimisierung nur durch eine Integration der traumatisch abgespaltene Erinnerungsfetzen durch traumabearbeitende Verfahren erreichen. Dem entspricht auf neurobiologischer Ebene die Überführung der im impliziten Gedächtnis gespeicherten traumatischen Erinnerungen oder Erinnerungsfragmente in symbolisierte und narrativ gestaltete Erinnerungen des expliziten Gedächtnisses [77]. Der Einsatz traumaverarbeitender Verfahren wie das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) [78, 79] ist jedoch an strikte Voraussetzungen gebunden, insbesondere an die Bedingungen ausreichender Stabilisierung und fehlenden Täterkontakts [80].
7. Das Verständnis der Reviktimisierungstendenz als Ausdruck von Bindungsstörungen unterstreicht die Wichtigkeit der Entwicklung von Bindungssicherheit in Psychotherapien [81]. Traumatische Bindungen lassen sich naturgemäß nur in längerfristigen Psychotherapien zugunsten reiferer Bindungen modifizieren.

### Schlussbemerkung

Die Ausführungen konnten zeigen, dass das Phänomen der Reviktimisierung am besten unter Rückgriff auf verschiedene theoretische Zugänge verständlich wird, die einander ergänzend in Betracht zu ziehen sind. Je nach zugrundeliegender Psychodynamik und Traumapathologie empfehlen sich unterschiedliche therapeutische Zugänge, die in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren sind. Integrative und therapieschulenübergreifende Behandlungskonzepte können am ehesten das notwendige breite Spektrum psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten gewährleisten. Auch wenn als Folge der Komplexität der Problematik evaluierte Therapieprogramme zur Prävention der Tendenz zur Reviktimisierung bisher nicht vorliegen, ist angesichts der Vielfalt der inzwischen verfügbaren traumatherapeutischen Möglichkeiten ein therapeutischer Nihilismus, wie er durch den Begriff des „Wiederholungszwanges“ suggeriert werden könnte, heute nicht mehr gerechtfertigt.

### Literatur

- 1 Kolk BA van der. The complexity of adaptation to trauma. Self-regulation, stimulus, and characterological development. In: Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L (eds). Traumatic stress. New York, London: The Guilford Press, 1996: 182–213
- 2 Nishith P, Mechanic MB, Resick PA. Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *J Abnorm Psychology* 2000; 109: 20–25
- 3 Widom CS. Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1223–1229

