

Wie das Normale über das Abnormale zur Frage werden kann – Reflexionen zu Traumatisierungen und ihren Kontexten

MICHAEL J. LINDENTHAL

Zusammenfassung

In diesem Essay wird ein Überblick zu einigen ausgewählten Aspekten von Traumatisierungen und ihren Kontexten gegeben. Traumatisierungen geschehen nie im Vakuum und sind daher erst durch angemessene Einbettung in größere (individuelle und kollektive) Zusammenhänge sinnvoll erfassbar. Verschiedene subjektive Mechanismen und Vorgänge beeinflussen individuelle Bewertungs- und Normierungsschemata, wodurch allumfassende Traumadefinitionen unmöglich werden. In Sprachgebrauch, Taxonomie, Prävention, Unterstützungs- und Behandlungsangeboten müssen Wege gefunden werden, dieser Vielfalt gerecht zu werden, ohne in Beliebigkeit oder inflationären Gebrauch des Begriffs »Trauma« abzudriften.

Schlüsselwörter: *Trauma, Traumatisierung, Normalität, Trauma im Kontext, PTSD, Sozialpsychologie, Essay*

Summary

This essay gives an overview of specific aspects of trauma and its contexts. Traumatization never happens in vacuum. It has to be embedded into larger (individual and collective) perspectives to fully encompass its meaning and significance. Various subjective mechanisms and processes have an influence on individual patterns of appraisal and evaluation, which makes an overall definition of trauma

impossible. Sufficient ways to deal with these diversities have to be found in the use of language, taxonomy, prevention, support and treatment concerning trauma.

Keywords: *Trauma, traumatisation, normality, context of trauma, PTSD, social psychology, essay*

Im Japanischen gibt es das Wort Karōshi, es bedeutet sinngemäß Tod durch Überarbeitung. Wir können uns vorstellen was damit gemeint ist, haben vielleicht in unserem Kulturkreis von vergleichbaren Phänomenen gehört – Wort haben wir in unserer Sprache dafür keines. Wir haben, kennen und verwenden den Begriff Trauma. Vielleicht ein ähnliches semantisches Problem nur in die andere Richtung: ein scheinbar klarer Begriff, an den auch verbindliche Definitionen und Diagnosen gekoppelt werden (können), aber ein sehr heterogener Phänomenbereich der dahinter steht und der mit dem Begriff auf einen gemeinsamen Nenner gebracht werden soll.

Was macht Trauma bzw. Traumatisierung aus? Die »objektive« Gefahr alleine kann es nicht sein, das zeigen ja beispielsweise schon die unterschiedlichen Wirkungen und Effekte von Naturkatastrophen und jene zwischenmenschlicher Gewalt. Ursachen, bzw. Attributionen sind von entscheidender Bedeutung – und damit auch Vorstellungen, Erwartungen, Weltbilder, Menschenbilder, Vorurteile etc., kurz: Grundannahmen.

Was ist »normalerweise« im Leben erwartbar und wo verläuft die Grenze zur (gesellschaftlich akzeptierten?) subjektiven Überforderung? Bei interkulturellen und historischen Vergleichen wird rasch klar, dass Normalitätsbegriffe starken Schwankungen unterliegen. Man denke nur an die unterschiedliche Kindersterblichkeit im Mitteleuropa der Gegenwart, des 16. Jahrhunderts oder Haiti heute: die individuelle Bedeutung des Todes eines Kindes wird für die Eltern nicht identisch sein. Wie sieht es aber mit intrakulturellen Unterschieden der Gegenwart aus? Was geschieht, wenn Unerwartbares und Unausprechliches in wohlgeordnete *Mittelschichtsnormalitäten* einbricht? Was ist mit den Vernachlässigungen, kleineren, größeren und größten Grausamkeiten, denen andere chronisch ausgesetzt sind? Ist die Traumatisierung durch ein plötzliches Einzelereignis eine *echtere* Traumatisierung als eine, die sich sequentiell, chronisch und komplex entwickelt?

Diese Fragen können in diesem Essay nicht umfassend beantwortet werden. Es werden Annäherungen an Antwortmöglichkeiten vorgeschlagen und Perspektiven skizziert, die für eine Beantwortung nützlich sein könnten. Manche Fragen oder Probleme werden aufgeworfen und bleiben offen. Zu ihrer Klärung wären umfassende Diskussionen nötig – zu denen dieser Artikel auch auffordern und einladen will.

Einige Stationen auf den Wegen der Traumaforschung

Seit den 1980er-Jahren taucht Traumatisierung, in Form der Posttraumatischen Belastungsstörung, explizit in den beiden führenden Diagnosemanualen auf. Der Zeitpunkt war kein Zufall, sondern steht in starkem Zusammenhang mit der hohen Zahl traumatisierter US-Veteranen aus dem Vietnamkrieg. Im Laufe der 1970er-Jahre wurden diese Veteranen häufig noch mit unpassenden (z. T. somatischen) Diagnosen versehen, oder darüber hinaus sogar auch mit stark stigmatisierenden (z. B. paranoide Schizophrenie). Durch die *offizielle Verfügbarkeit* der Diagnose Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), wurden die Leiden und Problemlagen der Betroffenen dann angemessener klassifiziert. Für viele Betroffene scheint die Diagnose PTSD allerdings eine gewisse Zweischneidigkeit zu haben: einerseits werden Leiden und Probleme anerkannt und offiziell ernst genommen, andererseits besteht die Gefahr einer Pathologisierung und des u. U. stigmatisierenden Labellings.

