

# **Behinderte in der Sicht verschiedener Kulturen**

---

Gisela Trommsdorff

# Behinderte in der Sicht verschiedener Kulturen

Von Gisela Trommsdorff

## I. Einführung

### 1. Fragestellung

Wenn wir einen jungen Mann mit Sonnenbrille in die überfüllte Schnellbahn einsteigen sehen und beobachten, daß er andere Passagiere anstößt, während er sich einen Sitzplatz sucht, könnten wir zunächst auf den Gedanken kommen, daß dies ein Playboy und rüpelhafter Halbstarker ist, der sich rücksichtslos einen Platz erobert und dem man besser aus dem Wege gehen sollte. Vielleicht teilt uns jedoch später ein Bekannter mit, daß er diesen jungen Mann kenne: er sei seit seiner Geburt blind. Sofort werden wir vermutlich unsere Meinung über den jungen Mann und sein Verhalten ändern. Wenn wir könnten, würden wir ihm vermutlich unseren eigenen Platz anbieten; vielleicht würden wir uns auch Vorwürfe machen, ihn so falsch wahrgenommen und beurteilt zu haben. Nehmen wir schließlich an, daß uns ein Bekannter mitteilt, er kenne diesen jungen Mann seit langem: vor ein paar Jahren habe er nachts betrunken einen Verkehrsunfall mit seinem Motorrad verursacht, bei dem der Fahrer des entgegenkommenden Motorrads tödlich verunglückt sei, während der junge Mann selbst sein Augenlicht verloren habe. Diese Information werden wir vermutlich ganz anders verarbeiten als die Mitteilung, der junge Mann sei seit seiner Geburt blind. Der erste Eindruck, daß dies ein rüpelhafter Halbstarker sein müßte, wird durch diese Information verstärkt; die Information über die Ursache seiner Behinderung veranlaßt uns vermutlich weniger zu Mitleid, Selbstvorwürfen und Hilfsbereitschaft als vielmehr zu größerer Ablehnung dieses Behinderten.

Ob ein Behinderter überhaupt von anderen als Behinderter erkannt wird, ob und wie seine Behinderung klassifiziert und eingeordnet wird, wie der Behinderte bewertet wird, und wie sich andere ihm gegenüber verhalten, hängt offenbar davon ab, welche Informationen bei der Wahrnehmung dieser Person aufgenommen und wie diese verarbeitet werden. Hierbei werden Besonderheiten der Situation und der sozialen und kulturellen Bedingungen, in denen sich der Wahrnehmungsvorgang abspielt, wirksam. Eine Klärung der kulturellen Bedingungen bei der Wahrnehmung von Behinderten dürfte dazu beitragen, pädagogische Probleme der Beratung und der Erziehung von Behinderten zu beleuchten und konstruktiv anzugehen.

## 2. Theoretischer Rahmen

Aus der Forschung zur Eindrucksbildung und Personenwahrnehmung ist bekannt, daß ein und dasselbe soziale Objekt keineswegs von verschiedenen Personen in gleicher Weise wahrgenommen und beurteilt werden muß (vgl. Asch, 1946). Vielmehr gilt allgemein, daß unsere Wahrnehmung durch gelernte Schemata reguliert wird. Was immer wir wahrnehmen, können wir nur erkennen, indem wir bestimmte Schemata anwenden, die uns erlauben, die Vielfalt der Welt, die auf uns einwirkt, nach bestimmten Gesichtspunkten zu ordnen. Im Wahrnehmungsprozeß werden selektiv aufgenommene Informationen bestimmten Konzepten und sozialen Kategorien zugeordnet, deren Richtigkeit durch soziale Vergleichsprozesse definiert wird. Diese Definitionen beruhen auf Ordnungsgesichtspunkten, die von der sozialen Gruppe, in der wir leben, geteilt werden, und die Bewertungen für die verwendete soziale Kategorie sowie deren Einbettung in übergeordnete Deutungsmuster regeln. Diese wahrnehmungslenkenden kognitiv-motivationalen Schemata sind zwar individuell verschieden ausgeprägt, sie sind jedoch aufgrund von kulturspezifischen Sozialisationserfahrungen mehr oder weniger eng verknüpft mit sozial geteilten Sichtweisen und allgemeinen kulturellen Deutungsmustern (Hamilton, 1981).

Insbesondere sind Prozesse der sozialen Kategorisierung bei der Informationsverarbeitung grundlegend für den weiteren Ablauf der sozialen Wahrnehmung und der sozialen Interaktion. Dabei werden Unterschiede zwischen verschiedenen Kategorien akzentuiert und Unterschiede innerhalb einer sozialen Kategorie unterschätzt (Tajfel, 1975; Lilli, 1982). Soziale Kategorien sind mit sozialen Werten verknüpft; je wichtiger der mit einer Kategorie verbundene Wert, desto wahrscheinlicher sind Urteilsverzerrungen, und desto klarer und eindeutiger wird das Kategoriensystem (Tajfel, 1975). Die Urteilsverzerrungen, z. B. soziale Stereotype, dienen der Aufrechterhaltung des Wertsystems. Soziale Kategorien, die von einer Vielzahl von Personen geteilt werden, werden zu sozialen Stereotypen.

Für das Individuum bestehen Funktionen der sozialen Kategorisierung in der kognitiven Strukturierung der Umwelt, der Erhaltung des Wertsystems, dem Aufbau und der Stabilität der sozialen Realität. Für die soziale Gruppe bestehen Funktionen der Stereotypisierung in der Stabilisierung der die Gruppe einigenden Ideologien, die zur Erklärung der Welt dienen, sowie in der Bewahrung einer positiven sozialen Identität in Abgrenzung von anderen Gruppen (Tajfel, 1982).

In seiner Theorie der sozialen Realität (vgl. Tajfel & Turner, 1979; Mummendey, 1985) entwickelte Tajfel spezifische Annahmen über Bedingungen und Zusammenhänge der sozialen Kategorisierung und damit verbundenen psychologischen Prozessen der sozialen Identität, sozialen Vergleiche und sozialen Distinktheit. Seine Grundannahme ist, daß Mitglieder von Gruppen in ihrem Handeln immer von den Eigenschaften des sozialen Kontextes ihrer Gruppe im Verhältnis zu anderen Gruppen bestimmt sind, auch wenn der Gruppenkontext je nach Situation unterschiedlich verhaltensrelevant sein kann. Diese Annahme impliziert u. a., daß bei der sozialen Wahrnehmung soziale Kategorien wirksam werden können, die dazu dienen, eine positive soziale Identität in Abgrenzung zu anderen Gruppen herzustellen. Diese Annahme impliziert auch, daß in einer sozialen Gruppe bestimmte Deutungsmuster – also auch Erklärungen von Phäno-

menen – bevorzugt werden, die sich zur Erhaltung der Gruppe und ihres Wertsystems bewährt haben, und die die Grundlage für die individuellen Deutungsmuster bei der sozialen Wahrnehmung darstellen.

Diese Annahme liegt im wesentlichen auch der Theorie der sozialen Repräsentation (Moscovici, 1984) zugrunde, nach der individuelle Wahrnehmungsprozesse auf kollektiven Repräsentationen der sozialen Realität beruhen, also auf Überzeugungen, die von den meisten Angehörigen einer Kultur geteilt werden (vgl. Jaspars & Fraser, 1984).

Wenn man diese Annahmen akzeptiert, so ist unvermeidbar, Besonderheiten der sozialen Wahrnehmung unter kulturvergleichender Perspektive zu untersuchen. Kulturvergleiche sind darüber hinaus sowieso von Wichtigkeit, weil sie dazu dienen können, die Universalität angenommener Gesetzmäßigkeiten in verschiedenen Kulturen zu prüfen. Das ist vor allem darum wichtig, weil uns vorliegende Theorien meistens im westlichen Kulturkreis entwickelt und geprüft werden. Durch systematische Kulturvergleiche ließe sich die in unserem Kulturkreis gegebene Varianz erheblich erweitern, und theoretische Ansätze könnten unter quasi-experimentellen Bedingungen geprüft werden – methodische Vorteile, die die Gültigkeit empirischer Tests und die ökologische Validität der methodischen Verfahren verbessern können (Trommsdorff, 1978; 1979).

Kulturvergleiche der Wahrnehmung Behinderter sind auch darüber hinaus bedeutsam, weil durch sie genauere Kenntnisse über die Wirkung kultureller Faktoren auf die Konzeptualisierung, Kategorisierung, Bewertung, Deutungsmuster und Behandlung Behinderter gewonnen werden können. Im folgenden wird zwar kein systematischer Kulturvergleich zur Wahrnehmung Behinderter durchgeführt werden können, weil dies aufgrund der bisherigen Forschung noch nicht möglich ist. Aber es soll versucht werden, vorliegende empirische Untersuchungen zur Wahrnehmung Behinderter in verschiedenen Kulturen in ein theoretisches Gerüst einzuordnen, das universelle Prinzipien der sozialen Wahrnehmung voraussetzt. Damit soll zum einen der Versuch gemacht werden, Erklärungsansätze für Probleme Behinderter in unseren und anderen Kulturen zu liefern; zum anderen sollen einige Grundlagen dargelegt werden, von denen aus kulturangepasste und damit auch wirksamere Programme für Beratung und Erziehung von Behinderten sowie ihrer sozialen Umwelt entwickelt werden könnten.

### a) Kulturkonzept

Kultur soll hier verstanden werden als die für eine Gesellschaft oder soziale Gruppe wichtigen erfahrungsbedingten Deutungsmuster, auf deren Grundlage einzelne Mitglieder sowie soziale Institutionen dieser Gruppe handeln, d. h. Ziele setzen und Schritte zur Realisierung dieser Ziele planen und durchführen. Kultur umfaßt damit Wertorientierungen und handlungsrelevante Überzeugungen, aufgrund derer die Gesellschaft oder soziale Gruppe strukturiert ist und die einzelnen Mitglieder untereinander interagieren, d. h. auch sich selbst und ihre physikalische und soziale Umwelt wahrnehmen, beurteilen und sich entsprechend verhalten.

Für die empirische Forschung stellt sich das Problem, geeignete Indikatoren für die kulturellen Merkmale einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe zu entwickeln. In einer Gesellschaft mag die Religion als Indikator für die hier relevante Kultur ausreichen, in einer

anderen Gesellschaft liefern vielleicht Rituale und Erziehungstheorien Aufschluß über dortige kulturelle Besonderheiten.

Bei unserer Definition von Kultur ist anzunehmen, daß die individuell bevorzugten Wahrnehmungen und Urteile über bestimmte soziale Objekte auf den kulturspezifischen Deutungsmustern beruhen, also daß individuelle Wahrnehmungsprozesse durch kollektive Repräsentationen der sozialen Realität bestimmt werden (vgl. Jaspars & Fraser, 1984).