- 4 Cloitre M. Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In: Follette VM, Ruzek JJ, Abueg ER (eds). *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. New York: Guilford, 1998: 278–304
- 5 Bergman B, Larsson G, Brismar B, Klang M. Aetiological and precipitating factors in wife battering. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77: 338–345
- 6 Strauss MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. *Behind closed doors: Violence in American Families*. New York: Anchor/Doubleday, 1979
- 7 Russell D. *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books, 1986
- 8 Briere J, Runtz M. Post sexual abuse trauma: Data and implications for clinical practice. *J Interpers Violence* 1987; 2: 367–379
- 9 Chu JA, Dill DL. Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 887–892
- 10 Silbert MH, Pines AM. Sexual child abuse as an antecedent to prostitution. *Child Abuse Neglect* 1981; 5: 407–411
- 11 Beitchman JH, Zucker K, Hood JE, DaCosta GA, Akman D, Cassavia E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse Neglect* 1992; 16: 101–118
- 12 Pope KS, Bouhoutsos JC. *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York: Praeger, 1986
- 13 Young GH, Gerson SG. New perspectives on masochism and spouse abuse. *Psychotherapy* 1991; 28: 30–38
- 14 Walker LE. *The battered woman syndrome*. New York: Springer, 1984
- 15 Rounsaville B. Battered wives: Barriers to identification and treatment. *Am J Orthopsychiat* 1978; 48: 487–494
- 16 Terr L. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1979; 148: 10–20
- 17 Zeanah CH, Zeanah PD. Intergenerational transmission of maltreatment: insights from attachment theory and research. *Psychiatry* 1989; 52: 177–196
- 18 Freud S. *Jenseits des Lustprinzips*. GW XIII; 1920: 1–69
- 19 Freud S. *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XI; 1916/17: 1–482
- 20 Freud S. *Hemmung, Symptom und Angst*. GW XIV; 1926: 111–205
- 21 Horowitz MJ. Stress response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry* 1986; 37: 241–249
- 22 Hirsch M. Wege vom realen Trauma zur Autoaggression. *Forum Psychoanal* 12; 1996: 31–44
- 23 Hirsch M. Fremdkörper im Selbst – Introjektion von Verlust und traumatischer Gewalt. *Jahrbuch Psychoanal* 1995; 35: 123–151
- 24 Ehlert M, Lorke B. Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche* 1988; 42: 502–532
- 25 Gleiser KA. Psychoanalytic Perspectives on Traumatic Repetition. *J Trauma Dissoc* 2003; 4 (2): 27–48
- 26 Rohde-Dachser C. Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum Psychoanal* 1986; 2: 44–58
- 27 Novick J, Novick KK. The essence of masochism. *Psychoanal Study Child* 1987; 42: 353–384
- 28 Wöller W. Neuere Auffassungen zur Funktion masochistischer Phänomene. *Forum Psychoanal* 1994; 10: 162–174
- 29 Wöller W. Die Bindung des Missbrauchsopfers an den Missbraucher. *Psychotherapeut* 1997; 43: 117–120
- 30 Moggi F. *Emotion, kognitive Bewertung und Inzest*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1994
- 31 Boesky D. Acting out. A reconsideration of the concept. *Int J Psychoanal* 1982; 63: 39–55
- 32 Gaddini E. Acting out in the psychoanalytic session. *Int J Psychoanal* 1982; 63: 57–64
- 33 Busch F. The compulsion to repeat in action: A developmental perspective. *Int J Psychoanal* 1989; 70: 535–544
- 34 Kumin I. *Preobject Relatedness*. London, New York: Guilford, 1996
- 35 Stern DN. *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta, 1992
- 36 Grubrich-Simitis I. Das Verhältnis von Trauma und Trieb. *Psyche* 1987; 41: 992–1023
- 37 Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol 1 u. 2. New York: Basic Books, 1969
- 38 Ainsworth MD, Blehar C, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Erlbaum, 1978
- 39 Köhler L. Formen und Folgen früher Bindungserfahrungen. *Forum Psychoanal* 1992; 8: 263–280
- 40 Crittenden PM. Relationships at risk. In: Belsky J, Nezworski A (eds). *Clinical implications of attachment*. Hillsdale: Erlbaum, 1988: 136–174
- 41 Troy M, Sroufe LA. Victimization among preschoolers: Role of attachment relationship history. *J Am Academy Child Psychiatry* 1987; 26: 166–172
- 42 Alexander PC, Anderson CL. An attachment approach to psychotherapy with the incest survivor. *Psychotherapy* 1994; 31: 665–675
- 43 Henderson AJZ, Bartholomew K, Dutton DG. He loves me; he loves me not: Attachment and separation resolution of abused women. *J Family Violence* 1997; 12: 169–191
- 44 Main M, Kaplan N, Cassidy JC. Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E (eds.). *Growing points to attachment theory and research: Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1985; 50: 66–104
- 45 Dutton DG, Painter S. Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology* 1981; 6: 139–155
- 46 Valenstein A. On attachment to painful feelings and the negative therapeutic reaction. *The Psychoanalytic Study of the Child* 28. New Haven, CT: Yale University Press, 1973: 305–392
- 47 Amati S. Reflexionen über die Folter. *Psyche* 1977; 31: 228–245
- 48 Herman JL. *Trauma and recovery*. New York: Basic Books, 1992
- 49 Finkelhor D. The trauma of child sexual abuse: Two models. In: Wyatt GE, Powell GJ (eds.). *Lasting effects of child sexual abuse* (pp. 61–82). Newbury Park, CA.: Sage, 1988
- 50 Briere J, Runtz M. Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse Neglect* 1990; 14: 357–364
- 51 Wöller W, Gast U, Reddemann L, Siol T, Liebermann P. Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold E (Hrsg.). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie der AWMF und Quellentext*. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- 52 Briere JN. *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage, 1992
- 53 Grunert H (Hrsg.). *Leiden am Selbst. Zum Phänomen des Masochismus*. München: Kindler, 1981
- 54 Kolk BA van der. The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatr Clinics North America* 1989; 12: 389–411
- 55 Selye A. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956
- 56 Lynn SJ, Rhue JW. *Dissociation*. London, New York: The Guilford Press, 1994
- 57 Klufft RP. Incest and subsequent revictimization. The case of therapist-patient sexual exploitation, with a description of the sitting duck syndrome. In: Klufft RP (eds.). *Incest-related syndromes of adult psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1990: 263–287
- 58 Cohen J. Structural consequences of psychic trauma: A new look at Beyond the pleasure principle. *Int J Psycho-Anal* 1980; 61: 421–432
- 59 Kubie LS. A critical analysis of the concept of a repetition compulsion. *Int J Psychoanal* 1939; 20: 390–402
- 60 Sandler J, Dare C, Holder A. *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1996
- 61 Wurmser L. *Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer, 1987
- 62 Chu JA. The repetition compulsion revisited: Reliving dissociated trauma. *Psychotherapy* 1991; 28: 327–332
- 63 Reichard S. *Wiederholungszwang. Ein psychoanalytisches Konzept im Wandel*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1997
- 64 Hirsch M. *Psychoanalytische Traumalogie – Das Trauma in der Familie*. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- 65 Finkelhor D. *A sourcebook on child sexual abuse*. CA: Sage Publication, 1986
- 66 Brooks Brenneis C. Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. *Psyche-Z Psychoanal* 1998; 52: 801–823
- 67 Bowlby J. *Attachment and loss*. Vol. 1 u. 2. New York: Basic, 1969
- 68 Cicchetti D, Toth SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Academy Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 541–565
- 69 Schore AN. Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment Human Development* 2000; 2: 23–47
- 70 Reddemann L, Sachsse U. Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen* 1997; 1: 113–147