Judith Herman (2001) hat deutlich herausgearbeitet, dass für die Anerkennung traumatischen Leides dessen – auch in größerer Zahl – Vorhandensein alleine nicht ausreicht. Erst wenn Betroffene sich öffentlich äußern, (psychosoziale) Fachleute sich diesen Anliegen aufmerksam widmen und wenn vor allem auch eine politische Bewegung diese Anliegen aufgreift und vertritt, dann besteht die Chance, dass öffentliche Aufmerksamkeit und Bewusstsein für Traumatisierung(en) entsteht. Herman (ebd.) sieht drei große Beispiele, bei denen diese Gleichzeitigkeiten und Verknüpfungen in ihrer Wirksamkeit besonders deutlich wurden: zuerst, in Folge der bahnbrechenden Arbeiten von Charcot (vgl. z.B. Didi-Huberman 1997), der »Wettlauf« zwischen Sigmund Freud und Pierre Janet um die Mysterien der Hysterie zu durchschauen (vgl. Bühler & Heim 2005), dann die Erforschung der verschiedenen Erscheinungsformen von *Kriegsneurosen* und schließlich die langwierigen Auseinandersetzungen um einen angemessenen

Umgang mit sexualisierter Gewalt und ihren Opfern – und Tätern. Dabei wird ein Zeitraum von etwas mehr als hundert Jahren abgedeckt. Die einzelnen Entwicklungen erstreckten sich teilweise über Jahrzehnte, besonders die Arbeiten zu *Kriegsneurosen*. Mit jedem größeren Krieg gewannen diese an Bedeutung und wurden dann wieder etwas nebensächlicher behandelt. Der Zeitfaktor ist auch interessant, wenn es um Wechselwirkungen und gegenseitige Einflüsse dieser Strömungen geht. Teilweise bestanden Entwicklungen der Traumaforschung weitgehend unbeeinflusst nebeneinander. So existierte die v. a. psychodynamisch und psychotherapeutisch orientierte Traumaforschung, in unterschiedlichen Formen und Schwerpunktsetzungen, weitgehend ununterbrochen seit Freuds ersten diesbezüglichen Arbeiten. Diese wurde aber im psychologischen Mainstream nur selten zur Kenntnis genommen. Durch die Stressforschung kam später ein zweiter einflussreicher Forschungsstrang hinzu. Es drängt sich teilweise der Eindruck auf, im Laufe der 1970er-Jahre, wäre das Rad der Traumaforschung neu erfunden worden.

An diesen drei größeren Strömungen ist einiges bemerkenswert:

1. Alle drei befassen sich mit strukturellen Problematiken, deren Auswirkungen sich an einer Vielzahl betroffener Einzelpersonen zeigen. Der *Individualisierungstrick* (er/sie ist eben zu schwach, ohnehin schon neurotisch, hat schlechte Erbanlagen, ist selber schuld, hat sich nicht genug Mühe gegeben, etc.) hat in all diesen Fällen ab einem gewissen Punkt nicht mehr funktioniert. Die Lebensumstände und Situationen, aus denen heraus sich die Problemlagen der Betroffenen entwickelten, mussten ernst genommen und thematisiert werden. Die strukturelle Dimension zeigte sich dabei auf unterschiedliche Weisen. Die Hysterie wurde in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einem kleineren Massenphänomen, das vor Freud und Janet nicht befriedigend erklärt werden konnte. Die schlichte Menge an solchen ungeklärten Fällen ermöglichte den Perspektivenwechsel von den einzelnen betroffenen PatientInnen hin zu den biographischen und weiteren kontextuellen Gemeinsamkeiten. Eine zentrale, dieser meist sehr ungerne gehörten Gemeinsamkeiten, war die (früh)kindliche Traumatisierung. Dass sich Freud später von seinen früheren Traumatheorien abwandte (vgl. Lück 2011), stellt einen hoch spannenden Aspekt der professionellen Traumageschichte dar und wird bei Herman (2001) näher beleuchtet. Dass Krieg keine individuelle, sondern eine kollektive Angelegenheit ist, liegt in der Natur der Sache. Viel zu lange

wurde aber dennoch versucht, die Symptomatiken, die viele Soldaten im Laufe des 20. Jahrhunderts entwickelten, mit Hilfe des Individualisierungstricks (er ist zu feige, charakterlos, mit dem Feind im Bunde um die Moral der Truppe zu schädigen, etc.) zu erklären. Die strukturelle Dimension der »Kriegsneurosen« zeigt sich unter anderem darin, dass weniger die Brutalitäten und Entbehrungen des Krieges an und für sich zu Quellen längerdauernder Traumatisierungen werden. Ähnlich wie bei der Hysterie, erst durch das Zusammenfallen bestimmter biographischer, situativer und gesellschaftlicher Bedingungen, nimmt die Häufigkeit der Kriegsneurosen drastisch zu. Solche Muster sind z.B. häufig der Grad der Sinnhaftigkeit, den Soldaten in ihrem Einsatz sehen – oder eben nicht; das Gefühl des Rückhalts durch Armeeführung, unmittelbare Vorgesetzte und Kameraden, aber auch durch Nahestehende zuhause bzw. die abstrakte Gesamtgesellschaft; Einbettung des Kriegseinsatzes in die eigene Lebensplanung etc. Im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt schließlich war es, vor allem für feministische Bewegungen, besonders wichtig, den Individualisierungstrick zu entlarven und auf die strukturelle Gewalt im Geschlechterverhältnis aufmerksam zu machen. Auch hier: nicht isolierte Einzelfälle, sondern Ergebnisse derselben soziokulturellen Rahmenbedingungen.

2. Das Herausarbeiten dieser strukturellen Problematiken rief immer die VerteidigerInnen des Status quo auf den Plan. Alle drei Entwicklungen hatten mit erheblicher Gegenwehr zu kämpfen, ehe die entsprechenden Traumatisierungen – mehr oder weniger – als real existierend anerkannt wurden. Warum dieser Widerstand? In allen drei Fällen handelt es sich um man-made-disasters. Es gibt also Opfer *und* Täter. Im Gegensatz z.B. zu Naturkatastrophen sind die Leiden der einen direkte Konsequenzen der Handlungen anderer. (Bei Unfällen, Naturkatastrophen und Ähnlichem sind es meist eher indirekte Konsequenzen von Fahrlässigkeiten oder Unterlassungen die Betroffene den Verantwortlichen vorwerfen.) Damit gibt es in diesen Fällen zwangsläufig einige, die stark daran interessiert sind, dass Traumatisierungen als Ergebnis individueller Schwächen und Vulnerabilitäten gesehen werden – oder auch daran klarzumachen, dass es psychische Traumatisierung gar nicht gibt. »Dieses Phänomen wurde von euch, den Psychologen, im Jahre 1973 erfunden. Zu unserer Zeit gab es das noch nicht.«, so zitiert Dan Bar-On (1991, 80) einen israelischen Veteranen des Krieges von 1948, der nach seinen Beobachtungen zu battle shock befragt wurde.