Solche Deutungsmuster müssen nicht stabil sein, sondern können selbst von vielfältigen externen und internen Faktoren beeinflusst werden, z. B. wenn sie sich angesichts einer geänderten Umwelt und damit veränderten Anforderungen an die soziale Gruppe nicht mehr bewähren. Wenngleich also eine wechselseitige Beziehung zwischen Kultur und sozialer Wahrnehmung angenommen werden muß, kann hier nur die eine Seite der kulturspezifischen Ausprägung der sozialen Wahrnehmung von Behinderten behandelt werden; auf eine historische Analyse muß hier verzichtet werden.

### *b) Behinderung und deren Wahrnehmung*

Im folgenden soll Behinderung als ein Merkmal einer Person verstanden werden, mit dem physische und/oder psychische Bedingungen für Störungen in der Interaktion zwischen Person und Umwelt verbunden sind. Die durch die Behinderung gegebenen Funktionseinschränkungen oder -verluste der Person können durch entsprechende Maßnahmen so beeinflusst werden, daß die potentiellen Störungen für die behinderte Person in ihrer Interaktion mit der Umwelt eher reduziert oder verstärkt werden.

Die Aufnahme und Verarbeitung von Informationen über Ausmaß und Art der Störung bestimmen Verlauf und Ergebnis der Wahrnehmung von Behinderung. Daher braucht eine „objektiv“ gegebene Behinderung, die nicht als Störung der Interaktion von Person und Umwelt erlebt wird, im Wahrnehmungsprozeß auch nicht als Behinderung klassifiziert zu werden.

Ob Personen oder Personengruppen als behindert wahrgenommen werden, hängt zum einen davon ab, ob sie solche Merkmale aufweisen, die in der betreffenden sozialen Gruppe oder Kultur als Symptome der (geistigen oder körperlichen) Behinderung im Sinne von Funktionseinschränkung oder -verlust für die Person-Umwelt-Interaktion definiert werden. Es muß also ein gewisser sozialer Konsens hinsichtlich der Kategorisierung der beobachteten Merkmale bestehen. Zum anderen hängt die Wahrnehmung der Behinderung davon ab, welche Erfahrungen und darauf beruhenden Deutungsmuster, Überzeugungen und Einstellungen der Beobachter mitbringt; entsprechend werden Informationen selektiert und interpretiert und schließlich verhaltenswirksam.

### *c) Kultur und Behinderung*

In der Literatur stehen sich zwei Ansätze zum Zusammenhang von Kultur und Behinderung gegenüber. Der universalistische Ansatz geht davon aus, daß kulturübergreifende Gesetzmäßigkeiten der Entstehung und Behandlung von Behinderung bestehen.

Der relativistische Ansatz hingegen geht davon aus, daß Behinderung nur ein Merkmal kultureller Besonderheiten und ein Ergebnis kulturspezifischer Etikettierung ist.

Im folgenden nehmen wir an, daß die Wahrnehmung von Behinderung universellen Gesetzmäßigkeiten der sozialen Wahrnehmung folgt – auch wenn diese im einzelnen noch nicht theoretisch geklärt und empirisch abgesichert sind –, daß aber kulturelle Wertsysteme und Deutungsmuster den Inhalt der Wahrnehmung und das Ergebnis des Wahrnehmungsprozesses bestimmen. So bestehen kulturspezifische Erwartungen über den Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung sowie Werte hinsichtlich der idealen Persönlichkeit. Abweichungen von diesen Erwartungen und Werten werden je nach kulturellen Deutungsmustern konzeptualisiert, erklärt und bewertet. Ähnlich wie White & Marsella (1982) gehen wir davon aus, daß kulturspezifisches Wissen über Behinderung eingebettet ist in ein konzeptuelles Universum von Annahmen über die Natur des Menschen und sein Sozialverhalten.

## **II. Soziale Wahrnehmung von Behinderten in verschiedenen Kulturen**

### **1. Konzeptualisierung und soziale Kategorisierung von Behinderung**

Mit der Konzeptualisierung und Kategorisierung von Informationen als „Behinderung“ – einem grundlegenden Vorgang der Wahrnehmung – sind Diagnose, Erklärung, Bewertung sowie Verhalten dem Behinderten gegenüber verbunden. Wenn keine Symptome der Behinderung – also keine Hinweise auf Störungen der Person-Umwelt-Interaktion wahrgenommen werden, oder wenn kein Wissen oder keine Konzepte für die Einordnung von Informationen als Indikator für Behinderung vorhanden sind, wird eine „objektiv“ vorhandene Behinderung nicht als solche wahrgenommen.

#### *a) Auftreten von Behinderung: Häufigkeit und Nähe*

Die Auftretenswahrscheinlichkeit von bestimmten Behinderungsarten ist kulturspezifisch verschieden. Bestimmte Krankheiten treten zwar bei uns, nicht aber in anderen Kulturen auf, wie z. B. die cystische Fibrose, die bei uns bis vor einiger Zeit im Kindesalter zum Tod führte, in asiatischen oder bei schwarzen Völkern jedoch gar nicht bekannt ist. Einige Behinderungsarten treten regional in unterschiedlichem Ausmaß auf, wie Lähmung, Verkrüppelung oder Blindheit; diese Behinderungen sind besonders in Ländern bekannt, in denen aufgrund mangelnder Gesundheitsversorgung und Ernährung oder aufgrund von Unwetterkatastrophen häufig Seuchen ausbrechen, unter denen große Teile der Bevölkerung leiden. Die Wahrnehmung dieser Art von Behinderung gehört in diesen Kulturen zum normalen Alltag und vermittelt dem Einzelnen die Erwartung, auch selbst einmal davon betroffen werden zu können. Dies vermindert vermutlich eine strenge soziale Kategorisierung von Behinderung bzw. die damit verbundene Abgrenzung darauf bezogener sozialer Identität.

Behinderungsarten dürften zwar (objektiv richtig) klassifiziert werden, aber es ist fraglich, ob unter der Bedingung massenhaften Auftretens solcher Behinderungen dasselbe

Phänomen in gleicher Weise als Störung der Person-Umwelt-Interaktion klassifiziert und bewertet wird wie in unserer Kultur, in der eine solche Behinderung viel seltener in Erscheinung tritt.

Weiter wirken sich vermutlich Erfahrungsnähe und -intensität mit Behinderten auf die Konzeptualisierung und Kategorisierung aus. In vielen Teilen Afrikas, Südamerikas und Südostasiens halten sich Menschen weniger in ihren Hütten und Häusern auf sondern leben draußen, wo sie in ständiger Interaktion mit Nachbarn und Dorfbewohnern sind. Die Wahrnehmung von Behinderung ist dort in Alltagserfahrungen der individuellen Interaktion mit Behinderten integriert. Bei uns hingegen werden Behinderte eher isoliert; sie treten als Personen seltener in Erscheinung. Konzepte über Behinderung bleiben bei uns daher relativ erfahrungsfern, abstrakt und global; sie beruhen vielfach auf medienvermittelter, unpersönlicher Kommunikation. Damit besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, daß bei uns das Konzept des Behinderten als soziale Kategorie wirksam ist, das kollektive Deutungsmuster und Probleme der positiven sozialen Identitätsabgrenzung zum Tragen bringt.

#### *b) Kulturelle Verankerung von Indikatoren für Behinderung*

Auch wenn „objektiv“ eine Behinderung besteht bzw. gemäß „objektiven“ Kriterien solchermaßen klassifiziert werden müßte, braucht diese Klassifikation von der sozialen Umwelt keineswegs geteilt bzw. die Behinderung nicht erkannt zu werden. Dies ist auch der Fall, wenn sie entsprechende Funktionsstörungen nicht registriert, z. B. weil standardisierte Kriterien fehlen. Wenn Kinder nicht systematisch geschult werden, fallen evtl. bestehende Lernschwierigkeiten (bzw. mangelnder Lernzuwachs) kaum auf. Dies trifft für viele Entwicklungsländer zu, in denen keine ausreichende Schulversorgung besteht.

Umgekehrt werden in unserer Kultur bestimmte Phänomene nicht als Behinderung im Sinne der Störung von sozial erwünschten Person-Umwelt-Interaktionen wahrgenommen: so die Kinderlosigkeit eines Ehepaares; diese gilt jedoch in einigen afrikanischen Kulturen als Zeichen von Behinderung (White, 1983).

Offenbar ist das „objektive“ Auftreten eines bestimmten Merkmals (bzw. sein Nichtauftreten) kein universeller Indikator für Behinderung. Um das Auftreten eines Merkmals (bzw. dessen Nichtauftreten) als Indikator für Behinderung wahrzunehmen, müssen weitere Bedingungen erfüllt sein: dieses Merkmal muß gemäß gemeinsamen kulturellen Überzeugungen als valider Indikator gelten. Im westlichen Kulturkreis werden Indikatoren bevorzugt, die an Kriterien der wissenschaftlichen Überprüfbarkeit und Rationalität orientiert sind. In traditionellen Kulturen wurzeln die entsprechenden Indikatoren in überlieferten Mythen und religiösen Überzeugungen. Oftmals werden sie so operationalisiert, daß sie grundsätzlich von jedem überprüft und angewendet werden können. So wird in manchen afrikanischen Kulturen Behinderung aufgrund visuell wahrnehmbarer Störungen oder Fehlentwicklungen konzeptualisiert. Sprachstörungen gelten nur dann als Körperbehinderung, wenn eine Deformation der Zunge zu beobachten ist (White, 1983).

Indikatoren für soziale Phänomene müssen reliabel und valide sein. Dies gilt auch für Indikatoren für Behinderung. Welche Indikatoren bei der Wahrnehmung von Behinde-

rung reliabel und valide und damit als verlässlich erscheinen, hängt offenbar von kulturellen Überzeugungen und Deutungsmustern ab.

#### *c) Wissen über Behinderung*

Ohne einen entsprechenden Wissensstand können Merkmale, die „objektiv“ als Zeichen von Behinderung gelten würden, von Laien nicht entsprechend konzeptualisiert werden. Damit wird eine rechtzeitige Diagnose von Behinderung verhindert. Bestimmte Behinderungsarten erweisen sich im Frühstadium noch nicht als störend. Bei rechtzeitiger Erkennung und Behandlung könnte jedoch eine ernsthafte, dauerhafte Behinderung verhindert werden. In Gesellschaften mit unzureichender Gesundheitsversorgung und geringer allgemeiner Schulbildung ist die Früherkennung und rechtzeitige Behandlung von Behinderung weniger möglich als in Industriegesellschaften.

Nun könnte man annehmen, daß Expertenwissen den kulturellen Einflüssen auf die Wahrnehmung von Behinderung entgegenwirkt und diese neutralisiert. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein, wenn man einmal die Untersuchungen zum Vergleich von Experten und Nichtexperten in bezug auf die Wahrnehmung von Behinderten vergleicht. So konnten Masendorf & Sato (1984) beim Vergleich der Bundesrepublik mit Japan für Experten der Heilpädagogik sowie für Nichtexperten ähnliche semantisch-konnotative Strukturen bei der Beurteilung verschiedener Behinderungsarten (Lernbehinderung, Körperbehinderung, Sprachbehinderung etc.) feststellen. (In einer früheren Untersuchung konnte Masendorf, 1983, für verschiedene europäische Länder ein sehr ähnliches semantisches Ordnungsmuster nachweisen.) Experten und Laien in der Bundesrepublik und in den USA hatten ebenfalls ähnliche Vorstellungen von geistiger Behinderung (Townsend, 1978). Ja, hier waren sich Experten und Laien einer Nation sogar ähnlicher als Experten verschiedener Nationen. Auch Koutrelakos und Gedeon (1978) wiesen beim Vergleich griechischer und nordamerikanischer Experten und Laien ähnliche Wahrnehmungsmuster für Behinderung nach. Aus diesen Befunden läßt sich schließen, daß kulturelle Wertorientierungen stärker als Professionalisierung auf die Wahrnehmung von Behinderung einwirken.