- <sup>71</sup> Sachsse U (Hrsg). Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik, Praxis. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- <sup>72</sup> Linehan MM. Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien, 1996
- <sup>73</sup> Omaha J. Psychotherapeutic Interventions for Emotion Regulation. EMDR and bilateral stimulation for Affect Management. New York, London: Norton, 2004
- <sup>74</sup> Soloff P. Psychobiologic perspectives on treatment of personality disorders. *J Personality Dis* 1997; 11: 336–344
- <sup>75</sup> Linehan MM. Trainingsmanual der Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien, 1996
- <sup>76</sup> Frederick C, McNeal S. Inner Strength. Contemporary Psychotherapy and Hypnosis for Ego-Strengthening. New Jersey, London: Lawrence Erlbaum Ass. Publ, 1999
- <sup>77</sup> LeDoux J. The emotional brain. New York: Simon & Schuster, 1996
- <sup>78</sup> Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. New York, London: Guilford, 1995
- <sup>79</sup> Hofmann A. EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart, New York: Thieme, 1999
- <sup>80</sup> Flatten G, Reddemann L, Wöller W, Hofmann A. Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten G, Gast U, Hofmann A, Liebermann P, Reddemann L, Siol T, Wöller W, Petzold E (Hrsg.). Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie der AWMF und Quellentext. 2. Auflage. Stuttgart, New York: Schattauer, 2004
- <sup>81</sup> Fonagy P. Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta, 2001

## Buchbesprechung

### Verhaltensneurologie – die neurologische Seite der Neuropsychologie. Eine Einführung für Ärzte und Psychologen

Schnider, Armin

Stuttgart: Thieme, 2004; 2. erweiterte Auflage. 200 S., 83 Abb. Kart. € 49,95. ISBN 3-13-109782-5

„Neuropsychologie/ Verhaltensneurologie“ ist in Forschung und Versorgung ein komplexes Feld mit vielen Akteuren – Neurologen, Psychologen, Linguisten, Logopäden, Bildgeber, neuerdings sogar Pädagogen. Als „Cognitive Brain Science“ ist die Neuropsychologie heute ein Fokus des wissenschaftlichen Fortschritts. Aus dem Blickfeld droht zu geraten, dass ihre Wurzel in der Analyse, pathogenetischen Zuordnung, Behandlungsplanung und Behandlung/Rehabilitation lag. Dieses Feld bleibt wichtig, solange es von Störungen höherer Hirnleistungen betroffene Patienten gibt, und seine Bestellung ist ohne kompetente Neurologen kaum möglich. Die Neurologie höherer Hirnleistungen war für Neurologen lange ein wenig geliebtes Gebiet: ohne apparative Methoden ließen sich keine Qualifikationen erwerben, die im System der Versorgung besondere Befugnisse dokumentieren. Neurologen laufen daher Gefahr, bei Fehlen eigener Kompetenz von anderen Berufsgruppen an den Rand der Versorgung gedrängt zu werden. Die qualifizierten Partner im Gebiet – vor allem Neuropsychologen, aber auch Logopäden – haben den berechtigten Anspruch, dass der Neurologe eigene Kompetenz einbringt. Neurologen hingegen verspüren verständlicherweise wenig Neigung, sich in die Modelle der psychometrischen und kognitiven Neuropsychologie oder der kognitiven Neurolinguistik einzuarbeiten.