3. Die Verstrickung der traumatisierten Personen in größere, vor allem soziale Kontexte wirft die Frage auf, was es denn mit den Verhältnissen auf sich hat, aus denen heraus die Traumatisierungen sich entwickelten. Aus einer systemischen Perspektive ließe sich vermuten, dass in obigen Fällen den betroffenen Personen die Rolle von IndexpatientInnen zukam; IndexpatientInnen ganzer (Sub-)Gesellschaften. Wie in den meisten Fällen, in denen es angemessen erscheint von IndexpatientInnen zu sprechen, wirft deren Symptomatik Fragen nach Hintergründen, sozialen Einbettungen, Verstrickungen, Wechselwirkungen, etc. auf. Also wieder eine Verschiebung der Perspektive von den Einzelnen zu den Vielen und ihren wechselseitigen Einflüssen, Beziehungen und Strukturen.

4. In den letzten Jahren erlebten psychosoziale Krisenintervention bzw. Notfallpsychologie einen kräftigen Aufschwung und Bedeutungszuwachs. Sehr klar erkennbar ist das beispielsweise durch die stark zugenommene institutionelle Einbettung in das Rettungswesen und andere Betreuungs- und Hilfseinrichtungen. Dabei standen meist klar isolierbare Einzelereignisse im Vordergrund: Naturkatastrophen, (Groß-)Unfälle oder andere überraschende und potentiell stark belastende Ereignisse; kurz: critical incidents. Aufsehenerregende Fälle, in Österreich z.B. die Lawinenkatastrophe 1999 in Galtür und Valzur, oder die Brandkatastrophe in der Gletscherbahn Kaprun 2000, beschleunigten diese Entwicklungen. Die Verankerung psychosozialer Krisenintervention erfolgte auch im regulären Rettungsdienst – nicht nur für Großschadenslagen und Katastrophen (siehe bspw. »Zweiter Bub nach Blitzschlag verstorben«, orf.at, 2009). In den drei von Herman (2001) dargestellten Bereichen handelt es sich demgegenüber um Traumatisierungen, die eher aus länger andauernden Phasen, Zuständen und Strukturen heraus entstehen, und weniger um solche, die wie der sprichwörtliche Blitz aus heiterem Himmel über die Betroffenen hereinbrechen.

Trauma ist das eine, der Umgang damit etwas anderes

Die obigen Beispiele machen unter anderem deutlich, dass

1. das was als Traumatisierung gilt und welche Auswirkungen sich daraus ergeben – in unterschiedlichem Grad – immer auch von sozialen und anderen Rahmenbedingungen abhängt,

2. der Umgang mit Betroffenen sehr starken Schwankungen unterlag und heute noch unterliegt und
3. die Vorstellungen darüber, was überhaupt als Traumatisierung gilt, analogen sozialen Prozessen folgt, wie Ludwik Fleck (1935) oder Thomas Kuhn (1962) sie für die Wissenschaft im Allgemeinen herausgearbeitet haben (beide Jahreszahlen sind die des jeweiligen Erstdrucks).

Wer/was/welche Institution entscheidet darüber, was *Trauma* ausmacht? Das Problem der Deutungshoheit (vgl. z.B. Foucault 1988) zeigt sich rund um Trauma und den Traumbegriff besonders deutlich. Es geht hier ja nicht allein um wissenschafts- und erkenntnistheoretische Fragen, sondern es geht auch um Erlebensweisen und Zustände betroffener Menschen, von höchster praktischer Relevanz für viele Lebensbereiche. Daraus ergeben sich unter anderem Debatten und Diskurse über Verantwortung und Umgang mit Traumatisierungen und ihren Folgen und Einbettungen: es geht um Betroffene, mögliche Täter, politische Reaktionen und Fragen des Gesundheitswesens, etc. Als Rahmenperspektive bietet sich hier etwa der soziale Konstruktivismus (Gergen 2009) an. Wirklichkeit – bzw. was jeweils dafür gehalten wird – wird wesentlich durch soziale Prozesse und Beziehungen mitbestimmt. Und dieses Prinzip scheint auf unterschiedlichen Ebenen wirksam zu werden: betroffene Personen, involvierte Fachleute, interessierte Laien bis hin zur abstrakten Gesamtgesellschaft. Hermans (2001) wichtiger Hinweis, dass die Anerkennung von Traumatisierungen als real stark an politische Bewegungen sowie Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit gekoppelt waren, stützt die These des sozialen Konstruktivismus im Zusammenhang mit *Trauma* deutlich.

Neben, bzw. über Fragen der sozialen und kontextuellen Perspektiven hinaus: Gibt es eine Art Kern, spezifische Merkmale, die immer auftauchen, wenn von Traumatisierung die Rede ist – unabhängig von räumlichen, zeitlichen, kulturellen Bedingungen? In Grundzügen – und Teilbereichen – ja, könnte Jonathan Shay antworten, der in seinem Buch »Achill in Vietnam« (1998) einen aufwändigen Kulturvergleich dessen vornimmt, was er Kampftrauma nennt. Der Titel ist Programm und Shay stellt unter anderem zahlreiche Passagen aus der *Ilias* des Homer (2004; Original etwa im 5. Jh. v.C. entstanden) Berichten von US-Vietnamveteranen gegenüber. Dabei zeigen sich tatsächlich viele erstaunliche Gemein-

samkeiten, vor allem auf der individuellen Ebene des Erlebens in konkreten Situationen (z.B. Symptome wie Intrusionen, Schlafstörungen oder Albträume). Zwar ebenfalls einige Gemeinsamkeiten, aber doch auch zunehmend mehr Unterschiede, zeigen sich in einigen Bereichen des Verhaltens (z.B. konkrete Erscheinungsformen des *Berserkertums*). Teilweise sehr große Unterschiede zeigen sich schließlich im kollektiven Umgang mit Trauma und damit auch in den zeitlichen Verläufen von Traumatisierungen und den Wegen zurück in die jeweilige Normalität. Shay (1998) betont vor allem Gemeinsamkeiten. Andere, wie beispielsweise David Becker (2006), betonen dagegen stärker die untrennbare Einbettung von Trauma in spezifische kulturelle Kontexte. »Behandelt man Trauma als rein intrapsychischen Prozess, verleugnet man die gesellschaftlichen Dimensionen. Spricht man ausschließlich von den politischen und kollektiven Aspekten, verleugnet man die reale individuelle Wunde« (Becker 2006, 178). Becker plädiert dafür, auf die Ressourcen und Potentiale verschiedener Humanwissenschaften zurückzugreifen, um gewissermaßen den Arbeitstitel Trauma immer wieder an jeweils aktuelle Gegebenheiten und Bedürfnisse anzupassen. Von der Suche nach einer absoluten Traumadefinition rät Becker dringend ab, weil «[a]lle Versuche in diese Richtung sind nicht nur nutzlos, sondern auch schädlich und verlogen« (ebd., 179).