#### *d) Bedeutung und Bewertung von Behinderung*

Die Einordnung von wahrgenommenen Merkmalen der Behinderung in die entsprechende soziale Kategorie wird immer verknüpft mit Wertungen. Objektiv gleiche Informationen über bestimmte Behinderungsarten können daher je nach kulturspezifischer Verknüpfung mit den relevanten Werthaltungen ganz unterschiedlich kategorisiert werden.

In der einen Kultur wird z. B. eine Wachstumsschwäche als Störung in der körperlichen Entwicklung negativ bewertet; in einer anderen Kultur wird dies als eine angenehme Verlängerung der Kindheitsphase gedeutet; oder die Bedeutung bleibt ambivalent, weil der Behinderte wie ein Erwachsener sprechen kann, aber noch wie ein Kind aussieht.

Für die Kategorisierung von Behinderung werden solche kulturspezifischen Indikatoren verwendet, die mit allgemeinen bewertenden Überzeugungen zusammenhängen,

was in der betreffenden Gesellschaft als störend erlebt wird bzw. was die vorherrschenden Wertvorstellungen und Überzeugungen über die Natur des Menschen und sein Sozialverhalten verletzt. So werden in einigen Kulturen Störungen der sozialen Gemeinschaft als Indikator für Behinderung wahrgenommen und entsprechend negativ bewertet.

Gemäß hinduistischer Tradition ist für den einzelnen in Bali sein genauer Platz in der Familie, im Dorf und der weiteren Gesellschaft festgelegt. Harmonische Beziehungen innerhalb der Gruppe unter strenger Einhaltung genauer Verhaltensvorschriften im Dienst an den Göttern und damit im Dienst an der Gemeinschaft regeln das Zusammenleben. Interpersonale Konflikte oder aggressive Auseinandersetzungen sind ungewöhnlich und werden als außerordentlich störend und bedrohlich erlebt. Tugby et al. (1976) befragten balinesische Dorfbewohner, wann sie eine Person als geistig krank bezeichnen würden. Die Mehrheit der Befragten verwendete dieses Konzept, wenn eine Störung der Gemeinschaft und ein als bedrohlich erlebtes Verhalten aufgetreten waren. Weiter zeigte sich, daß für verschiedene Personengruppen (für Frauen, Männer, Alte und Junge) eigene Indikatoren verwendet wurden, die der Stellung dieser Personen in der sehr differenzierten Sozialstruktur mit ihren definierten Rechten und Pflichten entsprachen.

In eindeutig und differenziert gegliederten Gesellschaften mit hoher Bewertung der sozialen Harmonie wird Behinderung als Störung der Gemeinschaft wahrgenommen. Auch Ergebnisse der Untersuchung von Westermeyer & Wintrob (1979a) an einer laotischen Bevölkerungsgruppe belegen diese Hypothese. Geisteskrankheit („baa“) wird diagnostiziert, wenn die betreffende Person destruktives Verhalten zeigt, ohne selbst provoziert zu werden; wenn sie in sozialer Isolation lebt; wenn sie die Befriedigung vitaler Bedürfnisse vernachlässigt und verwarhlost; wenn sie sozial unangemessenes Verhalten zeigt (das braucht nicht aggressiv zu sein) oder wenn sie nicht produktiv arbeitet. Diese Indikatoren beschreiben Merkmale, die für die soziale Gruppe, in der die als behindert wahrgenommene Person lebt, in verschiedener Hinsicht dysfunktional bzw. ernsthaft störend sind und die entsprechend negativ bewertet werden.

Behinderung kann jedoch auch so kategorisiert werden, daß ihr keine besondere Bedeutung als destruktives Phänomen zukommt und die damit verbundene negative Bewertung ausbleibt.

Bei einer kleinen ethnischen Gruppe von 520 000 Mitgliedern, den Tamang in Nepal, wird geistige Behinderung als unzureichende Intelligenz bzw. unzureichende Anpassung an die Anforderungen der Gruppe gedeutet. Insbesondere werden Sprachdefekte als zentrale Anpassungsprobleme und als Zeichen von allgemeiner Behinderung wahrgenommen. Behinderte haben zwar nur beschränkten Zugang zu sozial verantwortungsvollen Positionen und erreichen keinen hohen Status (Peters, 1980); aber Behinderung wird auch nicht als ein besonderes soziales Phänomen wahrgenommen, da sie wie alle physischen, geistigen, sozialen und wirtschaftlichen Störungen immer wieder auftritt. Behinderung gilt als eine Klasse von „normalen“ Störungen, die von Schamanen behandelt wird, ohne daß jedoch die Erwartung einer völligen Heilung besteht (Peters, 1978).

Je nach kulturellen Werthaltungen werden bei der Wahrnehmung von Behinderung nur einzelne Merkmale aus dem Gesamtkomplex hervorgehoben und andere Merkma-

le werden vernachlässigt. So ignoriert der Xhosa-Stamm in Südafrika kognitive Störungen, akzentuiert hingegen affektive und konnative Störungen des Behinderten (vgl. Cheetham & Cheetham, 1976).

Die selektiv akzentuierten Einzelmerkmale des Gesamtphenomens der Behinderung dienen dann als Indikator für Behinderung. Mangelnde Differenzierung bei der Wahrnehmung von Behinderung oder Akzentuierung selektierter Einzelmerkmale heißt jedoch keineswegs, daß nur diese und keine anderen Behinderungsarten in der betreffenden Kultur vorkommen. Vielmehr weisen solche Kulturspezifika bei der Kategorisierung von Behinderung und der Differenzierung dieser Kategorie auf den Einfluß kultureller Werthaltungen hin, die die Aufmerksamkeit nur auf bestimmte Aspekte des Behindertenphänomens lenken.

Je nach kulturellem Wertesystem kann eine objektiv gleiche Behinderungsart unterschiedlich bedeutsam und dysfunktional sein; entsprechend wird sie kategorisiert und bewertet.

#### e) Verhalten des Behinderten

Eine weitere Bedingung für die Wahrnehmung von Behinderung besteht in dem Verhalten des Behinderten selbst sowie dessen Bewertung durch die soziale Umwelt. Beides hängt jedoch wiederum von kulturellen Werten und Überzeugungen ab. So ist aus verschiedenen kulturvergleichenden Untersuchungen bekannt, daß Patienten große Unterschiede in der Selbstwahrnehmung ihrer Behinderung sowie in ihrem Ausdrucksverhalten und in der verbalen Beschreibung ihrer Behinderung aufweisen (vgl. Überblick bei White & Marsella, 1982). Hier spielen u. a. kulturspezifische Präferenzen beim Ausdruck von Emotionen, bei der Selbstdarstellung sowie soziolinguistische Probleme eine Rolle. Das Verhalten des Behinderten beeinflusst seine Wahrnehmung durch die Umwelt je nach Abstimmung dieses Verhaltens mit kulturellen Werthaltungen. Die Anpassung des Behinderten an kulturelle Anforderungen kann so erfolgreich sein — z. B. bei der Lösung von Aufgaben, die für die soziale Gruppe von Bedeutung sind —, daß die Behinderung für die soziale Umwelt kaum noch als Störung erkennbar wird. Dies ist insbesondere in solchen sozialen Kontexten möglich, in denen von dem Behinderten bestimmte Funktionen erwartet werden, die er auch kompetent erfüllt. Für solche kulturellen Nischen für Behinderte gibt es Beispiele aus afrikanischen Stämmen (White, 1983).

Ob eine objektiv vorhandene Behinderung als solche überhaupt wahrgenommen wird, hängt also auch von dem Verhalten des Behinderten ab bzw. von der Kompatibilität zwischen den ihm angesonnenen Erwartungen und seinen Kompetenzen. Das Angebot an sozialen Nischen kann dem Behinderten erlauben, weitgehend kulturangepasstes und sozial erwünschtes Verhalten zu zeigen, wenn er entsprechende Bereitschaft und Kompetenzen dafür mitbringt.

Zudem wird jedoch auch die kulturspezifische Bewertung der angebotenen sozialen Nischen verhaltenswirksam sein. Wenn diese Nischen eher positiv bewertet werden, wird die behinderte Person eher dazu neigen, die damit verbundenen Rollen einzunehmen, um somit Vergünstigungen und Erleichterungen zu gewinnen bzw. um negative Folgen

der Behinderung zu verringern. Diese Überlegungen gelten auch für moderne Industriegesellschaften: Werden Behinderte nicht nur durch Rehabilitationsverfahren und künstlichen Funktionsersatz in die Lage versetzt, sozial erwünschte Tätigkeiten auszuüben, sondern werden ihnen darüber hinaus auch solche Tätigkeitsoptionen angeboten, durch die ihre Behinderung der sozialen Umwelt nicht mehr als störend erscheint? Sowohl im Angebot von pädagogischen und medizinischen Behandlungs- und Versorgungsmethoden für Behinderte sowie in der Bereitstellung von Tätigkeitsnischen als aber auch in der Bereitschaft des Behinderten, diese optimal zu nutzen, bestehen kulturspezifische Differenzen, welche die Wahrnehmung von Behinderung beeinflussen.

## 2. Soziale Wahrnehmung von behinderten Kindern und Jugendlichen

Ob und wie Behinderung wahrgenommen wird, hängt auch von den sozialen Merkmalen des Behinderten ab, also von dessen Alter, Geschlecht oder ethnischer Gruppenangehörigkeit. Insbesondere sind kulturspezifische Differenzen in der Wahrnehmung behinderter Kinder anzunehmen, weil Kinder in anderen Kulturen nicht die gleiche soziale Rolle wie bei uns haben. Sie werden in anderen Kulturen entsprechend anders wahrgenommen und erzogen (vgl. Kornadt & Trommsdorff, 1984). Dies müßte sich auch auf die Wahrnehmung behinderter Kinder auswirken.

### a) Naive Theorien über das Wesen des Kindes

In unserer westlichen Kultur werden Kinder als eigenständige Persönlichkeiten wahrgenommen, deren Entwicklung (neben genetischen Faktoren) insbesondere auch durch Umwelteinflüsse, d. h. auch Erziehungsbedingungen sowie durch das Handeln des Kindes in Interaktion mit seiner Umwelt gesteuert wird. Geistige und körperliche Behinderung des Kindes gelten als störende Faktoren für seine Entwicklung. Diese Annahmen über das Kind und die Bedeutung von Behinderung für dessen Entwicklung werden jedoch in anderen Kulturen keineswegs geteilt.