Schniders Buch ist eine Einführung, es kann daher nicht mit Spezialliteratur verglichen werden. Es stellt den neurologischen Zugang zum Gebiet konsequenter als andere deutschsprachige Bücher dar (international, vor allem in Amerika gibt es viele Publikationen mit diesem Ansatz, es dürfte also Bedarf bestehen).

Das Buch beginnt mit einer knappen Definition des Gebietes und einer pragmatischen Beschreibung der Schnittstelle zwischen Verhaltensneurologie und Neuropsychologie, deren Bedeutung vom Autor nicht bestritten wird. Es folgt eine ebenso knappe Darstellung anatomischer Grundlagen, die den Ausgangspunkt für die spezifisch neurologische Betrachtung darstellt. Hier hätte

ich mir etwas mehr Inhalt und auch eine vertiefte Diskussion über Lateralisation höherer Hirnleistungen gewünscht. Das Kapitel über Aufmerksamkeitsstörungen und Verwirrtheit ist ebenfalls knapp. Für die klinische Untersuchung werden zwar wichtige Hinweise gegeben, die konkrete klinische Bedeutung, gerade auch für ambulant tätige Neurologen kommt jedoch zu kurz. Kaum nachvollziehbar erscheint, dass coma vigile und akinetischer Mutismus unscharf abgegrenzt seien.

Als Einführung hervorragend gelungen mit prägnanten klinischen Beispielen, klinischen Untersuchungsmethoden und funktional-anatomischer Interpretation ist hingegen die Darstellung des schwierigen Gebietes der Frontalhirnsyndrome. Das Kapitel über Aphasien berücksichtigt zu wenig die wichtigen Ergebnisse der deutschen Forschung (Aachener Gruppe), die Einteilung der Aphasien entspricht amerikanischer Folklore. Dass bei der Darstellung der Alexien und Akalkulien die moderne neuropsychologische Forschung nur am Rande berücksichtigt wird, entspricht dem einführenden Charakter. Für die Bezeichnung der Alexien sollten jedoch die üblichen Termini (Oberflächen- und Tiefeldyslexie) verwendet werden.

Raumverarbeitungsstörungen, Agnosien und Callosum-Syndrome werden knapp und ausgewogen dargestellt. Das Kapitel über Gedächtnisstörungen vermittelt auf verständliche Weise und klinisch relevant den aktuellen Stand der Wissenschaft, zu dem Schnider Wichtiges beigetragen hat. Die Darstellung der Demenzen geht von der klinisch wichtigen Unterscheidung in kortikale und subkortikale Demenzen aus, für eine weiterführende Behandlung kann dieses Buch verständlicherweise keinen Raum geben. Abschließend wird ein einfacher, nicht psychometrischer Untersuchungsgang vorgeschlagen, der dem Leser wichtige Anregungen vermittelt.

Zusammenfassend ist die Stärke des Buches, dass es den neurologischen/nervenärztlichen Leser dort abholt, wo er nach seiner Ausbildung und in seiner klinischen Tätigkeit steht. Es kann daher jedem Arzt empfohlen werden, der nicht bereits über fundiertes Wissen verfügt. Die Kritik betrifft, außer hinsichtlich der Darstellung der Aphasien, Unwesentliches. Das Buch sollte Neurologen die Angst vor der Verhaltensneurologie nehmen und ihre eigenen Stärken im Gebiet erkennen lassen und so zum Erwerb von Kompetenz anregen.

C. W. Wallesch, Magdeburg