Notwendig ist daher eine Begriffsbestimmung von Trauma, die einerseits bestimmte Kernelemente berücksichtigt, um sich nicht in Beliebigkeiten zu verlieren. Andererseits muss sie ausreichend Spielraum enthalten, um verschiedenen Erscheinungsformen, Kontexten und Komplexitäten gerecht zu werden. Fischer und Riedesser (2009) haben eine Gegenstands- und Begriffbestimmung vorgeschlagen, die diesen Ansprüchen gerecht wird: ein Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung. Darüber hinaus auch noch Vorschläge zu sprachlichen Bezeichnungen:

»In deutscher Übersetzung schlagen wir für die im PTSD anvisierte Symptomkonstellation die Bezeichnung basales psychotraumatisches Belastungssyndrom (bPTBS) vor. Wir halten zunächst die Vorsilbe posttraumatisch für zweifelhaft, da sie eine Gleichsetzung von Trauma und traumatischem Ereignis suggeriert, während Trauma nach unserem Verständnis und auch

im üblichen Sprachgebrauch eher einen prozessualen Verlauf nahe legt« (ebd., 48, Hervorhebungen im Original).

Des Weiteren wird die feststehende Verknüpfung von Stress und Trauma gelöst, ohne aber damit die thematische Nähe der beiden Bereiche aufzugeben. »Zudem hat unser terminologischer Vorschlag den Vorteil, das im 'PTSD' (nach DSM und ICD) benannte Symptombild in ein breites Spektrum psychotraumatischer Syndrome einzufügen und führt damit fort von der Vorstellung, es gäbe auf der phänomenalen Ebene ein einziges Syndrom, *das* PTSD« (ebd., 49, Hervorhebung im Original). Neben das basale psychotraumatische Belastungssyndrom stellen Fischer & Riedesser dann mehrere spezielle.

Mit obiger Begriffsbestimmung steht daher ein flexibles, aber im Kern doch klar umgrenzbares, definitorisches Konstrukt von Traumatisierung zur Verfügung. Daneben existieren aber einige weitere, meist sehr viel enger gefasste, Definitionen von Trauma. Es scheint keinen unumstrittenen Konsens darüber zu geben, was Psychotrauma ist – und was nicht. Ein Problem, das wahrscheinlich Ursache und Quelle zahlreicher Missverständnisse und Widersprüchlichkeiten innerhalb von und zwischen *scientific-trauma-community*, Gesundheitswesen, Politik und schließlich Gesamtgesellschaft ist.

Bei aller Widersprüchlichkeit und Heterogenität, einige Elemente tauchen in fast allen Definitionen explizit auf oder werden implizit angedeutet. Trauma hat immer etwas mit (einer oder mehreren) Situationen und Erlebnissen zu tun. In diesen Situationen werden von Betroffenen meist intensive Angst, Hilflosigkeit und Überforderung erlebt. Die jeweilige Unmöglichkeit und/oder Unfähigkeit adäquat zu handeln und zu reagieren, verstärkt Gefühle der Machtlosigkeit und des Ausgeliefertseins. Es geht also um Ereignisse, die über das, was normalerweise erwartet und bewältigt werden kann, hinausgehen – und um die Wirkungen dieser Erlebnisse in einem Prozess. *Normalität* und *Überforderung* sind relative Begriffe. Sie sind immer auf jemanden oder etwas außerhalb ihrer selbst bezogen. Es ist also kaum möglich eine Situation grundsätzlich, unabhängig von betroffenen Personen und ihren Kontexten, mit Gewissheit als traumatisierend oder nicht traumatisierend einzustufen – vor allem in Bezug auf länger anhaltende Effekte und deren Vorhersagbarkeit. Analoges kann wohl auch für Kleinkinder angenommen werden, allerdings scheint es notwendig zuerst zu klären, in welcher Weise

Begriffe wie etwa Normalität oder Überforderung für kleinkindliche Erlebensweisen anwendbar sind bzw. zu transformieren wären. Ein solcher Versuch wird an dieser Stelle nicht unternommen, der implizite perspektivische Schwerpunkt liegt hier also auf Erwachsenen, Jugendlichen und älteren Kindern.

Normalität und Trauma

Schwarze Schrift auf schwarzem Hintergrund ist nicht lesbar. Das Weber-Fechner'sche Gesetz (Fechner 1860) macht klar, dass es nicht global beantwortbar ist, ob jemand einen Gewichtszuwachs von z.B. 3 Gramm in seiner Hand bemerken wird. Es hängt vom Vergleichswert, dem Ausgangsgewicht, ab. Gilt möglicherweise Analoges auch für Krisen, Belastungen, Extremstress und Traumatisierung? Innerhalb gewisser Grenzen: wahrscheinlich ja; Wann z.B. Hilflosigkeit und Überforderung eintreten, hängt stark davon ab, welche Ressourcen betroffene Personen in der Situation zur Verfügung haben. Wer Erste Hilfe beherrscht, anwenden kann und will und eine gut ausgestattete Hausapotheke hat, würde z.B. durch die gefährliche Schnittwunde seines Kindes zwar sehr erschrecken, hätte aber die Mittel und das Wissen, um die Situation rasch zu stabilisieren. Wer ohne relevantes Fachwissen und Ausrüstung auf dieselbe Verletzung trifft, müsste möglicherweise den Tod des eigenen Kindes miterleben.