So wird in Burma angenommen, daß Kinder unvollständige menschliche Wesen sind, eigentlich noch keine Mitglieder der sozialen Gruppe, die einerseits kaum zu kontrollieren sind, andererseits aber der Hilfe der Erwachsenen für ihr Überleben bedürfen. Wenn sie sich den sozialen Normen nicht anpassen, gilt dies als selbstverständlich, da man glaubt, daß sie noch keine Einsicht in die Notwendigkeit sozialer Normen und keine Fähigkeit haben, eigene Bedürfnisse zu kontrollieren. Auch glaubt man nicht, daß das Kind Anweisungen generalisieren und bei entsprechenden Situationen selbstverantwortlich handeln kann. Entscheidungen werden ihm daher durch konkrete Verhaltensaufforderungen von Autoritätspersonen abgenommen (vgl. Weidman, 1969). Bei dieser Auffassung vom unreifen Wesen des Kindes werden Verhaltensstörungen als normales unreifes Verhalten konzeptualisiert. Fehlverhalten des Kindes wird grundsätzlich erwartet und macht es nicht erforderlich, Symptome für Verhaltensstörungen oder andere Merkmale für Behinderung zu kategorisieren.

Auch in Japan besteht die Überzeugung, daß das Kind zunächst kein eigenständiges Wesen sondern ein Teil der Mutter ist. Verhaltensstörungen des Kindes müßten zu-

nächst ebenfalls eher als Indikator seiner Unreife und weniger als ein Zeichen einer möglichen Behinderung wahrgenommen werden.

Unter diesen Bedingungen würden kindliche Verhaltensstörungen kaum beachtet werden, es sei denn, daß neben diesen Theorien über das Wesen des Kindes professionelle Verfahren bestehen, durch die in einer hochentwickelten Industrienation wie Japan mittels selbstverständlich regelmäßiger medizinischer Untersuchungen von Kindern sowie einer frühen systematischen Einbindung in Vorschule und weitere Bildungseinrichtungen mögliche Behinderungsarten aufgrund universalistischer Kriterien geprüft und aufgedeckt werden können.

In traditionellen Gesellschaften, in denen entsprechende Kontrollinstanzen fehlen, werden jedoch Fehlwahrnehmungen aufgrund entsprechender kulturspezifischer naiver Theorien über das Wesen des Kindes kaum korrigiert. Konsequenzen solcher Fehldiagnosen für die weitere Entwicklung des Kindes sind sicher problematisch.

### b) Konzeptualisierung und Kategorisierung behinderter Kinder

Aufgrund mangelnden Wissens und mangelnder sozialer Auffälligkeit von Behinderungsindikatoren bzw. aufgrund kulturspezifischer Überzeugungen über Wesen und Natur des Kindes werden in verschiedenen Kulturen Behinderungen – insbesondere Sprach- und Verhaltensstörungen – von Kindern (und Jugendlichen – diese sind als eigene entwicklungspsychologische und soziologische Kategorie in verschiedenen Kulturen überdies nicht relevant) nicht wahrgenommen, auch wenn entsprechende Behinderungen beim Erwachsenen durchaus registriert und kategorisiert werden.

Die dieser Arbeit zugrundeliegende systematische Analyse der Literatur der letzten 15 Jahre zur Wahrnehmung von Behinderung bei Kindern und Jugendlichen in verschiedenen Kulturen belegt, daß Entwicklungsländer mit traditionellen Kulturen fast gar nicht untersucht wurden. Dagegen liegt eine relativ umfangreiche Literatur über die Wahrnehmung insbesondere von geisteskranken Erwachsenen auch für traditionelle Kulturen vor. Dies mag ein Hinweis dafür sein, daß Behinderung von Kindern in vielen traditionellen Kulturen keine soziale Kategorie darstellt bzw. dort nicht als besonderes Problem betrachtet wird, so daß die empirische Forschung zusätzliche Schwierigkeiten bei der Erfassung dieses Phänomenbereiches hat. Aus unserem westlichen Kulturkreis hingegen liegen einige Untersuchungen zur Konzeptualisierung und Klassifikation der Behinderung von Kindern vor. Diese weisen jedoch keine besonderen Kulturspezifika auf, handelt es sich hier doch um Gesellschaften, die auf der Grundlage eines europäischen wissenschaftlich-rationalen Denksystems stehen, das universalistische Kriterien zur Klassifikation von Merkmalen der Behinderung entwickelt hat. Diese werden – wenn auch nicht professionell – je nach entsprechender Sozialisationserfahrung und Bildung „richtig“ angewendet. Jüngere Kinder beherrschen diese Denkschemata (und damit verbundene Werthaltungen) z. B. weniger als ältere Kinder.

Faktoren, die die Wahrnehmungsgenauigkeit beeinflussen, hängen weniger mit der kulturellen Zugehörigkeit als vielmehr mit dem Bildungsgrad der wahrnehmenden Person und der Auffälligkeit der Behinderung zusammen. Als Beispiel sei die Untersuchung von Weller et al. (1974) genannt. Danach war der kulturelle Hintergrund (israelische

Mütter westeuropäischer im Vergleich zu osteuropäischer Herkunft) nicht entscheidend dafür, wie genau Mütter die geistige Behinderung ihres Kindes wahrnahmen. Mütter der Mittelschicht und Mütter mit stark geistig behinderten Kindern nahmen die Behinderung ihres Kindes am genauesten wahr.

Auch Kategorisierungsprozesse sind in Subkulturen westlicher Industriegesellschaften sehr ähnlich. Bei einem Vergleich von kulturellen Minoritäten zeigte sich, daß amerikanische Kinder bereits mit 12 Jahren unabhängig von sozialer Schicht und Ethnie (Schwarze, Puerto Ricaner, weiße Juden) die körperliche Behinderung bei anderen Kindern stärker als Rasse und Hautfarbe des behinderten Kindes akzentuieren (Richardson & Royce, 1968).

Wie aber die wahrgenommene Behinderung eingeordnet und bewertet wird, mußte enger mit kulturspezifischen Werthaltungen und davon abgeleiteten Einstellungen zusammenhängen. Dabei brauchen sich jedoch Werthaltungen von Minoritäten in einer auf Integration von Minderheiten orientierten Gesellschaft wie den USA kaum auf die Wahrnehmung von Behinderten auszuwirken. Empirische Untersuchungen zeigen, daß vielmehr kulturübergreifende altersgruppenspezifische Wertvorstellungen die Wahrnehmung beeinflussen (vgl. Coet & Thornton, 1975). Danach waren primär die für die jeweilige Lebensaltersgruppe bedeutsamen Werthaltungen für die Definition von Behinderung relevant. Für Jugendliche bedeutete Behinderung eine Beeinträchtigung von sozio-ökonomischen Möglichkeiten. (Personen mittleren Alters akzentuierten eher physische und ältere Erwachsene eher geistige Beeinträchtigungen.)

Wertorientierungen können durchaus nur geringfügig von der Zugehörigkeit zu Minoritäten sondern primär durch altersspezifische Bezugsgruppen beeinflusst sein und entsprechend auf die Wahrnehmung von Behinderten einwirken.

### 3. Einstellung zu und Bewertung von behinderten Kindern und Jugendlichen

Einstellungen werden hier im Sinne der Theorie der sozialen Repräsentation als individuelle Spiegelung der sozialen Welt verstanden (vgl. Jaspars & Fraser, 1984). Sie zeigen also die kulturellen Wertorientierungen und Deutungsmuster an.

#### a) Wandel von Einstellungen und Bewertungen im Sozialisationsprozeß

Kulturelle Werthaltungen werden im Laufe der Sozialisation gelernt. Ob und wie genau die Werthaltungen internalisiert wurden, hängt von vielfältigen Faktoren der Erziehung ab. Auffallend ist jedoch, daß sich in verschiedenen Kulturen immer wieder eine relativ stabile grundlegende Einstellung gegenüber Behinderten zeigt (Cloerkes, 1979). Dabei entwickeln Kinder mit zunehmendem Alter zunehmend negativere Einstellungen gegenüber Behinderten, vermutlich weil damit ein konsistentes Weltbild erhalten bleibt (erfolgreiche gute Personen können nicht behindert sein). Gemäß sozialer Normen der Hilfsbereitschaft übernehmen Kinder jedoch mit wachsendem Alter zunehmend sozial erwünschtere Einstellungen gegenüber dem Behinderten (vgl. Cloerkes, 1980).

#### b) Einstellung zu verschiedenen Behinderungsarten

Die Einstellung zu verschiedenen Behinderungsarten scheint im westlichen Kulturkreis relativ einheitlich zu sein. So wiesen Harasymiw et al. (1976) eine stabile Rangordnung von 22 Behinderungsarten bei repräsentativen Stichproben in den USA und Canada nach. Entsprechend bestehender kultureller Wertvorstellungen wurde körperliche Behinderung am ehesten bevorzugt; psychogene und soziale Behinderung sowie Alkoholismus als selbstverursachte Störung wurden am stärksten abgelehnt. Die am wenigsten störenden und die Leistungsfähigkeit am wenigsten einschränkenden Behinderungen (auch Verhaltensstörungen) wurden am meisten bevorzugt. Ähnlich urteilten graduierte amerikanische Studenten für Behinderungsberatung (vgl. Wilson et al., 1967) sowie College-Studenten und Angestellte von psychiatrischen Anstalten. Diese bevorzugten körperliche Störungen im Vergleich zu Gefährdungen der mentalen Fähigkeit (Freed, 1964). Diese Urteilspräferenzen bezogen sich auf Behinderte allgemein aber auch spezifisch auf die Behinderung von Kindern, wie sich aufgrund der Untersuchung von Sarno & Colpoys (1967) an amerikanischen College-Studenten zeigte. Auch für Europa liegen vergleichbare Befunde vor. Nach einer repräsentativen Befragung von Deutsch-Schweizern bestanden besonders distanzierte Einstellungen zu geistig behinderten und verhaltensgestörten Jugendlichen (vgl. Baechtold, 1984).

#### c) Einstellung in bezug auf Geistesranke

Einstellungen in bezug auf Geistesranke (mental illness) scheinen ebenfalls in verschiedenen Industriegesellschaften des westlichen Kulturraumes sehr ähnlich zu sein. Dies zeigen verschiedene Untersuchungen z. B. zur Multidimensionalität und Positivität von Einstellungen in den USA, England und Hawaii bei Laien (Zavalloni, 1966) oder zur sozialen Distanz bei nordamerikanischen, australischen, englischen und südafrikanischen Studenten (Graubert & Adler, 1977).

Beim Vergleich verschiedener Gesellschaftssysteme ergaben sich jedoch unterschiedliche Einstellungen zu Geisteskranken (Levine, 1972, zum Vergleich von England, der Bundesrepublik Deutschland und der Tschechoslowakei). Hier scheinen autoritätsorientierte politische Grundhaltungen, wie sie durch die jeweilige Gesellschaftsform institutionalisiert sind, mit einer autoritativen und sozial restriktiven Einstellung gegenüber Behinderten einherzugehen.