- Normalzustand – keine besonderen Maßnahmen erforderlich
- Abweichung vom Normalzustand, die bewältigt werden kann
- Abweichung vom Normalzustand, die mit (momentan) verfügbaren Mittel und Ressourcen nicht bewältigt werden kann

Nur der dritte Fall kommt als potentiell traumatisierend in Frage. Unter der Voraussetzung allerdings, dass der jeweilige Normalzustand salutogenetischen Kriterien zumindest nicht widerspricht. Es gibt mehrere Möglichkeiten Normalität zu definieren. Meist dominieren dabei zwei Wege der logischen Annäherung: entweder statistisch über Häufigkeiten (z.B. als normal gilt, was mehr als zwei Drittel einer Population dafür halten; normal ist der Zustand der mehrheitlich vorherrscht etc.), oder über Vorgaben: Normalität als Norm (z.B. das was der Fall sein sollte, Voraussetzungen *normaler Funktionsweise* etc.). Zahlreiche

Mischformen und Varianten sind dabei denkbar – und kommen vor. Wenn ein Normalzustand salutogenetischen Kriterien entspricht, dann ermöglicht er den in ihm Lebenden Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und (das Zuschreiben von) Bedeutsamkeit relevanter Lebensbereiche und Ereignisse (vgl. Antonovsky 1997). Wer ein hohes Maß an Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit erlebt, verfügt über einen ausgeprägten Kohärenzsinn. Damit ist ein günstiger Normalzustand skizziert.

Dieses, in seinen Grundzügen sehr robuste und flexible, salutogenetische Konzept des Kohärenzsinn, kann im Zusammenhang mit Trauma wertvolle Dienste erweisen. Es ermöglicht eine Perspektive auf (psychische) Gesundheit, die von einem homöostatischen Gleichgewicht geprägt ist. Anforderungen und Risikofaktoren auf der einen Seite, der jeweilige Kohärenzsinn – mit seinen Wechselwirkungen zu Protektivfaktoren und Resilienz – auf der anderen Seite. Darüber hinaus erleichtert der Blick auf Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit, Potentiale und Möglichkeiten für Prävention und/oder psychosoziale Unterstützung zu erkennen.

Was aber, wenn ein Normalzustand von Pathogenität gekennzeichnet ist? Der Extremfall Konzentrationslager zum Beispiel: Inbegriff von Menschenverachtung, in höchstem Maße traumatogen, und eine ganz extreme Abweichung von rechtsstaatlicher und demokratischer Normalität. Nach einer gewissen Zeit wird diese Abweichung aber höchstwahrscheinlich vielen Insassen zur neuen Normalität, einfach aufgrund der Dauer und Intensität der Erfahrungen. Die frühere Normalität verblasst mehr und mehr zur Erinnerung, die Wirklichkeit des Lagers zwingt mit aller Härte die »normative Kraft des Faktischen« wahrzunehmen und sich danach auszurichten. Viktor Frankl gibt davon eindrucksvoll Zeugnis. Interne Normen und Bewertungsmaßstäbe verschieben sich, Frankl berichtet von seinen Gefühlen, in ein Lager verlegt worden zu sein, in dem es keine Gaskammern und Krematorien gab.

»Unsere freudige Überraschung darüber, dass es uns also vergönnt war zu erreichen, was unser Blockältester in Auschwitz uns gewünscht hatte – er empfahl uns, nur ja schleunigst in ein Lager zu kommen, in dem es nicht (wie in Auschwitz) einen 'Kamin' gab -, diese freudige Überraschung machte uns froh gelaunt. Ja, diese frohe Laune ließ uns lachen und Späße

machen trotz allem, was wir in den nächsten Stunden noch mitmachen mussten (...).« (Frankl 2005, 77).

Frankls Beispiel zeigt, dass es jedenfalls *möglich* ist, sich an höchst belastende Umstände anzupassen. Die internen Bewertungsmaßstäbe werden in solchen Fällen scheinbar neu geeicht, auf ein neues Bewertungsniveau eingestellt. Diese Anpassungsfähigkeit dürfte ein zentraler Faktor für die Ausbildung hoher Resilienz sein. Frankls Erfahrungen zeigen weiter, dass es sich bei dieser Anpassung um kognitive Umstrukturierungen geht, die in untrennbar enger Wechselwirkung mit emotionalen Prozessen stehen. Bei der Freude, einen schönen Sonnenuntergang zu sehen; kommt hier zuerst die kognitive Bewertung (z.B. Mit mehr Erfreulichkeiten kann ich nicht rechnen, also werde ich diesen Anblick genießen), oder der unmittelbare, angenehme Affektimpuls, den der Anblick auslöst und der bestimmte Gedanken nach sich zieht? Reihenfolge und Gewichtung der Vorgänge lassen sich schwer beurteilen, sicher ist nur, dass sie meist gemeinsam auftreten. Vergleichbare Vorgänge der Neuorientierung und Anpassung an extreme »Normalzustände« werden immer wieder dokumentiert. Auch Bruno Bettelheim (1995) schildert Ähnliches über seine eigenen KZ-Erfahrungen, und wie Frankl, berichtet auch er von anderen, denen diese Anpassungen nicht möglich waren und die in tödlicher Apathie versanken. Bei seinen biographischen Interviews mit ehemaligen Zwangsarbeitern, stellte Karl Fallend (2001) Vergleichbares fest: vielen gelang es, sich an die Extremsituationen von Lager und Zwangsarbeit anzupassen und mit diesen Lebensumständen relativ gut zurecht zu kommen. In einigen Fällen wurde den Betroffenen ihr erfolgreiches Coping nach dem Krieg allerdings, zuhause, z.B. in der Ukraine, zum Vorwurf gemacht: Wer gut aus solchen Lagen davonkommt, muss mit dem Feind kollaboriert haben und ein Verräter sein! In solch komplexen Gefügen und Prozessen greifen – auch elaborierte – Traumakonzepte bald zu kurz. Aaron Antonovsky (1997) fand seinen Weg zur salutogenetischen Forschung eher zufällig, über Befragungen von Frauen, die den Holocaust überlebt hatten. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass ein großer Teil (etwa 70%) dieser Frauen auch 25 Jahre nach Kriegsende noch unter erheblichen Beeinträchtigungen ihrer emotionalen Gesundheit leiden mussten. Antonovsky drehte aber die Betrachtungsebene um: warum nur 70%

und nicht 100%? Wie kann es sein, dass fast ein Drittel der betroffenen Frauen, trotz unfassbarer Extrembelastungen, über gute emotionale Gesundheit verfügen?