Dagegen zeigen Vergleiche zwischen sehr verschiedenen Kulturen starke Einstellungsunterschiede (Laosebikan, 1980, zum Vergleich von nordamerikanischen und nigerianischen Professionellen; Thaver et al., 1964 und Sue et al., 1976, zum Vergleich von nordamerikanischen und asiatischen Studenten; Sechrest et al., 1973, zum Vergleich nordamerikanischer, philippinischer und pakistanischer Studenten; sowie Pfeiffer & Schoene, 1980; Marsella & White, 1982 und Horwitz, 1982, für weitere verschiedene Kulturen).

#### d) *Einstellung zur geistigen und körperlichen Behinderung*

Einstellungen zur geistigen und körperlichen Behinderung (disability) scheinen in den USA im Vergleich zu anderen Kulturen meistens positiver zu sein. Dies zeigen Vergleiche von Studenten der USA, Dänemark und Griechenland (Jacques et al., 1969), Vergleiche von Experten und Sonderpädagogen in den USA, Kolumbien und Peru (Jordan & Friesen, 1968), Vergleiche von Oberschülern in den USA und Afghanistan in bezug auf Körperbehinderte (Threlkeld, 1979), Vergleiche von nordamerikanischen und asiatischen Studenten in den USA (Tseng, 1972) oder Vergleiche von Hauptschullehrern in den USA und Griechenland in bezug auf Einstellungen zu verhaltensgestörten Schülern (Xeromeritou-Tsaklanganos, 1978).

#### e) *Kritik*

Diese Befunde sind nicht sinnvoll zu erklären, bevor nicht gravierende methodische Probleme der Messung von Einstellungen gelöst worden sind. So können kulturspezifische systematische Effekte von Antwortpräferenzen, von sozialen Erwünschtheits Tendenzen und der Verankerung der Einstellung wirksam gewesen sein, die die Ergebnisse beeinflusst haben (z. B. „positivere“ Einstellungen von Amerikanern im Vergleich zu anderen Ländern). Spezifische methodische Untersuchungen müßten zeigen, daß es sich bei diesen Befunden nicht um Artefakte handelt. Vielleicht ließen sich dann die folgenden bisher noch sehr spekulativen Erklärungen eingehender prüfen.

### 4. Bedingungen für Einstellung zu und Bewertung von Behinderten

#### a) *Modernitätsthese*

In einigen Untersuchungen wird von der Annahme ausgegangen, daß Modernität einer Gesellschaft die Akzeptanz von Behinderung (als soziale Kategorie) fördert.

Tseng (1972) und Xeromeritou-Tsaklanganos (1978) nehmen die Wirksamkeit von kulturspezifisch wirksamen intervenierenden Variablen, die mit Modernität korrelieren, an: die in den betreffenden Kulturen vorherrschenden Persönlichkeitsmerkmale würden die Einstellungen zu Behinderten bestimmen. Die Autoren belegen zum einen Zusammenhänge zwischen negativen Einstellungen, Externalität und manifester Angst bei asiatischen Studenten und zum anderen zwischen negativen Einstellungen und Dogmatismus bei griechischen Hauptschullehrern. Tseng (1972) zeigte darüber hinaus, daß asiatische Studenten, die länger in den USA lebten, zunehmend weniger external orientiert waren und zunehmend positivere Einstellungen gegenüber Behinderten gewannen.

Auch wenn man mit diesem persönlichkeits-theoretischen Ansatz, bei dem gleichzeitig auch kulturspezifische Modalpersönlichkeiten angenommen werden, vorsichtig umgehen würde, so erscheint es doch sehr problematisch, so globale Konzepte wie Modernität vs. Traditionalität von Kulturen für psychologische Erklärungsversuche zu verwenden.

Die Hypothese, daß der Modernisierungsgrad einer Gesellschaft direkt mit einer ausgeprägteren Toleranz gegenüber Behinderten verbunden sei, erscheint bereits fragwürdig.

Im Gegenteil, traditionelle Werthaltungen können bessere Voraussetzungen für die Akzeptanz von Behinderten vermitteln, wie die Untersuchung von Okunade (1981) an einem nigerianischen Stamm, den Yoruba zeigt. Dort wurden traditionelle Gruppen mit Angehörigen der gebildeten Elite und mit Personen von transitorischem Hintergrund in bezug auf Einstellungen zu seh-, hör- und körperbehinderten Kindern verglichen. Die traditionellen Personen waren deutlich positiver in ihren Einstellungen als die übrigen Gruppen. In eine ähnliche Richtung gehen Befunde von Vasquez (1974), der die Einstellung von Müttern zu ihren geistig behinderten Kindern in mexikanisch-amerikanisch, schwarzen und weißen ethnischen Gruppen untersuchte. Die weißen Mütter zeigten sich am wenigsten positiv.

Hier könnten – wenn die erwähnten methodischen Probleme nicht zu Artefakten geführt haben sollten – psychologische Prozesse wirksam sein, die dem Einzelnen durch die Art seiner kulturellen Einbettung so viel Sicherheit und Geborgenheit vermitteln, daß Behinderte weniger als bedrohlich erlebt werden. Weiter ließe sich im Sinne der Modernitätsthese vermuten, daß in Gesellschaften mit hochentwickelten wissenschaftlichen und technischen Kenntnissen die geistige und körperliche Behinderung so wenig störend wie möglich gestaltet werden kann. Auch damit könnte die Bedrohlichkeit der wahrgenommenen Behinderung abnehmen und eine eher positive Einstellung dem Behinderten gegenüber entstehen.

Eine weitere Deutung der Befunde einer positiveren Einstellung in den USA im Vergleich zu anderen Kulturen könnte sich aus der Immunität sozialer Stereotype ergeben. Es ist anzunehmen, daß in modernen hochindustrialisierten Gesellschaften sehr viel weniger tatsächliche Interaktionen mit Behinderten und damit weniger empirische Prüfungen impliziter Persönlichkeitstheorien und sozialer Stereotype erfolgen als in geschlossenen traditionellen Gesellschaften. Wenn dies der Fall wäre, so wären Einstellungen in bezug auf soziale Objekte, mit denen man doch kaum interagiert, relativ bedeutungslos, jedenfalls in bezug auf die bei Einstellungen immer auch mit erfaßte Verhaltensrelevanz. Einstellungen, die auf öffentlich vermittelten Schemata, bzw. auf sozialen Stereotypen, beruhen und kaum einmal durch persönliche Erfahrung geprüft werden, können stabil bleiben. Wenn Interaktionen mit Behinderten bisher kaum erfolgt und auch in Zukunft kaum wahrscheinlich sind, so könnte man sich irgendwelche beliebigen Einstellungen zu eigen machen; wahrscheinlich wählt man jedoch solche aus, die sozial erwünscht und wichtig sind und der sozialen Identität am ehesten entsprechen. Toleranz und Akzeptanz von Minderheiten ist vermutlich immer noch ein hervorragendes amerikanisches Ideal, das auch individuelle Einstellungen zu Behinderten leitet.

Der Vergleich von Modernitätsausprägungen verschiedener Gesellschaften in bezug auf die Wahrnehmung von Behinderten kann jedoch nur zu interpretierbaren Ergebnissen führen, wenn die Indikatoren für Modernität theoretisch abgesichert sind. Daher müßten solche Modernitätsmerkmale gewählt werden, die theoretisch relevante Indikatoren für Bedingungen der sozialen Wahrnehmung von Behinderten sind, wie z. B. soziale Sicherheit und Interaktionsschranken, die Störungen durch Behinderte vermindern.

### b) Kontaktthese

Die mit der Modernitätsthese in Zusammenhang stehende These der einstellungswirksamen Interaktionshäufigkeit bedarf dabei einer genaueren Spezifizierung. Die einfache Annahme der klassischen Kontaktthese ist inzwischen widerlegt. Der Zusammenhang von Interaktionshäufigkeit und Einstellung ist keineswegs eindeutig, sondern wird durch vielfältige Prozesse vermittelt (vgl. Brewer & Miller, 1984).

So zeigte sich in einer Untersuchung an Lehrern körperbehinderter Schüler in den USA, daß diese entweder extrem negative oder extrem positive Einstellungen zu den Schülern hatten. Lehrer, die selbst kein behindertes Kind in der Klasse hatten, machten nur stereotype Angaben (Brodwin & Gardner, 1978). Die Arbeit von Green et al. (1979) repliziert frühere Untersuchungsergebnisse, nach denen Lehrer der USA behinderte Kinder generell negativer beurteilten als nichtbehinderte Kinder. Auch Interaktionen zwischen gleichaltrigen behinderten und nichtbehinderten Kindern scheinen nicht unbedingt zu einer erhöhten Akzeptanz der behinderten durch nichtbehinderte Kinder zu führen. Dies zeigt eine Untersuchung über geistig behinderte aber lernfähige Schüler in einer normalen Ganztagschule in Australien (Van Osdol & Johnson, 1973).

Je nachdem, ob die Kontakte freiwillig aufgenommen wurden oder nicht, kann die Einstellung mehr oder weniger positiv sein. Bei unfreiwilliger Interaktion werden gemäß reaktanztheoretischer Annahmen Prozesse der Wiederherstellung der bedrohten Freiheit angeregt (vgl. Brehm, 1966). Damit ist eine negative Beurteilung der Interaktion wahrscheinlich. Bei freiwilligem Kontakt hingegen werden eher die positiven Aspekte der Interaktion akzentuiert — man hat ja selbst den Kontakt gewünscht und sucht daher nach Informationen, die konsistent mit der Wünschbarkeit solcher Interaktionen sind.

Lern- und konsistenztheoretisch ließe sich annehmen, daß positive Informationen über die eigene Kompetenz im Umgang mit Behinderten dazu beitragen können, Behinderte positiver zu beurteilen. Dies läßt sich z. B. durch Ergebnisse von Trute & Loewen (1978) belegen, nach denen nach häufigen Kontakten mit geistig Behinderten diese weniger abgelehnt wurden als ohne diese Kontakte. Allerdings zeigten sich auf einer zweiten Einstellungsdimension (Zuschreibung sozialer Verantwortlichkeit) keine positiven Auswirkungen durch Kontakthäufigkeit.

Unfreiwillige, unvermeidbare Interaktionen mit Behinderten können subjektiv auch so umgedeutet werden, daß positive Einstellungen schließlich überwiegen. Dies ist vermutlich bei jungen Eltern der Fall, die bei ihrem neugeborenen Kind unerwartet eine Behinderung feststellen müssen. Nach den Befunden von Waisbren (1980) an nordamerikanischen und dänischen Eltern entwickelten diese Eltern anfangs ein negatives Selbstkonzept und eine negativere Einstellung gegenüber dem Neugeborenen als Eltern mit einem normalen Kind. Vermutlich weisen sich die Eltern behinderter Kinder zunächst selbst die Schuld an der Behinderung zu und befürchten, mit dem unerwarteten Problem nicht fertig zu werden. Nach einiger Zeit der Interaktion mit dem Kind kann jedoch die wahrgenommene Bedrohlichkeit der Behinderung abnehmen. Erfahrungen eigener Kompetenz im Umgang mit dem Kind und das Erleben intrinsischer Belohnungen durch die Pflege des Kindes können nunmehr den Aufbau positiver Einstellungen zu dem behinderten Kind fördern.