Es ist einerseits sehr tröstlich, an diesen Beispielen zu sehen, dass die menschliche Anpassungsfähigkeit, Zähigkeit und Ausdauer – körperlich wie psychisch – auch die schlimmsten Situationen und Zustände erträglich machen kann. Ihre Resilienz muss nur hoch genug sein, dann können Menschen fast alles aushalten und überstehen. Und Resilienz dürfte, innerhalb gewisser Grenzen, *trainierbar* sein. Dieser Aspekt kann andererseits aber in der Praxis einige schwere ethische Dilemmata aufwerfen: wenn bekannt ist, dass Menschen an hoch belastende Lebensumstände *anpassbar* sind, dann müsste unter Umständen nichts an solchen Lebensbedingungen geändert werden, die Betroffenen müssten nur reichlich psychologisches Resilienztraining bekommen.

Ein entscheidendes Bindeglied zwischen Merkmalen von Situationen und dem individuellen Erleben, das diese bei betroffenen Personen auslösen, sind Grundannahmen. Das Selbst- und Weltverständnis, mit dem Menschen ihre Eindrücke, Erfahrungen, Pläne, Ziele, ihr Wissen, etc. ordnen und gliedern; Ronnie Janoff-Bulman (1992) macht deutlich, dass diese Grundannahmen das prägen, was Menschen als Normalität empfinden, was sie üblicherweise im Leben, von sich und anderen erwarten können. Als Kern von Traumatisierungen sieht sie eine ernsthafte Erschütterung solcher Grundannahmen, weil damit das ganze Selbst- und Weltverständnis ins Wanken geraten kann – und die daraus folgende Orientierungslosigkeit und Gefühle der Ausgeliefertheit und Hilflosigkeit unerträglich werden können.

Eine nähere Betrachtung dieser Grundannahmen und ihrer Funktionen kann sehr nützlich sein, um das erstaunlich breite Spektrum menschlicher Reaktionsweisen und Anpassungsfähigkeiten verstehbarer zu machen. Wir kennen viele Fälle, in denen Menschen extremste Erfahrungen relativ gut bewältigen konnten, andererseits können scheinbar kleinere Probleme zu völlig apathischen, traumatischen (Erlebens-)Zuständen führen. Bei einer Betrachtung dieses breiten Spektrums besteht immer die Gefahr eines inflationären Gebrauchs des Begriffs der *Traumatisierung*. Wenn Folteropfer aus brutalen Bürgerkriegen und gemobbte Schülerinnen auf dieselbe *Stufe* (traumatisierte Person) gestellt werden, dann wirkt das auf den ersten Blick äußerst seltsam. Es scheint allerdings so zu sein, dass auf der subjektiven Erlebensseite, aber auch durch phänomenologische Be-

trachtungen von außen, Menschen vor sehr unterschiedlichen (Erfahrungs-)Hintergründen in ähnliche Zustände geraten können. So kann beispielsweise Arbeitslosigkeit zu einer sozialen Traumatisierung führen (Barwinski-Fäh 1990). Warum? Wie kann das sein, vor allem, da in westlichen Sozialstaaten ja nicht die Gefahr besteht nur aufgrund von Arbeitslosigkeit zu verhungern oder allein deswegen sonst wie direkt physisch zugrunde zu gehen? Dass es keine allgemeingültigen objektiven Kriterien zur Beurteilung des Traumatisierungsgrades bestimmter Situationen und Zustände geben kann, ist klar. Aber diese erstaunlichen Unterschiede?

Wenn subjektive Grundannahmen und deren Erschütterung die jeweiligen Reaktionen prägen, dann müssen diese näher betrachtet werden. Möglicherweise passiert dabei etwas Vergleichbares wie bei Fahrenheit's Einführung der gleichnamigen Temperaturskala: er wählte die tiefste Temperatur, die er messen konnte, als Nullpunkt. Janoff-Bulman (1992) zeigt, dass die meisten Menschen zwar zur Kenntnis nehmen, dass verschiedene furchtbare Dinge passieren können und auch passieren, dass sie aber häufig die Wahrscheinlichkeit, selbst davon betroffen zu werden, systematisch unterschätzen. Damit dürfte die je subjektive *Belastungsskala* jeweils auf einen Nullpunkt *geeicht* sein, der je nach individuellen Lebensumständen und -erfahrungen gesetzt wird – und nicht nach dem Wissen darum, was darüber hinaus noch passieren könnte. Das könnte erklären, warum der gefühlte soziale Ausschluss, den manche Langzeitarbeitslose empfinden, einen ähnlichen subjektiven Schweregrad annehmen kann, wie die Angst vor Misshandlung und Vertreibung für die Bewohner von Bürgerkriegsgebieten.

Diese subjektiven Einschätzungen von Normalität, den Abweichungen davon und den möglichen/erwartbaren/überraschenden etc. Reaktionen darauf, können zu gravierenden (intra- und inter-) kulturellen Missverständnissen und Fehleinschätzungen führen. In Kombination mit zu engen Traumakonzeptionen entstehen teilweise wirklich groteske Situationen. So z.B. die Situation traumatisierter AsylwerberInnen in vielen europäischen Ländern: Traumatisierung wird häufig als krankheitswertig eingestuft, damit können die AsylwerberInnen – bei negativer Beurteilung des Asylantrags – nicht abgeschoben werden. Sie müssen zuerst *geheilt* werden, bevor sie abgeschoben werden dürfen. Für AsylwerberInnen kann damit die völlig absurde und quälende Situation eintreten, dass es *vorteilhaft* wäre traumatisiert zu sein – und eine Heilung würde sie zurück in die Bedingungen

werfen, die sie traumatisierten und zur Flucht trieben (vgl. Becker 2006). Ähnliche Missverständnisse – nur ohne direkte praktische Konsequenzen – zeigen sich immer wieder auch beim Blick in die eigene Geschichte. Es gibt offensichtlich die Tendenz, die je eigene, aktuelle Normalität sowohl in andere (auch Sub-) Gesellschaften der Gegenwart zu projizieren, als auch in die Geschichte der eigenen. So hat beispielsweise die Situation in Mitteleuropa während des 30-jährigen Krieges im 17. Jahrhundert einige Ähnlichkeiten mit der Situation im Afghanistan der Gegenwart. Fehlende oder viel zu schwache staatliche Strukturen, Clans und Warlords, die brutal herrschen und sich gegenseitig befehlen, eine Bevölkerung die vollkommen zum Spielball der Mächtigen wird, keinerlei verlässliches Sozial- oder Gesundheitswesen, etc.: Brutalität, Gewalt und Unberechenbarkeit als Normalzustand (vgl. Münkler 2002); Vor dem Hintergrund solcher Lebensumstände zeichnen sich völlig andere Bedingungen von Trauma ab. Was den einen Alltag ist bzw. war, wäre anderen Extremstress, weit hinter ihrem persönlichen Erfahrungshorizont.