### c) Zusammenfassung

Bewertungen von sozialen Kategorien und damit verbundene Einstellungen werden durch kulturelle Deutungsmuster sowie auch kulturell geprägte individuelle Erfahrungen und Handlungsziele bestimmt. Behinderte können gemäß gegebener Deutungsschemata und Interaktionsbedingungen als bedrohlich für eigene Sicherheit, sozialen Erfolg, individuelle Freiheit und positive soziale Identität erlebt und damit entsprechend negativ bewertet werden.

## 5. Subjektive Theorien über Behinderung: Kausalattribution und Therapiepräferenzen

Menschen geben sich nicht mit sozialen Kategorien und Bewertungen für aufgenommene Informationen zufrieden — sie haben ein Bedürfnis, die aufgenommenen Informationen zu erklären und in verhaltensrelevante Deutungsmuster zu integrieren (Heider, 1958). Solche Deutungssysteme und die darin eingebetteten kausalen Verknüpfungen von Ursachen und Handlungsfolgen sind von kulturellen Wertorientierungen geleitet.

### a) Ursachenerklärung von Behinderung

Behinderungskonzepte können ihrerseits dazu dienen, erklärungsbedürftige Phänomene zu strukturieren, was sich positiv auf die Bewertung der Behinderung auswirken kann. Dies geht aus der Untersuchung von Budoff & Siperstein (1978) hervor. Danach zeigten 11-jährige Arbeiterkinder in den USA positivere Einstellungen gegenüber Kindern, die nicht nur als inkompetent sondern auch als behindert dargestellt wurden. Das Behinderten-Etikett kann also kognitiv-affektive Prozesse bei der Informationsverarbeitungsaktivieren, die die negative Bedeutung von Merkmalen wie Inkompetenz abschwächen.

Besonders interessant ist jedoch zu untersuchen, welche Ursachen für Behinderung in verschiedenen Kulturen angenommen werden und im Zusammenhang mit anderen Aspekten der Wahrnehmung von Behinderung stehen. Dies ließe sich durch eine Reihe von anthropologischen Untersuchungen über Geisteskrankheiten verdeutlichen, was jedoch hier den Rahmen der Arbeit sprengen würde.

Behinderung kann prinzipiell als heilbar und als nur von vorübergehender Natur oder als unheilbar und unausweichlich wahrgenommen, also auf variable oder stabile Ursachen zurückgeführt werden. Behinderung kann auch erklärt werden als vom Behinderten selbst oder durch seine soziale Umgebung oder übermächtige Kräfte verschuldet (internale vs. externale Verursachung). Je nach subjektiv überzeugendem Erklärungsmuster werden eher positive oder eher negative Bewertungen damit assoziiert, entsprechende Verhaltensintentionen aktiviert und bestimmte Behandlungsmethoden bevorzugt.

Externe Attribuierung von Behinderung befreit die behinderte Person von möglicher Schuldzuschreibung und damit verbundener Selbstwertbelastung. Wenn eine externe Verursachung der Behinderung durch übernatürliche Kräfte wahrgenommen wird, so

sind auch die Familie und engere soziale Gruppen des Behinderten von möglicher Schuldzuschreibung entlastet. Dies ist angesichts der sowieso vorhandenen Belastung durch die Behinderung selbst höchst relevant.

Empirische Untersuchungen über Kausalattribution von Behinderung in verschiedenen Kulturen machen die mit diesem Aspekt der Wahrnehmung von Behinderten verbundenen Probleme deutlich (vgl. Koptagel, 1971; Van Weerden-Dijkstra, 1972; Westermeyer & Wintrob, 1979b; Laosebikan, 1980; Perelberg, 1980). Befragungen von 300 Eltern stark lernbehinderter Kinder und von 800 Eltern normaler Kinder in Ghana zeigten, daß Behinderung allgemein als ein Unglück wahrgenommen wird, das durch den Fluch übernatürlicher Kräfte verursacht ist. Diese Überzeugung ist unabhängig vom Bildungsstand der Eltern (vgl. Danquah, 1976). Was nun wiederum die Ursache solchen Fluches sein mag, kann je nach kulturellen Überzeugungen mehr oder weniger eng mit möglichem Fehlverhalten des Behinderten und/oder seiner Familie in Verbindung gebracht werden.

Aufklärung über tatsächliche Ursachen von geistiger Behinderung kann in solchen Kulturen dazu beitragen, daß der Familie des lernschwachen Kindes weniger Schuld zugewiesen wird. Damit ist jedoch nicht unbedingt eine positivere Einstellung gegenüber dem behinderten Kind verbunden. Dies belegen Befunde von Walker (1982) an einer Stichprobe in Ghana. Andererseits kann die wahrgenommene Verursachung der Behinderung durch übernatürliche Kräfte auch eine tolerante Einstellung dem behinderten Kind gegenüber fördern. Dies wird aus Ergebnissen zu Einstellungen gegenüber seh-, hör- und körperbehinderten Kindern in Nigeria (Yoruba-Stamm) deutlich (Okunade, 1981).

Auch die bereits erwähnte Untersuchung über die Wahrnehmung von geistiger Behinderung bei den Tamang (in Nepal) macht die schuldentlastende Funktion von externer Attribution der Behinderung deutlich. Hier wirkt die Überzeugung, alle möglichen Behinderungsformen könnten natürlicherweise jederzeit auftreten und nie ganz geheilt werden, für den Behinderten und seine Familie entlastend (Peters, 1978).

Beim Vergleich der Ursachenzuschreibung von Behinderung in China und den USA stellten Jacques et al. (1973) fest, daß in China Behinderung auffallend stärker als ein Versagen der Familie wahrgenommen wurde als in den USA. Das mag mit der hohen Bedeutung der Familienbindungen in China zusammenhängen und zeigt, welche hohe Verantwortung die Familie bei der Erziehung der Kinder übernimmt, und wie außerordentlich wichtig ihr die Einordnung des Kindes in die Gesellschaft ist. Die selbstverständliche Schuldakzeptanz auf Seiten der Familie für Störungen in der Entwicklung des Kindes müßte den Umgang mit dem behinderten Kind bzw. Methoden seiner Erziehung erheblich beeinflussen.

#### *b) Verhalten gegenüber dem Behinderten: Erziehung und Therapie*

Soziale Kategorien der Behinderung und deren Bewertung, Einstellungen zum Behinderten und die Ursachenzuschreibung der Behinderung sind einerseits Faktoren der sozialen Wahrnehmung von Behinderung und andererseits Grundlagen für Überzeugungen, wie man mit dem Behinderten umgehen sollte.

Am deutlichsten würde die Kulturabhängigkeit solcher naiver Deutungssysteme an Beispielen zur Behandlung von Geisteskrankheiten werden, einem Thema, das in diesem Zusammenhang nicht näher ausgeführt werden kann. Es sei nur darauf hingewiesen, daß insbesondere in Kulturen, in denen eine externe Verursachung der Krankheit durch Zauberei oder übernatürliche Kräfte angenommen wird, Medizinmänner oder Schamanen für die Behandlung eingesetzt werden. Dabei werden durchaus auch westlich orientierte moderne psychiatrische Methoden akzeptiert, wenn diese als Zusatzbehandlung möglich sind. In den meisten dieser traditionellen Kulturen werden selbstverständlich die Familie, Nachbarschaft und das ganze Dorf mit in die Therapie einbezogen, ja vielfach dienen die von den Schamanen praktizierten Geisterbeschwörungen und Exorzismen der Integration und Stabilisierung der Gemeinschaft und vorbeugenden Kontrolle von Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Horwitz, 1982).

Unabhängig vom Entwicklungsstand einer Gesellschaft werden Experten zur Behandlung der als störend wahrgenommenen Verhaltensauffälligkeiten hinzugezogen. Während in den traditionellen Kulturen partikularistische Prinzipien für die Legitimation der Experten vorherrschen, sind in modernen Gesellschaften universalistische Prinzipien der Professionalisierung üblich. Experten dieser oder jener Legitimationsgrundlage können u. a. die für den Behandlungserfolg wichtige Funktion einer teilweisen Verantwortungsentlastung des Behinderten für die mit einer Behinderung verbundenen Störung übernehmen.

Diese Entlastung hat jedoch mehrere Seiten. Der Patient kann die Überzeugung gewinnen, daß mit der professionellen Hilfe wenigstens seine positive Identität gesichert ist. Darüber hinaus erkennt er Wege, die zu einem Behandlungserfolg beitragen können; dabei kann er sich eher passiv allein dem Expertentum des Spezialisten überlassen oder er erwartet, daß Erfolge nur durch stetige Inanspruchnahme des Experten bei gleichzeitiger eigener Anstrengung zur Ausführung seiner Anweisungen gesichert sind.

Der mögliche Einfluß dieser verschiedenen kulturellen und individuellen Überzeugungen auf Selbstwahrnehmung und Kontrollerleben des Behinderten und seiner sozialen Umwelt ist bisher kulturspezifisch kaum untersucht worden. Hier besteht jedoch ein wichtiges Forschungsfeld, mit dem die Wirksamkeit sozialer Wahrnehmung von Behinderung für die erfolgreiche Behandlung von Behinderung zu erklären wäre. Über naive Theorien zur Behandlung von behinderten Kindern und Jugendlichen liegen aufgrund der bereits ausgeführten Gründe (geringe Varianz in modernen Industriegesellschaften; geringe Konzeptualisierung und Kategorisierung der Behinderung von Kindern in traditionellen Gesellschaften) kaum Untersuchungen vor.

Befunde bisheriger Untersuchungen deuten darauf hin, daß insbesondere eine Variable für Kulturvergleiche zur Behandlung Behinderter lohnenswert ist — die Familienorientierung. Es ist anzunehmen, daß in Kulturen, in denen der Familie die zentrale Funktion bei der Erziehung des Kindes zukommt und in denen Wertorientierungen gemäß familistischen Prinzipien der gegenseitigen Verantwortung, Loyalität und engen emotionalen Bindung geprägt sind, grundlegend andere Überzeugungen hinsichtlich Verursachung und Behandlung von Behinderung des Kindes herrschen als in individualistisch orientierten Kulturen. So läßt sich annehmen, daß in familistischen Kulturen die Familie nicht nur die Verantwortung für die Erziehung und Entwicklung des Kindes übernimmt sondern auch für dessen Fehlentwicklung und Behinderung, unabhängig davon,

ob die Behinderung tatsächlich durch die Familie verursacht ist oder nicht. In solchen Kulturen dürften behinderte Kinder relativ hohe Geborgenheit finden aber andererseits auch eher von anderen sozialen Gruppen ausgegrenzt werden.