Wie sieht es aber mit der Normalität in westlichen Gesellschaften aus?

»Manchmal scheint es, als ob mit jeder Stufe der Entwicklung der Gesellschaft zwar die unangenehmen Dinge vorausgegangener Entwicklungsstadien, nicht aber die daraus entstandenen Ängste beseitigt werden könnten. Andererseits bringt jede neue Entwicklungsstufe neue Ängste mit sich, die dann also zu den bestehenden noch hinzukommen. Diese neuen Ängste entstehen in einer kontinuierlichen Reihe, die parallel zu der stufenweisen Höherentwicklung der Gesellschaft verläuft; [...] Mit einem Wort: unser Lebensinhalt, worin immer er bestehen mag, ist zugleich die Quelle unserer durchdringendsten Ängste.« (Bettelheim 1995, 50)

In einer Gesellschaft, die z.B. (Erwerbs-)Arbeit hohe Bedeutung beimisst, muss sich dementsprechend Arbeitslosigkeit in einem Maß negativ auswirken, das weit über die *objektiven* Nachteile und Probleme hinausgeht. Sozioökonomische Probleme werden regelmäßig als Risikofaktor für einen ungünstigen Verlauf im Prozess von Traumatisierung und *Erholung* genannt. Atypische und prekäre Beschäftigungsverhältnisse nehmen zu, working poor sind in westlichen Gesellschaften

ten eine größer werdende Personengruppe. Ungewissheiten und Risiken – aber auch Chancen – nehmen zu, die Planbarkeiten für das eigene Leben nehmen ab. Möglicherweise werden wir in den nächsten Jahren auch das Auftauchen prätraumatischer Belastungsstörungen erleben: schlimme Ereignisse werden mit großer Wahrscheinlichkeit erwartet, der Zeitpunkt des Eintreten ist aber unbekannt. Wenn Bettelheims These (1995) auch nur in Ansätzen zutrifft, dann müssen wir darüber hinaus erwarten, dass Vulnerabilitäten und Gefährdungen der emotionalen/psychischen Gesundheit (wie auch immer sie im Einzelfall konkret definiert wird) weiter zunehmen werden.

Der Umgang mit Traumatisierung und traumatisierten Person spiegelt das wider: die psychosozialen Unterstützungs- und Betreuungsangebote wurden vor allem seit den 1990er-Jahren kontinuierlich ausgebaut. Es ist kaum möglich festzustellen, ob davor der entsprechende Bedarf drastisch unterschätzt bzw. nicht gesehen wurde, oder ob er weniger bestand. Wahrscheinlich – wie in einigen anderen Bereichen auch – eine Mischung aus zugenommenem Bedarf und gesteigerter Aufmerksamkeit.

Bei diesen neueren psychosozialen Angeboten fällt allerdings auf, dass der implizite Schwerpunkt doch eher auf *psycho* liegt. Menschen, bei denen das Unglück plötzlich und überraschend in ihre wohlgeordneten *Mittelschichtsnormalitäten* einbricht: Unfälle, Naturkatastrophen, zufälliges Opfer von Gewalt, etc.; Das Leben davor verlief normal, nach dem Zwischenfall kann mit vergleichsweise wenig Unterstützung viel erreicht werden. Diese Fälle zeichnen sich durch ihre relative Einfachheit aus, da die Symptomlagen und Probleme relativ klar einem einzelnen, ungewöhnlichen Ereignis zugeordnet werden können. Gesellschaftliche und sonstige Hintergründe und Verstrickungen spielen kaum eine Rolle. Völlig unwichtig sind sie allerdings fast nie, da allgemeine Entwicklungen fast immer auch die Entstehung der traumatischen Situation mit beeinflusst haben. Z.B. haben die Auswirkungen von Erdbeben immer auch mit Bevölkerungs- und Bebauungsdichte, Bauvorschriften, etc. zu tun; durch den Massentourismus befinden sich heute viel mehr Menschen in lawinengefährdeten Gebieten als vor 70 Jahren; mehr Straßenverkehr führt tendenziell auch zu mehr Verkehrsunfällen; etc.

Wenn es dagegen um chronische, komplexe, sequentielle oder schwer erkennbare Formen und Varianten von Traumatisierung geht, dann wird es mehr

brauchen als *psychologische Erste Hilfe*, dann muss das *sozial* in psychosozial stärker betont werden. Und zwar nicht nur im Sinne von sozioökonomischer Unterstützung, sondern auch in einer Beschäftigung mit politischen und auch wirtschaftlichen Hintergründen und Wechselwirkungen, kurz: die gesellschaftliche Dimension des Geschehens muss eine Rolle spielen. In komplexen Traumatisierungssituationen sind strukturelle Bedingungen fast immer bedeutsam. Diese Verstrickungen ernsthaft ins Auge zu fassen ist aber meist schwierig (weil komplex und vielschichtig), unangenehm (unliebsame Tatsachen könnten bemerkt werden), frustrierend (weil sich diese Bedingungen und Umstände nicht einfach und schnell ändern lassen), vielleicht sogar gefährlich (Kritik an Zuständen betrifft immer auch mehr oder weniger konkrete Personen als Verantwortliche – und diese könnten unter Umständen heftig reagieren). Eine ernsthafte Beschäftigung mit Traumatisierungen (und vielen anderen psychischen Problemlagen), eine Psychologie, die an einer nachhaltigen Verbesserung menschlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen interessiert ist, wird nicht umhin kommen, sich diesem Mühsal auszusetzen. Es sei an dieser Stelle auf die Ethikrichtlinie des Österreichischen Psychologenbeirates (1995) verwiesen, in welcher es bei den allgemeinen Grundsätzen unter anderem heißt: »Die psychologische Tätigkeit versteht sich nicht als einseitige Anpassung des Individuums an die Gesellschaft«.