Untersuchungsergebnisse zum Vergleich von arabischen und jüdischen Eltern in Israel zeigten tatsächlich, daß arabische stärker als jüdische Eltern davon überzeugt waren, daß ihr behindertes Kind (körperlich oder sensorisch behindert) unbedingt ihrer Unterstützung und Hilfe bedürfe. Außerdem glaubten arabische Eltern eher, daß sich ihre Beziehung zu ihrem Kind seit der Geburt verbessert habe, während jüdische Eltern keinen Einfluß der Behinderung ihres Kindes auf ihre Beziehung zu ihrem Kind wahrnahmen. Weiter waren die Arabischen im Gegensatz zu den jüdischen Eltern weniger davon überzeugt, daß ihr Kind einmal in der Lage sein würde, selbständig zu arbeiten. Konsistent mit dieser Überzeugung unterstützten sie ihr behindertes Kind auch stärker als die jüdischen Eltern darin, seine Abhängigkeit von der Familie zu bewahren und in der Geborgenheit der Familie seine Behinderung zu akzeptieren. Die jüdischen Eltern drängten ihr behindertes Kind hingegen stärker auf Weiterentwicklung seiner Unabhängigkeit (vgl. Shurka & Florian, 1983).

Auch die Arbeit von Jacques et al. (1973) zur Bedeutung der Familie bei der Erziehung behinderter Kinder in China im Vergleich zu den USA unterstützt die Hypothese, daß bei familienbezogenen im Gegensatz zu individualistischen Werthaltungen die Verantwortung für die Behandlung des behinderten Kindes als die Aufgabe der Familie wahrgenommen wird.

Diese Überzeugung kann dazu führen, daß Behinderung und deren Wahrnehmung sich gar nicht erst als Problem entwickelt. Dies läßt sich aus Befunden zur Behandlung von Sehbehinderung in Samoa schließen (vgl. Walters, 1977): Eine solche familienorientierte Einordnung des Behinderten kann aber auch bewirken, daß die Behinderung unbehandelt bleibt, weil die Familie den Behinderten von der Gemeinschaft abschirmt, um eine befürchtete Stigmatisierung der Familie zu vermeiden. Dies kann zu erheblicher Abhängigkeit des Behinderten von der Familie und mangelnder Ausbildung seiner potentiellen Fähigkeiten führen. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß die Familie dem Behinderten die Geborgenheit und Zuwendung vermitteln kann, die er sonst vermissen würde, und daß ihm dort Handlungsnischen geboten werden können, in denen er sich für die Familie nützlich machen und eine positive soziale Identität (für sich und seine Familie) aufbauen kann.

### III. Schlußbemerkungen

Je nachdem welche kulturspezifische Bedeutung Merkmale der Behinderung für die Angehörigen einer Kultur haben, werden „objektiv“ bestehende Merkmale von Behinderung gar nicht oder unterschiedlich konzeptualisiert, eher positiv oder negativ bewertet und auf Ursachen zurückgeführt, die mehr oder weniger in der Hand des Behinderten und der mit ihm interagierenden Personen liegen. Dies wirkt sich auf den Umgang mit dem Behinderten aus.

Da in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Überzeugungen über die Natur des Kin-

des bestehen, unterliegt die Wahrnehmung der Behinderung von Kindern besonderen Wahrnehmungsmerkmalen, die anders als die Wahrnehmung von behinderten Erwachsenen strukturiert sind.

Hier bestehen Aufgaben für die Entwicklung weiterführender Theorieansätze, die den Übergang von kulturpsychologisch irrelevanten zu relevanten sozialen Wahrnehmungskategorien und damit verbundenen Aspekten der Wahrnehmung und sozialen Interaktionen klären müßten. Dabei müßten genauere Kenntnisse über die in verschiedenen Kulturen unterschiedlich ausgeprägten Wertsysteme und Deutungsschemata und deren psychologische und soziale Wirkungen gewonnen werden, um mögliche kulturspezifische Funktionssysteme neben universellen Gesetzmäßigkeiten zu erfassen (Trommsdorff, 1978; 1986).

Hier bestehen auch Aufgaben für die Entwicklung besserer Methoden. Ob und welche Phänomene der Behinderung in verschiedenen Kulturen wie wahrgenommen werden, läßt sich nicht aufgrund verbaler Verfahren schließen. Behinderungsformen können durchaus wahrgenommen und verhaltensrelevant werden, ohne daß sie „richtig“ etikettiert werden. Darüber hinaus bestehen vielfältige Probleme der Messung funktional äquivalenter Indikatoren. Diese sowie spezifische methodische Probleme der Messung der Wahrnehmung von Behinderung im Kulturvergleich sind bisher kaum erforscht. Die Kenntnis von Kulturspezifika bei der Wahrnehmung von Behinderung kann jedoch einen ersten Beitrag zur Entwicklung angemessener Methoden leisten – so könnten sich z.B. Beobachtungen der Interaktion mit Behinderten und von Behandlungsmethoden bestimmter Behinderungsformen besser dazu eignen, die zugrundeliegenden Konzepte und Kategorien zu erfassen als Befragungen. Pädagogische Probleme bestehen dann darin, westliche Kategorien zur Diagnose und Behandlung von Behinderungen in solchen Kulturen sinnvoll anzuwenden, in denen andere Kategorien gültig sind.

Die Sonderpädagogik muß erkennen, daß die in unserem Kulturkreis entwickelten Programme und die ihnen zugrundeliegenden Konzepte zur Diagnose und Behandlung von behinderten Kindern als kulturelle Heuristiken nur begrenzt brauchbar sind; eine Übertragung auf andere Kulturen, vor allem auf Entwicklungsländer, ist jedoch höchst problematisch. Ohne Kenntnis der dort bestehenden Wertorientierungen und Deutungssysteme sowie der darin eingebetteten Wahrnehmung von Behinderung und ihrer Behandlung lassen sich sonderpädagogische Ziele nicht angemessen realisieren.

Was den pädagogisch sinnvollen Umgang mit Behinderten betrifft, so machen Beobachtungen aus anderen Kulturen doch sehr nachdenklich. Will man dem Behinderten eine Sonderstellung als soziale Kategorie zumuten oder einräumen? Wie weit wird man ihn damit in die Gesellschaft ein- oder aus ihr ausgliedern? Wie weit und in welcher Weise ist die soziale Eingliederung des Behinderten pädagogisch zu vertreten und realisierbar? Damit hängen auch Fragen zusammen, ob man durch pädagogische Maßnahmen eher den Behinderten oder eher dessen Umweltbedingungen ändern sollte, um die Einordnung des Behinderten in unserer Gesellschaft zu erleichtern. Ohne entsprechende Bereitschaft und Kompetenz auf Seiten der sozialen Umwelt und des Behinderten läßt sich sicher keines dieser Ziele erreichen. Diese Bereitschaft hängt jedoch davon ab, wie sich der Behinderte wahrnimmt und wie er wahrgenommen wird, also auch von dem Verhalten des Behinderten und der Deutung dieses Verhaltens durch die soziale Umwelt.

Hier können sich Interaktionszirkel aufbauen, die aufgrund sich gegenseitig verstärkender Wahrnehmungsprozesse zu sich selbst erfüllenden Prophezeiungen führen. Auf Seiten des Nichtbehinderten wirken die Erwartung mangelnder Integrationsfähigkeit des Behinderten und das Selbstkonzept mangelnder Kompetenz im Umgang mit dem Behinderten. Auf Seiten des Behinderten – seiner Selbstwahrnehmung hinsichtlich Verantwortung, Kontrolle und Kompetenz und deren wahrgenommener Effekte auf die Interaktion mit der sozialen Umwelt – können sich ähnliche Fehlschlüsse und Mißerfolgsenerlebnisse ergeben (vgl. Busch-Rossnagel, 1981).

Solche Fehlwahrnehmungen (ob mit positiven oder negativen Verzerrungen verbunden) sind besonders unter Bedingungen wahrscheinlich, die keine Urteilskorrektur aufgrund entsprechender eigener Erfahrungen erlauben. Dies ist vermutlich eher der Fall in Kulturen, in denen Behinderung durch öffentlich vermittelte soziale Kategorien und nicht nur durch persönliche Interaktionserfahrung definiert wird. Dort besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit psychologischer Barrieren gegen freiwillige oder gar selbstverständliche Interaktion mit Behinderten, die (gemäß der modifizierten Kontakthypothese) weitere Interaktionen und eine Integration des Behinderten in die Gesellschaft fördern. Solange jedoch Interaktion mit Behinderten in Familie, Nachbarschaft und sozialen Institutionen nicht so selbstverständlich ist wie in vielen traditionellen Kulturen, besteht das Problem der sozialen Isolation des Behinderten und seiner Abhängigkeit von den öffentlichen Institutionen, die ihm Selbstverantwortung abnehmen und das Bedürfnis nach externer Betreuung – ja sogar entsprechende Forderungen – verstärken. Auch hier kann ein Zirkel sich gegenseitig verstärkender Wahrnehmungs- und Interaktionsprozesse entstehen, die schließlich einseitig abhängige Beziehungen des Behinderten von öffentlichen Institutionen mit allen Problemen der negativen Selbstwahrnehmung und des erlebten Kontrollverlustes aufbauen.

In einer Gesellschaft, in der der Behinderte gar nicht als solcher wahrgenommen wird, in der seine Behinderung nicht als störend erlebt oder gar auf eigenes Verschulden zurückgeführt wird oder in der die Behandlung Behinderter im Dienste an die Integration der sozialen Gruppe steht, besteht zumindest die Wahrscheinlichkeit, daß ein erheblicher Teil von sozialen Belastungen (soziale Identität, soziale Integration) nicht auch noch von ihm selbst mit bewältigt werden muß.

Andererseits muß der Behinderte hier zwar weniger auf soziale, aber auf technisch vermittelte Erleichterungen seiner Behinderung verzichten, durch die ihm Mittel verschafft werden könnten, seiner Behinderung angepaßtere Handlungsbereiche zu finden. Problematisch ist vor allem, daß aufgrund mangelnden Wissens über die Behinderung die Chance einer erfolgreichen Behandlung der Behinderung unterbleibt oder unzureichend ist. Das gilt insbesondere für die Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter, deren rechtzeitige angemessene Behandlung lebenslange Behinderungen ganz oder teilweise verhindern kann.

Theoretische Überlegungen und empirische Befunde können diese und weitere Probleme vielleicht aufdecken. Die Entscheidung aber, welche Alternativen man für ein pädagogisches Programm wählen und welche Konsequenzen man in Kauf nehmen will, führt über wissenschaftliche Probleme hinaus zu ethischen und sozialpolitischen Fragen.