Schlussfolgerungen

Sprache schafft Wirklichkeit und die *Wirklichkeiten* von Traumatisierungen sind sehr heterogen und vielfältig. Die gegenwärtig *offiziell* verfügbaren diagnostischen Begrifflichkeiten erlauben zwar eine gewisse Vielfalt, diese scheint aber nicht ausreichend zu sein. Die Chancen stehen gut, dass, in den für die nächsten Jahre zu erwartenden Neuauflagen von DSM und ICD, eine adäquatere Terminologie, vielleicht sogar Taxonomie zu Traumata und Traumatisierungen zur Verfügung stehen wird. Bis dahin – und wahrscheinlich trotzdem auch darüber hinaus – wird es eine gewisse Herausforderung bleiben, den (subjektiven) Wirklichkeiten sprachlich gerecht zu werden.

Traumatisierungen passieren immer in Kontexten, sowohl zeitlich (prä, peri, post) als auch strukturell. Oft scheinen bis heute viele Betroffene nicht die Art von Betreuung und Unterstützung zu erfahren, die ihren häufig komplexen Problem- und Lebenslagen gerecht würde. Um hier Besseres leisten zu können,

wird es einen (neuerlichen) Perspektivenwechsel weg von Symptombildern und hin zu Lebenslagen, kulturellen und sozialen Kontexten brauchen.

Neuere Forschungen befassen sich zunehmend mit Resilienz und posttraumatic growth. Diese salutogenetischen Perspektiven haben sicher großes Potential, Betroffene zu fördern, zu unterstützen und auch Prävention zu leisten. Sie bergen aber auch die Gefahr, wieder dem *Individualisierungstrick* zu verfallen: nur beim Individuum und seinen Copingstrategien anzusetzen und Hintergründe, Einbettungen, Kontexte und Lebensumstände zu vernachlässigen. Umfassende Prävention muss aber genau das leisten, was allerdings – wie oben näher erläutert – oft schwierig, langwierig und auch frustrierend ist bzw. sein kann. Eine gesellschaftliche und auch politische Komponente darf in einer umfassenden *Traumaarbeit* nicht fehlen, auch wenn damit die Grenzen des (oft zu eng verstandenen) Psychofeldes immer wieder überschritten werden müssen.

Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bar-On, Dan (1999): Kriegstrauma als soziales Phänomen. In Elisabeth Bronfen, Birgit R. Erdle & Sigrid Weigel (Hg.), Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellen Deutungsmustern (77-94). Köln/Weimar/Wien: Böhlau.
- Barwinski-Fäh, Rosmarie (1990): Die seelische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit. Eine qualitative Längsschnittstudie mit älteren Arbeitlosen. München: Profil-Verlag.
- Becker, David (2006): Die Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten. Berlin: Edition Freitag.
- Bettelheim, Bruno (1995): Aufstand gegen die Masse. Die Chance des Individuums in der modernen Gesellschaft. Frankfurt/Main: Fischer.
- Bühler, Karl-Ernst & Gerhard Heim (2005): Die Konzeption des »Unterbewussten« und des psychischen Automatismus bei Pierre Janet. In Michael Buchholz & Günter Götde (Hg.), Macht und Dynamik des Unbewussten. Auseinandersetzungen in Philosophie, Medizin und Psychoanalyse. Band I (296-320). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Didi-Hubermann, Georges (1997): Erfindung der Hysterie: die photographische Klinik von Jean-Martin Charcot. München: Fink.

- Fallend, Karl (2001): NS-Zwangsarbeit: Der Standort Linz der »Reichswerke Hermann Göring AG Berlin« 1938-1945. Band 2: ZwangsarbeiterInnen: (Auto-)Biographische Einsichten. Wien: Böhlau.
- Fechner, Gustav-Theodor (1860): Elemente der Psychophysik. Erster Theil. Leipzig: Verlag von Breitkopf und Härtel.
- Fischer, Gottfried & Peter Riedesser (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fleck, Ludwik (1935): Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Basel: Schwabe.
- Foucault, Michel (1988): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt am Main: Fischer.
- Frankl, Viktor E. (2005): ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. München: dtv.
- Gergen, Kenneth (2009): An Invitation to Social Construction. Los Angeles: Sage.
- Herman, Judith (2001): Trauma and Recovery. From domestic abuse to political terror. London: Pandora.
- Homer (2004): Ilias und Odyssee. Übersetzt von Johann Heinrich Voß. Essen: Magnus Verlag.
- Janoff-Bulman, Ronnie (1992): Shattered Assumptions. Towards a new Psychology of Trauma. New York: The Free Press.
- Kuhn, Thomas S. (1962): The Structure of Scientific Revolutions. Chicago: University of Chicago Press.
- Lück, Helmut E. (2011): Geschichte der Psychologie. Strömungen, Schulen, Entwicklungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Münkler, Herfried (2002): Die neuen Kriege. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- ORF.AT (2009): Zweiter Bub nach Blitzschlag gestorben. URL: <http://salzburg.orf.at/stories/361828/> Erstellungsdatum: 13.05.2009, letztes Abrufdatum: 07.07.2011.
- Österreichischer Psychologenbeirat (1995): Ethikrichtlinie für klinische Psychologinnen und klinische Psychologen sowie für Gesundheitspsychologinnen und Gesundheitspsychologen. Online z.B. URL: http://www.psychologenforum.at/pdf/EthikRL_Psy.pdf letztes Abrufdatum: 07.07.2011.

Shay, Jonathan (1998): Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust. Hamburg: Hamburger Edition.

Autorenhinweis

Michael J. Lindenthal

Als Psychologe Projektmitarbeiter und Lehrbeauftragter am Institut für Psychologie der Universität Innsbruck.

E-Mail: Michael.Lindenthal@uibk.ac.at