## Literatur

- Asch, S.: Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal Social Psychology* 1946 (41) 258–290
- Baechtold, A.: Soziale Reaktionen auf behinderte Jugendliche. Einstellungen und gesellschaftliche Hintergründe. *Geistige Behinderung* 1984 (23) 30–39
- Brehm, J. W.: A theory of psychological reactance. New York 1966
- Brewer, M. B. & Miller, N.: Beyond the contact hypothesis: Theoretical perspectives on desegregation. In: N. Miller & M. B. Brewer (eds.): *Groups in contact. The psychology of desegregation.* New York 1984, 281–302.
- Brodwin, M. G. & Gardner, G.: Teacher attitudes toward the physically disabled. *Journal of Teaching & Learning* 1978 (3) 40–45
- Budoff, M. & Siperstein, G. N.: Low-income children's attitudes toward mentally retarded children: Effects of labeling and academic behavior. *American Journal of Mental Deficiency* 1978 (82) 474–479
- Busch-Rossnagel, N. A.: Where is the handicap in disability? The contextual impact of physical disability. In: R. M. Lerner & N. A. Busch-Rossnagel (eds.): *Individuals as producers of their development. A life-span perspective.* New York/London 1981, 281–312
- Cheetham, R. W. & Cheetham, R. J.: Concepts of mental illness amongst the rural Xhosa people in South Afrika. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1976 (10) 39–45
- Cloerkes, G.: Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten. Eine Bestandsaufnahme der Ergebnisse internationaler Forschung. Berlin 1979
- Cloerkes, G.: Sozio-kulturelle Bedingungen für die Entstehung von Einstellungen gegenüber Behinderten. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 1980 (49) 259–273
- Coet, L. J. & Thornton, L. W.: Age and sex: Factors in defining the term "handicap". *Psychological Reports* 1975 (37) 103–106
- Danquah, S. A.: A preliminary survey of beliefs about severely retarded children in Ghana. *Psychopathologie Africaine* 1976 (12) 189–197
- Freed, E.X.: Opinions of psychiatric hospital personnel and college students toward alcoholism, mental illness, and physical disability: An exploratory study. *Psychological Reports* 1964 (15) 615–618
- Graubert, J. G. & Adler, L. L.: Cross-national comparisons of projected social distances from mental patient-related stimuli. *Perceptual & Motor Skills* 1977 (44) 881–882
- Green, S. C., Kappes, B. M. & Parish, T. S.: Attitudes of educators toward handicapped and non-handicapped children. *Psychological Reports* 1979 (44) 829–830
- Hamilton, D. L. (ed.): *Cognitive processes in stereotyping and intergroup behavior.* Hillsdale, N. J. 1981
- Harasymiw, S. J., Horne, M. D. & Lewis, S. C.: A longitudinal study of disability group acceptance. *Rehabilitation Literature* 1976 (37) 98–102
- Heider, F.: *The psychology of interpersonal relations.* New York 1958
- Horwitz, A. V.: *The social control of mental illness.* New York 1982
- Jacques, M. E., Linkowski, D. C. & Sieka, F. L.: Cultural attitudes toward disability: Denmark, Greece, and the United States. *International Journal of Social Psychiatry* 1969 (16) 54–62
- Jacques, M. E., Burleigh, D. L. & Lee, G.: Reactions to disabilities in China: A comparative, structural and descriptive analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1973 (16) 206–217
- Jaspars, J. & Fraser, C.: Attitudes and social representations. In: R. M. Farr & S. Moscovici (eds.): *Social representations.* Cambridge 1984, 101–124
- Jordan, J. E. & Friesen, E. W.: Attitudes of rehabilitation personnel toward physically disabled persons in Colombia, Peru, and the United States. *Journal of Social Psychology* 1968 (74) 151–161
- Koptagel, G.: Rehabilitation of the mentally handicapped in Turkey: Past and present. *Social Science & Medicine* 1971 (5) 603–606
- Kornadt, H.-J. & Trommsdorff, G.: Erziehungsziele im Kulturvergleich. In: G. Trommsdorff (Hrsg.): *Erziehungsziele. Jahrbuch für empirische Erziehungswissenschaft.* Düsseldorf, 1984, 191–212
- Koutrelakos, J. & Gedeon, S. M.: Opinions about mental illness: A comparison of American and

- Greek professionals and laymen. *Psychological Reports* 1978 (43) 915–923
- Laosebikan, S.: Attitudes of Nigerian and American (U.S.) psychiatric professionals towards the mentally ill. *Journal of Social Psychology* 1980 (110) 291–292
- Levine, D.: A cross-national study of attitudes toward mental illness. *Journal of Abnormal Psychology* 1972 (80) 111–114
- Lilli, W.: *Grundlagen der Stereotypisierung*. Göttingen 1982
- Marsella, A. J. & White, G. M. (eds.): *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht 1982
- Masendorf, F.: Die implizite Persönlichkeitstheorie über Behinderte. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 1983 (34) 810–823
- Masendorf, F. & Sato, Y.: Behindertenpädagogik im internationalen Vergleich. Zur Bewertung und Zuschreibungskonstanz für das Phänomen Behinderung in unterschiedlichen Sprachkulturen. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 1984 (35) 533–536
- Moscovici, S.: The phenomenon of social representations. In: R. M. Farr & S. Moscovici (eds.): *Social representations*. Cambridge 1984, 3–70
- Mummendey, A.: Verhalten zwischen sozialen Gruppen: die Theorie der sozialen Identität. In: D. Frey & M. Irle (Hrsg.): *Theorien der Sozialpsychologie Band II: Gruppen- und Lerntheorien*. Bern 1985, 185–216
- Okunade, A. O.: Attitude of Yoruba of Western Nigeria to handicap in children. *Child Care, Health & Development* 1981 (7) 187–194
- Perelberg, R. J.: Umbanda and psychoanalysis as different ways of interpreting mental illness. *British Journal of Medical Psychology* 1980 (53) 323–332
- Peters, L.: Psychotherapy in Tamang shamanism. *Ethos* 1978 (6) 63–91
- Peters, L.: Concepts of mental deficiency among the Tamang of Nepal. *American Journal of Mental Deficiency* 1980 (84) 352–356
- Pfeiffer, W. M. & Schoene, W.: *Psychopathologie im Kulturvergleich*. Stuttgart 1980
- Richardson, S. A. & Royce, J.: Race and physical handicap in children's preference for other children. *Child Development* 1968 (39) 467–480
- Sarno, J. F. Jr. & Colpoys, B. P.: Attitudes of college students toward selected children's handicaps. *Child Study Center Bulletin* 1967 (3) 74–77
- Sechrest, L., Fay, T., Zaidi, H. & Flores, L.: Attitudes toward mental disorder among college students in the United States, Pakistan, and the Philippines. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 1973 (4) 342–360
- Shurka, E. & Florian, V.: A study of Israeli Jewish and Arab parental perceptions of their disabled children. *Journal of Comparative Family Studies* 1983 (14) 367–375
- Sue, S., Wagner, N., Ja, D., Margullis, C. & Lew, L.: Conceptions of mental illness among Asian and Caucasian-American students. *Psychological Reports* 1976 (38) 703–708
- Tajfel, H.: Soziales Kategorisieren. In: S. Moscovici (Hrsg.): *Forschungsgebiete der Sozialpsychologie I*. Frankfurt 1975, 345–380
- Tajfel, H.: *Gruppenkonflikt und Vorurteil. Entstehung und Funktion sozialer Stereotypen*. Bern 1982
- Tajfel, H. & Turner, J.: An integrative theory of intergroup conflict. In: W. G. Austin & S. Worchel (eds.): *The social psychology of intergroup relations*. Monterey 1979, 33–47
- Thaver, F., Arkoff, A. & Elkind, L.: Conceptions of mental health in several Asian and American groups. *Journal of Social Psychology* 1964 (62) 21–27
- Threlkeld, R. M.: Attitudes toward disability in two cultures: Afghanistan and the United States. *Dissertation Abstracts International* 1979 (40B) 1967–1968
- Townsend, J. M.: *Cultural conceptions of mental illness: A comparison of Germany and America*. Chicago 1978
- Trommsdorff, G.: Möglichkeiten und Probleme des Kulturvergleichs am Beispiel einer Aggressionsstudie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 1978 (2) 361–381
- Trommsdorff, G.: Aspekte einer kulturvergleichenden Wertforschung. In: H. Klages & P. Kmiecik (Hrsg.): *Wertwandel und gesellschaftlicher Wandel*. Frankfurt a. M./New York 1979, 259–275

- Trommsdorff, G.: Cross-cultural psychology. *The German Journal of Psychology*, 1986 (10) 240–266
- Trute, B. & Loewen, A.: Public attitude toward the mentally ill as a function of prior personal experience. *Social Psychiatry* 1978 (13) 79–84
- Tseng, M. S.: Attitudes toward the disabled: A cross-cultural study. *Journal of Social Psychology* 1972 (87) 311–312
- Tugby, D., Tugby, E. & Law, H. G.: The attribution of mental illness by rural Balinese. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 1976 (10) 99–104
- Van Osdol, B. M. & Johnson, D. M.: The sociometric status of educable mentally retarded students in regular school classes. *Australian Journal of Mental Retardation* 1973 (2) 200–203
- Van Weerden-Dijkstra, J. R.: The attitude of the population towards the mentally ill. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia* 1972 (75) 95–106
- Vasquez, A. M.: Race and culture variables in the acceptance-rejection attitudes of parents of mentally retarded children in the lower socioeconomic class. *Dissertation Abstracts International* 1974 (34 A) 6774
- Waisbren, S. E.: Parents' reactions after the birth of a developmentally disabled child. *American Journal of Mental Deficiency* 1980 (84) 345–351
- Walker, S.: A comparison of attitudes and knowledge of Ghanaian college students relative to the mentally retarded. *Applied Research in Mental Retardation* 1982 (3) 163–174
- Walters, W. E.: Community psychiatry in Tutuila, American Samoa. *American Journal of Psychiatry* 1977 (134) 917–919
- Weidman, H. H.: Cultural values, concept of self and projection: The Burmese case. In: W. Caudill & Tsung-Yi Lin (eds.): *Mental health research in Asia and the Pacific*. Honolulu 1969, 259–285
- Weller, L., Costeff, C., Cohen, B. & Rahman, D.: Social variables in the perception and acceptance of retardation. *American Journal of Mental Deficiency* 1974 (79) 274–278
- Westermeyer, J. & Wintrob, R.: "Folk" criteria for the diagnosis of mental illness in rural Laos: On being insane in sane places. *American Journal of Psychiatry* 1979 (136) 755–761 (a)
- Westermeyer, J. & Wintrob, R.: Folk explanations of mental illness in rural Laos. *American Journal of Psychiatry* 1979 (136) 901–905 (b)
- White, G.: Workproblems of people with impairments in developing countries: The application of social science concepts and methods to the design of appropriate services. In: F. Blackler (ed.): *Social psychology and developing countries*. New York 1983, 189–202
- White, G. M. & Marsella, A. J.: Introduction: Cultural conceptions in mental health research and practice. In: A. J. Marsella & G. M. White (eds.): *Cultural conceptions of mental health and therapy*. Dordrecht 1982, 3–38
- Wilson, M. E. Jr., Beatty, J. B. & Frumkin, R. M.: Attitudes of future rehabilitation counselors toward eight major disabilities. *Psychological Reports* 1967 (21) 928–932
- Xeromeritou-Tsaklanganos, A.: A cross-cultural study of Greek and American teachers' perceptions of behaviorally disordered children. *Dissertation Abstracts International* 1978 (39 A) 3522
- Zavalloni, M.: Ambivalence sociale et attitudes à l'égard de la maladie mentale. *Bulletin d'Etudes et Recherches Psychologiques* 1966 (14) 203–217